

EXPERIENCE AND WELL-BEING OF YOUNG UKRAINIANS DURING THE WAR:

results of sociological research

ДОСВІД ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ МОЛОДИХ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ:

результати соціологічного дослідження



EXPERIENCE AND WELL-BEING OF YOUNG UKRAINIANS DURING THE WAR:

results of sociological research

ДОСВІД ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ МОЛОДИХ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ:

результати соціологічного дослідження



The study was supported by the 2022 Program of Small Grants for Peace Psychology Research, Education, Community Projects from the APA Division 48.

Реалізовано за підтримки Програми малих грантів для досліджень, освіти, громадських проєктів із психології миру 2022 року від Дивізіону 48 Американської психологічної асоціації.

EXPERIENCE AND WELL-BEING OF YOUNG UKRAINIANS DURING THE WAR:

results of sociological research

Електронне видання на CD-ROM

ДОСВІД ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ МОЛОДИХ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ:

результати соціологічного дослідження

Electronic edition on CD-ROM

Луцьк • Вежа-Друк • 2023

УДК 364.658:355.01(477)

Д 70

Рекомендували до друку вчені ради
Львівського державного університету фізичної культури
імені Івана Боберського (протокол № 2 від 19 вересня 2023 р.),
Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка
(протокол № 2 від 4 жовтня 2023 р.)

Рецензенти: доктор психологічних наук, професор **О. І. Фармагей**
(Державна наукова установа «Інститут інформації,
безпеки і права Національної академії правових наук
України»);

доктор педагогічних наук, професор **С. В. Криштанович**
(Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського).

Досвід та благополуччя молодих українців під час війни: результати соціологічного дослідження / Юлія Павлова, Петро Петрица, Ганна Жара та ін. – Луцьк : Вежа-Друк, 2023. – 1. електрон. опт. диск (CD-ROM). – Об'єм даних 4,21 Мб.

Experience and well-being of young Ukrainians during the war: results of sociological research / Iuliia Pavlova, Petro Petrytsa, Hanna Zhara et al. – Lutsk : Vezha-Druk, 2023. – 1 electronic optical disk (CD-ROM). – Data volume 4,21 Mb

ISBN 978-966-940-508-1

У книзі охарактеризовано десять параметрів, які обумовлюють благополуччя молодих українців – задоволеність життям, надія, оптимізм, мета в житті, несправедливість, моральна травма, посттравматичний стресовий розлад, копінг-стратегії, резильєнтність та посттравматичний ріст. Пропоноване дослідження зосереджується на позитивних ресурсах, досвіді та факторах, які сприяють процвітання або оптимальному функціонуванню молодих людей в Україні в умовах війни. Матеріал допоможе читачу краще зрозуміти чинники, які сприяють адаптації, соціалізації та реалізації потенціалу молоді в умовах війни та в післявоєнний період.

Книга зацікавить фахівців, які займаються проблемами молоді, буде корисною для науковців, викладачів закладів вищої освіти, аспірантів та студентів.

The book describes ten parameters that determine the well-being of young Ukrainians – life satisfaction, hope, optimism, purpose in life, injustice, moral injury, post-traumatic stress disorder, coping strategies, resilience, and post-traumatic growth. The proposed study focuses on the positive resources, experiences, and factors contributing to the flourishing or optimal functioning of young people in Ukraine during the war. The material will help the reader better understand the factors that contribute to adaptation, socialization, and realization of one's potential in the conditions of war and the post-war period.

The book will be of interest to specialists dealing with youth issues and will be helpful for scientists, teachers of higher education institutions, PhD students, and students.

УДК 364.658:355.01(477)

ISBN 978-966-940-508-1

© Павлова Ю., Петрица П., Жара Г. та ін., 2023

C ONTENT

INTRODUCTION	11
1. THEORETICAL JUSTIFICATION	15
1.1. Satisfaction with life	15
1.2. Hope	17
1.3. Optimism.....	18
1.4. Purpose in life	19
1.5. Perceived injustice	21
1.6. Moral injury.....	22
1.7. Post-traumatic stress disorder	24
1.8. Coping strategies	26
1.9. Resilience	28
1.10. Post-traumatic growth	29
2. STUDY METHODOLOGY	31
2.1. Study organization.....	31
2.2. Methods.....	32
<i>Satisfaction with life</i>	33
<i>Herth Hope Scale</i>	33
<i>Revised Life Orientation Test</i>	34
<i>Life Purpose Scale</i>	34

<i>Perceived Injustice Questionnaire</i>	34
<i>Moral Injury Events Scale</i>	35
<i>Harvard Trauma Questionnaire</i>	35
<i>Brief Method of Diagnosing Situational Coping Strategies</i>	35
<i>Brief Resilient Coping Scale</i>	36
<i>Post-Traumatic Growth Inventory</i>	36
<i>Statistical Analysis</i>	37
2.3. Participants.....	37
3. RESULTS	42
3.1. Positive aspects of the well-being of student youth.....	42
<i>Satisfaction with life</i>	42
<i>Hope, optimism and purpose in life</i>	45
3.2. Injuries and injustice.....	50
3.3. Resilience, post-traumatic growth and coping strategies.....	58
CONCLUSIONS	66
REFERENCES	136
AUTHORS	156

ЗМІСТ

ВСТУП.....	73
1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ.....	77
1.1. Задоволеність життям.....	77
1.2. Надія	79
1.3. Оптимізм.....	80
1.4. Цілеспрямованість.....	81
1.5. Сприйнята несправедливість	83
1.6. Моральна травма	84
1.7. Посттравматичний стресовий розлад.....	86
1.8. Копінг-стратегії	88
1.9. Резильєнтність.....	90
1.10. Посттравматичний ріст	92
2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	94
2.1. Організація дослідження.....	94
2.2. Методи.....	95
<i>Задоволеність життям</i>	<i>96</i>
<i>Шкала надії Герта</i>	<i>97</i>

<i>Виправлений тест</i>	
<i>для визначення життєвої установки</i>	97
<i>Шкала життєвої мети</i>	97
<i>Анкета сприйняття</i>	
<i>несправедливості</i>	98
<i>Шкала подій, які спричиняють</i>	
<i>моральну травму</i>	98
<i>Гарвардська анкета травми</i>	99
<i>Коротка методика діагностики</i>	
<i>ситуативних копінг-стратегій</i>	99
<i>Коротка шкала резильєнтності</i>	100
<i>Анкета «Опис посттравматичного</i>	
<i>зростання»</i>	100
<i>Статистичне опрацювання даних</i>	101
2.3. Учасники	101
3. РЕЗУЛЬТАТИ	106
3.1. Позитивні аспекти	106
<i>благополуччя студентської молоді</i>	106
<i>Задоволеність життям</i>	106
<i>Надія, оптимізм та життєва мета</i>	110
3.2. Травми і несправедливість	114
3.3. Резильєнтність,	
<i>посттравматичний ріст</i>	
<i>і копінг-стратегії</i>	122
ВИСНОВКИ	131
ЛІТЕРАТУРА	136
АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ	158

EXPERIENCE AND WELL-BEING OF YOUNG UKRAINIANS DURING THE WAR:

results of sociological research

INTRODUCTION

The Russian invasion of Ukraine that began on 24 February 2022 is accompanied by terrible losses of both the military and the civilian population. In addition, war leads to negative financial, economic and geopolitical consequences. Deterioration of mental and physical health of various population groups (increased risk of post-traumatic stress disorders, anxiety, depression), devaluation and deterioration of professional and social functioning are long-term consequences of the war. The intensity of such changes depends on proximity to the zone of active hostilities, direct participation in the war, demographic variables, personal characteristics, etc. Note that the Russia's military operations in eastern Ukraine actually began in 2014, so risks to health and deterioration of well-being may tend to grow and accumulate.

On the other hand, despite traumatic events, we gain new experiences and learn new things, accordingly, we return to life with new perspectives and values, the ability to overcome difficulties. All of these changes can be traced based on the process of adaptation in the face of tragedy, the ability to “bounce back” and move on (resilience), as well as the combination of possible positive changes that have occurred as a result of life difficul-

ties or life-changing crises (post-traumatic growth). Post-traumatic growth encompasses development in various areas of life, such as: relationships with others, new opportunities, personal strength, spirituality and appreciation of life. Both resilience and post-traumatic growth are related to human well-being. The use of active coping strategies is an important element in the process of developing resilience. These are also known as solution-oriented strategies or cognitive strategies of coping (e. g, acceptance, attempt to reframe the situation).

This study focuses on young people, who make up one fourth of the population of Ukraine. Despite the difficult circumstances, young people are the part of the population that is characterized by special activity, determines the country's future, makes decisions that affect not only their own well-being, but also the situation of families and communities. Ukrainian youth are active participants in regular military formations, voluntary territorial associations, and the volunteer movement. The well-being of the youth allows predicting the well-being of the entire nation. And communities that are focused on ensuring the well-being of young people have more opportunities for prosperity and better prospects for economic growth. In peacetime, high indicators of the well-being of young people have a positive effect on academic achievements, health, development, personal qualities, and career growth. Life satisfaction can mitigate negative consequences of stressful life events, prevent the development of psychological and behavioral problems in young people and, accordingly, facilitate the recovery of the country after the war. Understanding of the well-being level will determine the need for access to certain targeted services that in turn will contribute to adaptation, social-

ization and realization of one's own potential in the conditions of war and in the post-war period, reducing the level of anxiety and psycho-traumatic situations caused by the war.

Covering different parameters, the proposed research focuses in particular on positive resources and experiences (hope and optimism, purpose in life, resilience); on the factors that contribute to the prosperity or optimal functioning of young people in Ukraine even in the war conditions. Despite these positive emphases, it does not deny or avoid evaluating negative experiences and traumas that stimulate personal growth and positive adaptive processes. Having singled out two types of variables as potential predictors of well-being – individual and contextual ones, we assume that young people from different regions of Ukraine had different experiences of the war, so well-being will be determined not only by a personal set of criteria (hope, optimism, resilience, post-traumatic growth, coping strategies, etc.), but also certain contextual parameters (life under occupation, change of residence due to the war, etc.). Taking into account the ambiguous findings regarding the well-being indicators of young men and women during the war, we have also analyzed differences in the variables under study by gender.

In total, the study covered 593 students from Ukrainian universities. The survey was purposefully conducted in Ukrainian universities located in different parts of the country (west, north and east) – in territories that were affected to varying degrees by the hostilities. The research focuses on ten parameters that determine the well-being of young people – life satisfaction, hope, optimism, purpose in life, injustice, moral injury, post-traumatic stress disorder, coping strategies, resilience and post-traumatic growth.



The study was carried out within the framework of the project “Young Ukrainians’ Experiences and Perspectives of the Russia-Ukraine War. A Mixed-Methods Investigation on How to Promote Resilience and Sustainable Peacebuilding”.

The study was supported by the 2022 Program of Small Grants for Peace Psychology Research, Education, Community Projects from the American Psychological Association Division 48 (APA Division 48: Society for the Study of Peace, Conflict, and Violence).

1. THEORETICAL JUSTIFICATION

1.1. Satisfaction with life

In population health research, subjective well-being that contains two components – affective and cognitive components – is important (Diener et al., 1999, 2017). The first component is an emotional assessment of the intensity and content of a positive personal experience of certain life events. Satisfaction with life is the cognitive part of subjective well-being, an individual's assessment of the quality of own life based on a personal unique set of criteria. Moreover, satisfaction depends on comparing one's own life circumstances with what is expected.

Research shows that life satisfaction is one of the most important predictors of successful adjustment to life, and it can be beneficial for health, longevity and social relationships (Diener, 2000). Successful adaptation to school and university life that promotes psychological well-being first affects a young person's academic and professional success and then determines the development of society in general. Among the various factors that may be associated with high satisfaction with life are income, job satisfaction, satisfaction of needs, resilience, and social relationships and support, they were defined as positive predictors, while unemployment, stress, anxiety, and depression decrease satis-

faction with life. Previous studies demonstrate the importance of individual factors in life satisfaction, cross-cultural norms related to positive emotions (Kurapov et al., 2022; Pavlova, Krauss, et al., 2023; Pavlova, Rogowska, et al., 2023; Rogowska et al., 2021). Life satisfaction depends on some daily needs that also determine the person's desires are used to set goals and provide a level of comparison with others.

The level of life satisfaction varies in different countries of the world. The number of students who are satisfied with their lives ranges from 18.9% (Colombia) to 71.94% (Turkey). The indicator for Ukrainian students was slightly lower than the average value for the total sample group (39.46%) (Rogowska et al., 2021).

Among the predictors of a lower satisfaction with one's own life among student youth are anxiety about obtaining the desired qualification and difficulties in social relationships. Social support is an important factor that affects people's lives and well-being. Students with higher levels of social support have a significantly higher adaptability and life satisfaction than students with lower levels of social support (Zhou & Lin, 2016). Participants who were in poorer health were 2 to 7 times more likely to be less satisfied with their lives than those who are in good health; such relationship also exists for a low level of physical activity (Rogowska et al., 2020).

On average, the highest level of stress, anxiety and depression is found in students of the first and second year, on the other hand, students achieve the highest level of satisfaction with their own life starting from the third year of their study (X. Liu et al., 2019). This indicates that, along with the duration of studies, students improve their ability to adapt to university conditions and develop more effective coping strategies.

1.2. Hope

Hope is a multidimensional psychological construct that relates to a person's expectation of desired outcomes based on realistic future goals; this is an important motivational state for overcoming life difficulties or crisis situations, achieving the desired goal. A high level of hope is a prerequisite for reflection of the situation, effective decision-making (Gallagher et al., 2020). Hope is positively correlated with happiness, perseverance, success, health, and social support (Haugan et al., 2013; Nekolaichuk et al., 1999). It can reduce the impact of stress on mental and mental health (Nekolaichuk et al., 1999). Hope is related to the sense of life, positive self-esteem and self-worth. The concept of hope draws considerable attention for its potential impact on people's well-being and quality of life.

A distinction is made between cognitive and emotional hope. According to the cognitive concept, a (Larsen et al., 2020) person is able to demonstrate beliefs about the ability to achieve own goals. The concept of emotional hope mostly emphasizes the general feeling of hopelessness and helplessness and focuses on the control of emotions rather than thoughts (Herth, 1992). Even in the face of constant adversity, emotional hope is a feeling that incites to positive action.

Higher levels of hope are associated with better well-being and a sense of emotional control, as well as lower levels of anxiety and stress (Gallagher et al., 2021). It is assumed that hope and optimism can be considered as two related constructs that have orientation on the future (Gasper et al., 2020). Despite some similarities, hope is the motivation to achieve the desired, while optimism is related to the overall result, the expectation of positive future results, positive interpretation of situations and events (Ginevra et al., 2017).

1.3. Optimism

Optimism is an important protective factor of mental health (Carver et al., 2010). Optimism correlates with better health and a higher quality of life (Carver & Scheier, 2014). Optimists have better health through motivational and behavioral factors and take a proactive approach to health promotion (Carver & Scheier, 2014), generally, a positive attitude towards life encourages more self-care (De Ridder et al., 2004). Studies devoted to mental health of trauma survivors show that individuals with higher levels of optimism recover more quickly from trauma effects (Birkeland et al., 2017). Optimism helps to reduce anxiety and depression in patients (Lam et al., 2016; Orom et al., 2015), allows to better adapt to pain (Ronaldson et al., 2014), is associated with better sleep (Uchino et al., 2017), mitigates the impact of adverse life circumstances on the mental health and well-being of persons who have survived the terrorist act (Birkeland et al., 2017).

Optimism also has a positive effect on various parameters of physical health. In particular, a higher level of optimism is associated with a decrease in inflammatory processes (Roy et al., 2010), better lipid profile (Boehm et al., 2013), lower cortisol levels during stress (Jobin et al., 2014), lower risk of the coronary heart disease (Kim et al., 2014) and lower mortality. According to the results of an 8-year study of 95,000 people, it was found that the group of optimists had a lower overall mortality rate and a lower probability of developing cardiovascular diseases (Cauley et al., 2017).

Optimism is an important predictor of well-being in young people. In young people, a higher optimism score is associated with a lower likelihood of psychological problems, such as: mood and anxiety disorders (Ames et al., 2015), use of psychoactive substances (Rawana & Ames, 2012). Optimistic youth are more confident in their future and are convinced of achieving their goals.

Optimism accompanies resilience (Rutter, 2006), promotes activity in the fight against difficulties, in particular, in stressful situations (Carver et al., 2010). Accordingly, even in the event of failure, a positive young person will more often use proactive coping strategies and choose behaviors that contribute to success (Carver & Scheier, 1998). Optimists cope more effectively with stressful factors, because they more flexibly switch between different coping strategies and try to find the one that is the most effective in a certain situation (Carver et al., 2010). Optimistic people feel more accepted by society, are more satisfied with their relationships, and are open to further work on them.

1.4. Purpose in life

Purpose in life is what inspires, gives sense, motivates and directs our activities; this is the main intention of a person in relation to the achievement of life tasks that contributes to positive changes both in personal life in particular and in society in general (Sharma & Yukhymenko-Lescroart, 2018). The purpose in life is characterized by the presence of a certain goal in the future, the desire to achieve something significant, and progress in achieving it. According to the concept of V. Frankl that was proposed on the basis of personal experience of being in concentration camps during the Holocaust, the search for the sense of life is key task in human life (Frankl, 2006). The scientist considered the purpose in life as a way to achieve the sense of life. He noted that awareness of it protects against suicide and helps to cope with daily difficulties.

Today, this psychological construct is of great interest due to its positive impact on physical, cognitive, and emotional human health (Blattner et al., 2013; Kim et al., 2020). According to a review of studies, availability of the purpose in life reduces the like-

likelihood of developing cardiovascular disease by 17% (Cohen et al., 2016). This indicator allows predicting the level of happiness and life satisfaction (Aghababaei & Błachnio, 2014). The purpose in life has a protective effect against suicidal thoughts in depression (Heisel & Flett, 2004). Young people with a formed sense of purpose have higher scores of well-being (Abdul Kadir & Mohd, 2021), are more self-confident, have positive relationships with others (Abdul Kadir & Mohd, 2021; Chen & Cheng, 2020), are less prone to depression, anxiety and stress (Hong et al., 2018).

Despite the fact that the purpose in life is considered one of the adult's criteria, the purpose in life is also important for young people (Hill et al., 2013). Its availability indicates the complexity of thinking (Malin et al., 2014), identity formation, understanding of the fact that a young person knows what wants to do with own life at a certain stage of it (Burrow & Hill, 2011). In youth studies, the purpose of life is very often considered precisely through the lens of identity development. The transition from childhood to the responsibilities of adulthood is characterized by identity formation and potential crises (Arnett, 2000; Erikson, 1968). The purpose in life plays an important role in the formation of self-awareness and identity of students, because knowing who we are often resonates with what we want to devote our lives to (Erikson, 1968; Hill & Burrow, 2012). Formation of the purpose is considered as a kind of capital of identity (Burrow & Hill, 2011). The sense of purpose in life gives young people hope and motivation, all of which help them persevere to achieve their educational goals despite various difficulties and moments of uncertainty (Damon et al., 2010).

1.5. Perceived injustice

Justice was and remains a fundamental value for human beings. When we experience injustice, we feel a certain discrepancy between the expected (fair) and the actual (unfair) treatment. The greater this gap, the stronger the injustice feels the individual (Worthington, 2006).

The psychosocial phenomenon “Perceived Injustice” is studied in the context of signs of human ill-health, deterioration of adaptation after injuries and diseases. In works devoted to pain and rehabilitation, perceived injustice is viewed as a multidimensional construct that reflects the severity and incorrigibility of losses associated with trauma, accusation, and injustice (Sullivan et al., 2008). A high level of perceived injustice causes worse recovery after injuries, diseases, causes negative physical and functional consequences, in particular, intense pain, increases the likelihood of using painkillers, becomes the cause of a higher level of irrecoverableness (according to the results of subjective assessment), maladaptive behavior associated with pain (Lynch et al., 2021; Martel et al., 2017). Perceived injustice was a predictor of PTSD symptom persistence in patients with post-traumatic pain (You & Ju, 2020). The feeling of injustice, especially in the case of injury, loss of work capacity, work, financial security contributes to the development of depression/worsening of its symptoms (Scott et al., 2015; Sullivan et al., 2008), because, in this case, the socio-cognitive principles of the predictability and justice of the world are violated. Understanding of links between perceived injustice and depression, anxiety, PTSD is important from a recovery perspective, as mental health problems can have important effects on an individual’s health-related behaviors and subsequent functioning, such as participation in treatment, adherence to rehabilitation and treatment regimens (Goldstein et al., 2017).

People who regularly experience injustice within a certain system (such as persecution based on religion, ethnicity or political opinions), including refugees and asylum seekers, rarely have the resources and opportunities to seek justice or redress (David, 2017). This injustice within a certain system often continues in the conditions of forced displacement. In general, persons who survived war, military conflicts and related negative phenomena (tortures, internal displacement, air raids and bombings, were refugees, etc.) (Başoğlu et al., 2005; Pham et al., 2004; Rees et al., 2013; Silove et al., 2014) were usually not adequately protected, because their rights were violated. They had a permanent sense of injustice that had a negative impact on characteristics of mental health.

1.6. Moral injury

In the literature, the “moral injury” term is proposed to describe the suffering of a human being who has done things that violate their basic ethical beliefs or who witnessed such events or could not prevent them (Nash & Litz, 2013). Moral injury is not only a state of cognitive dissonance, but also a state of losing confidence in previously deep-rooted beliefs about one’s ability or the ability of others to adhere to a shared moral agreement. This trauma is characterized by feelings of guilt, shame, betrayal, inability to forgive, loss of senses, trust, and self-condemnation.

For the development of moral injury, three conditions should be met: betrayal of things that are morally right (1) by someone in legitimate authority (2) in a highly responsible situation (3) (Shay, 2011). Such definition focuses mostly on those who have power, on the feeling of powerlessness, helplessness, hopelessness, guilt and shame, loss of faith in the goodness of the world

and humanity (Shay, 2011). Later studies indicated that 28% of war veterans have moral injury related to moral uncertainty – when a person simply does not know how to react in certain ethical situations (Jameton, 1993; Meador & Nieuwsma, 2018). Among the characteristic signs and symptoms of moral injury are social and behavioral problems, trust-related problems, spiritual and existential problems, psychological problems and self-deprecation (Drescher et al., 2011). All of these problems produced various outcomes ranging from social withdrawal and alienation up to aggression, deviant behavior, and sociopathy. Possible spiritual and existential symptoms included loss of faith, confidence in morals, senses, and fatalism; psychological symptoms included depression, anxiety, anger, shame, guilt, self-loathing. Despite some common features, moral injury is different from post-traumatic stress disorder, but it can also accompany it (Gray et al., 2012). The emergence of post-traumatic stress disorder can be a manifestation of moral injury (Bartzak, 2015), in particular, such cause-and-effect relationship is characteristic not only of military personnel, but also of specialists in civilian professions (Bartzak, 2015).

Much of the research literature is focused on military events, particularly the wounding or killing of an enemy soldier, the failure to prevent the suffering of fellow service members or civilians, or the betrayal of a leader or fellow service member. There are three mentioned types of events in the combat zone that can cause moral injury – betrayal, unjustified violence, incidents involving civilians (Drescher et al., 2011). According to the respondents, betrayal can be committed by leaders, fellow service members, trusted civilians or the person himself/herself. Today, the concept of moral injury is also described in the context of studying the mental state of specialists who work with people, in particular, police officers (Papazoglou & Chopko, 2017), journalists (Feinstein et al., 2018) and specialists of emergency med-

icine, in particular, medical students of pre-hospital care (Murray et al., 2018), paramedics (Murray, 2019), as well as health care professionals who provided assistance during the COVID-19 pandemic (Čartolovni et al., 2021).

1.7. Post-traumatic stress disorder

The post-traumatic stress disorder (PTSD) is associated with exposure to one or more extreme traumatic or threatening events, such as death, serious injury or sexual assault. It is a complex condition that affects somatic, cognitive, affective and behavioral components of life and is characterized by repeated experiences of traumatic memories, active avoidance of external or internal reminders of the traumatic event, changes in the cognitive and emotional spheres. All of these symptoms persist for more than one month after the traumatic event. Additional symptoms of the PTSD include dissociative symptoms, somatic complaints, suicidal thoughts and behaviors, social isolation, excessive alcohol and drug use, anxiety, panic, obsessions, or compulsions in response to memories or reminders of the trauma.

In general, experiencing traumatic events is a common phenomenon among different groups of population. Prevalence of the PTSD is estimated at a level of 3–7% (Kessler et al., 2012; Wittchen et al., 2011), however, this indicator differs significantly in different countries of the world. Based on results of surveying 71,083 respondents from 24 countries worldwide, the lifetime prevalence of the PTSD was 3.9% in the general population and 5.6% among trauma survivors, but the rate itself varied from 0.3% (China) to 8.8% (Northern Ireland) (Koenen et al., 2017). According to the results of the same study, the lifetime prevalence of the PTSD in Ukraine was 4.8%, the prevalence of trauma was

84.6%, and the proportion of people who were suffered trauma that resulted in the PTSD was 5.7% (Koenen et al., 2017).

The etiology of the PTSD is complex, and, in fact, it is an interaction of various factors, that are not only related to the duration or type of trauma (Karatzias et al., 2023; Rogowska & Pavlova, 2023), but it also depends on the individual factors (for example, gender, level of education, socio-economic standard of living, availability of social support, number of experienced traumatic situations in the past, used coping strategies, etc.) and genetic factors (Weber et al., 2022). Women, unmarried people, people with a low educational level, and the unemployed are at risk for the development of the PTSD. The majority of people with the PTSD live in low- and middle-income countries and do not have enough resources to cope with their mental health problems. In contrast, high-income countries (53.5%) had about twice as many visits for treatment as in the countries with a level of income that was lower than the middle one (22.8%) and with a level of income that was higher than a middle one (28.7%) (Koenen et al., 2017). The PTSD is very often accompanied by depression and increased use of psychoactive substances (Hoppen & Morina, 2019; Jacobi et al., 2014; Naser Morina et al., 2018). According to the results of surveys conducted among Ukrainians, the availability of children, unsatisfactory financial and social living conditions increase the likelihood of the PTSD (Fel et al., 2022). Higher levels of financial support reduce the probability of the PTSD, but only in people without children.

An important factor affecting the likelihood of developing the PTSD is the type of trauma experienced. The PTSD is diagnosed in war veterans; civilians who were/are in the war zone; victims of physical and/or sexual violence; prisoners, victims of torture, witnesses of crimes, terrorist attacks; persons who survived a natural disaster; people who were in difficult life situations, etc. Prevalence of the PTSD is as high as 30% in populations of refugees

or war-torn communities (Blackmore et al., 2020; Priebe et al., 2010), in particular, 50% of people had symptoms for a very long time (Nexhmedin Morina et al., 2014). Data collected within a period of March–May 2016 on the territory of Ukraine, in particular, in the occupied part of it, as part of the “Survey on Mental Health of Internally Displaced Persons” study show that the PTSD prevalence was 21.0–27.4% (Shevlin et al., 2022).

1.8. Coping strategies

To overcome the effects of the war and maintain mental health, it is important to prevent psychological distress and use effective strategies of coping (Hobfoll et al., 1991; Mughairbi et al., 2020). Coping is a special type of adaptation to extremely difficult circumstances, it is the process of managing internal and external sources of psychological stress through cognitive, emotional or behavioral efforts (Wilson et al., 2005).

The coping process includes three components: a source of stress (an event or a stressor), a cognitive appraisal (an evaluation of the event as irrelevant/threatening/positive one and a simultaneous analysis of available coping resources in individuals and the environment) and coping mechanisms. Coping strategies can be problem-oriented (actions aimed at changing the situation or reducing the impact of a stressor) or emotion-oriented (actions aimed at preventing or reducing emotional distress or discomfort caused by a stressful situation without changing the outcome of the stressful event) (Lazarus & Folkman, 1984). There is also the third variety proposed, these are strategies aimed at avoiding stressful situations using distraction methods (alienation, denial, use of psychoactive substances, self-distraction and humor) (Enderler & Parker, 1990). Problem-focused coping strategies involve

active efforts to manage stressful situations by modifying or eliminating the source of stress (Baker & Berenbaum, 2007). As a rule, this happens by working out options for solving the problem, evaluating the advantages and disadvantages of certain options, implementation of definite steps to solve the problem (Baker & Berenbaum, 2007). A person uses such coping strategies when they evaluate the situation as the situation that can change (Silber et al., 1961). Emotion-focused coping strategies refer to regulatory efforts to reduce the emotional consequences of stressful events (Carver et al., 1989) especially in uncontrolled (Endler, 1997) or constant (Folkman & Lazarus, 1985) situations. Problem-focused coping strategies are found to be effective, whereas the findings regarding emotion-focused coping strategies are ambiguous. Some of them, particularly those that stimulate positive reframing or search for social support, are considered adaptive. Instead, coping strategies involve avoidance (Roth & Cohen, 1986), such as denial or self-blame, are viewed as maladaptive (Baker & Berenbaum, 2007; Folkman & Lazarus, 1985). The maladaptive aspect involves a dysfunctional approach to coping (ruminating, release of emotions/emotional release and confrontation) and severe maladaptive avoidance (disengagement, social isolation, suppression of emotions, etc.) (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

Results confirms that proactive coping strategies (e. g. problem-solving or information seeking) correlate with relatively low levels of psychological symptoms (Chudzicka-Czupala et al., 2023; Sharkansky et al., 2000). L. Oviedo et al. (2022) interviewed Ukrainian refugees to find out what helps them overcome the war. It has been found that the main coping strategies are maintaining communication with loved ones, seeking help and praying. N. Kostruba and O. Fishchuk interviewed university students who sought psychological counseling and found that religious media help to cope with negative emotions (Kostruba & Fishchuk, 2022). T. Khraban (2022) analyzed the posts and comments published

on social networks by civilians from the north of Ukraine during the first 15 days of the war and found out that the use of coping strategies focused on both the problem and emotions helped people to free from negative emotions, minimize the impact of stressful situations, remain positive and friendly.

1.9. Resilience

During the life, a person goes through various trials of life, overcomes negative experiences, finds the sense in a traumatic experience, preserves and restores mental health with the help of individual and social resources (Kelmendi & Hamby, 2022). In most cases, the intensity of emotional experiences gradually decreases over time, a person adapts to the new reality, but otherwise the traumatic experience can be so intense that its consequences will remain throughout life (Echeburúa & de Corral, 2007). But at the same time, a traumatic experience leads to personal growth, life acquires new senses and directions, and a person can more successfully face the new reality. It is the context of overcoming difficulties, in which the construct of psychological resilience emerges.

The concept of resilience shifts the focus away from risk factors, traumatic experiences, and it rather emphasizes the strengths that people use to overcome trauma (Luthar et al., 2000; Richardson, 2002). Focusing on a positive outcome equates to preservation by an individual who experienced adversities or risks of their mental health after adapting, regaining or even exceeding their previous level of functioning.

Resilience encompasses three components, including traumatic experiences that are to be overcome, protective factors or strengths as coping mechanisms, and evidence of healthy functioning after the trauma, such as reduced symptoms or a high

post-traumatic growth (Kelmendi & Hamby, 2022). Some factors may be more important to resilience than others, in particular, this is an individual's ability to control and manage emotions and behaviors, available social resources (family, friends, and community), and formed understanding of the sense and purpose. It is worth considering that resilience is a multidimensional phenomenon, as it acts on several levels — at the level of genes, the whole individual, the community, the environment, and psychological resilience itself will depend on the dynamic interaction of all these interconnected levels or systems (Masten, 2011).

An individual with a high level of resilience is able to effectively manage their own stress level, adapt to changes and cope with adverse conditions, including catastrophic events, poor socio-economic situation, and chronic diseases (Rutter, 1987, 2006). Resilience is important for a high quality of life of people with the terminal illnesses or post-traumatic stress (L. Liu et al., 2017). Resilience is a predictor of subjective perception of one's own health and well-being even in the case of diseases and life's adversities (Wiles et al., 2012).

1.10. Post-traumatic growth

A traumatic event can significantly change a person's life and cause psychological distress manifested by symptoms of post-traumatic stress, depression or anxiety. But, in addition to negative consequences, qualitatively different changes can be the result of coping with a difficult life event (Zhang et al., 2022). The concept of post-traumatic growth covers positive psychological changes that occur as a result of processes of adaptation to serious diseases (Kunz et al., 2019; Z. Liu et al., 2020; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018; Tran et al., 2011), natural disasters, wars, terrorist attacks

(Greenberg et al., 2021; Morgan et al., 2017; Siqueland et al., 2015), epidemic (Gómez-Acosta et al., 2023).

Post-traumatic growth occurs as a result of numerous cognitive, emotional and social processes that cause a rethinking of the basic system of beliefs (Richard G. Tedeschi & Moore, 2021). A traumatic event can question or change a person's basic beliefs about himself/herself, relationships with others, or the world in general that in turn stimulates affective-cognitive processes to restore psychological balance and build a new system of beliefs. At first it manifests itself in obsessive thoughts, later – in reflection. Through these processes, people can reconstruct their basic systems of beliefs. Five areas of post-traumatic growth are outlined: 1) increased self-efficacy or competence; 2) awareness of new possibilities; 3) grown importance of interpersonal relationships; 4) reevaluation of life; 5) spiritual growth (R. G. Tedeschi & Calhoun, 2004).

Individuals with higher post-traumatic growth are more satisfied with their own lives, have higher levels of well-being, better physical health indicators, and fewer symptoms of depression and anxiety (Kunz et al., 2019; Z. Liu et al., 2020; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018). At the same time, post-traumatic growth and distress are not mutually exclusive phenomena and they often coexist (R. G. Tedeschi & Calhoun, 2004). Long-term studies of prisoners of war and veterans found that those with the most severe symptoms also had the highest post-traumatic growth (Zerach et al., 2013).

Among the factors that influence post-traumatic growth are the characteristics of the trauma itself; the length of time that has passed since the injury; demographic, social and cultural factors; mental health indicators; level of life satisfaction; coping strategies used by the individual, etc. (Boals et al., 2010; Shand et al., 2015).

2. STUDY METHODOLOGY

2.1. Study organization

The survey was conducted in Ukraine (within a period from 5 December 2022 to 3 February 2023) during the Russian invasion of the country. The study was carried out purposefully in Ukrainian universities located in different parts of the country (west, north and east) – in territories that were affected to varying degrees by hostilities, in particular, in those parts where hostilities were active. Invitations to participate in the survey were distributed through student self-government bodies and student organizations, as well as through Facebook groups, Viber and Telegram channels. In addition, since university leaders were interested in information about the well-being and state of health of students, a link to the survey was placed on the official resources and information channels of the participating universities. The questionnaire consisted of informed consent, sociodemographic questions, and standardized methods for assessing various aspects of well-being and war-related indicators.

Participants participated in the study on the basis of anonymity and confidentiality. They provided informed consent and were able to complete the study without any consequences. Criteria for inclusion into the study were age ≥ 17 years and study at a uni-

versity located in the western, northern, or eastern parts of the country. The study is approved by Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyj (The Bioethical Committee, Minutes No. 11 dated 12 September 2022).

2.2. Methods

The survey included questions about socio-demographic characteristics and standardized questionnaires to define the level of life satisfaction, hope, optimism, life purpose index, post-traumatic growth, resilience, coping strategies, etc. Questionnaires for assessing hope and optimism were previously applied in Ukraine within the framework of the current project “International and Multidimensional Perspectives on the Impact of Covid-19 (IMPACT-C19)” (Rivera, 2021) led by the Research Initiatives Working Group (RIWG) of the Interagency Pandemic Task Force of the American Psychological Association (DeAngelis, 2020). Translation and adaptation of tools for assessing life satisfaction and coping strategies have been implemented in previous studies (Rogowska et al., 2020; Xu et al., 2023). For the other scales, a 4-stage translation procedure was used (direct translation, back translation, preliminary testing of the instrument, and editorial processing).

Socio-demographic questions related to age (in years), gender (woman, man), marital status (single, married), availability of children, place of residence (country, rural/urban area), location of the university (rear areas – a relatively safe region; front-line/defensed territories – territories where there were contact battles or that are located near places of active hostilities), employment (student, availability of work, etc.), educational and qualification level at which the respondent is studying (junior

bachelor, bachelor, master), course of study (1–6 courses), type of study (stationary/full-time or extramural). Respondents also answered questions related to living under occupation ('Was your area occupied by Russian forces?'), active hostilities in the area of residence ('Was there active fighting in your area?'), moving or changing place of residence and/or university due to hostilities ('Did you have to leave your home, work, or university for a few days and go to another place or emigrate from the country because of military activities?').

Satisfaction with life

The Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) was used to assess the cognitive component of subjective well-being. The questionnaire consists of 5 statements. The 7-point Likert scale (1 = 'strongly disagree', 7 = 'strongly agree') was used for providing answers. The final result ranged from 5 to 35. It could be attributed to one of 6 categories of life satisfaction: very dissatisfied (5–9 points), dissatisfied (10–14 points), slightly dissatisfied (15–19 points), slightly satisfied (20–24 points), satisfied (25–29 points), very satisfied (30–35 points). The scale has high internal consistency (Rogowska et al., 2021), in this study, Cronbach's α was 0.921. In our data analysis, we considered a lower satisfaction with life (<20 points) and a higher satisfaction with life (>20 points) as described (Rogowska et al., 2021).

Herth Hope Scale

The work uses Herth Hope Index (HHI) (Herth, 1992). The questionnaire consists of 12 statements. The 5-point Likert scale (from 1 = 'strongly disagree' to 5 = 'strongly agree') was used for providing answers. This study used a cutoff score of < 34.5 points indicating hopelessness. The internal consistency of the questionnaire in this study was $\alpha = 0.955$.

Revised Life Orientation Test

The Revised Life Orientation Test (LOT-R) was used to assess optimism and pessimism (Scheier et al., 1994). The questionnaire consists of 10 statements, 6 of which are used directly for calculations. This evaluation-relevant part of the questionnaire was used in this study. Respondents responded using a 5-point scale (from 0 = 'strongly disagree' to 4 = 'strongly agree'). A higher LOT-R score indicates a higher level of optimism, the final result can be assigned to one of three categories (0–13 points refer to low optimism/high pessimism, 14–18 points refer to moderate optimism, 19–24 points refer to high optimism/low pessimism). The internal consistency of the LOT-R in this study was $\alpha = 0.839$.

Life Purpose Scale

The method developed by P. Hill et al. was used to assess the availability of purpose in life (Hill et al., 2015). The questionnaire consists of 4 statements. Respondents gave answers using a 5-point scale (1 = 'strongly disagree', 5 = 'strongly agree'). The questionnaire has a high level of reliability and a one-factor structure. In this study, Cronbach's α was 0.930.

Perceived Injustice Questionnaire

The Perceived Injustice Questionnaire (PIQ) consists of 18 main statements and 6 additional statements (Neumann et al., 2021). The 5-point Likert scale (1 = 'strongly disagree', 5 = 'strongly agree') was used for providing answers. Four parameters were evaluated – emotional and cognitive consequences, injustice perception, injustice experiences, revenge and forgiveness. The cutoff score of ≤ 2.3 points for the total indicator indicated that the respondent's perception of injustice was higher than the average value. In this study, the reliability coefficient for emotional and cognitive consequences was $\alpha = 0.835$, for perceived injustice –

$\alpha = 0.771$, experienced injustice — $\alpha = 0.616$, and revenge and forgiveness — $\alpha = 0.766$.

Moral Injury Events Scale

The Moral Injury Events Scale (MIES) is a tool for assessing events in a military context that potentially conflict with deep-rooted moral beliefs (Nash et al., 2013). The questionnaire consists of nine statements, respondents were asked to indicate the level of agreement with each statement according to a 6-point scale (1 = 'strongly disagree', 6 = 'strongly agree'). Statements are grouped into three sub-scales: perceived transgression by self, perceived transgression by others, perceived betrayal by others. The internal consistency of the questionnaire in this study is high: Cronbach's alpha for the perceived transgression by self was 0.818, for perceived transgression by others – 0.939, and for perceived betrayal by others – 0.904.

Harvard Trauma Questionnaire

The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) was used to analyze traumatic experiences and PTSD symptoms (Shoeb et al., 2007). The HTQ consists of three parts. This study used only the second part that covers 16 items of trauma symptoms derived from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders criteria for PTSD. A 4-point scale was used to assess the severity of each of the symptoms. A recommendation on cutoff score of 2.5 points for detecting the clinically significant PTSD was used. In this study, Cronbach's alpha was 0.950.

Brief Method of Diagnosing Situational Coping Strategies

Coping strategies were assessed using the Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (Brief-COPE) (Carv-

er, 1997). In this study, we analyzed 9 coping strategies (active coping, planning, positive reframing, acceptance, humor, using emotional support, using instrumental support, self-distraction, behavioral disengagement). The 7-point Likert scale (from 1 = 'strongly disagree' to 7 = 'strongly agree') was used for providing answers. The tool demonstrated adequate internal validity ($\alpha = 0.69\text{--}0.84$) in a previous study (Xu et al., 2023). In this study, Cronbach's alpha for all scales was ≥ 0.85 (active coping – $\alpha = 0.929$, planning – $\alpha = 0.854$, positive reframing – $\alpha = 0.907$, acceptance – $\alpha = 0.914$, humor – $\alpha = 0.850$, using emotional support – $\alpha = 0.889$, using instrumental support – $\alpha = 0.905$, self-distraction – $\alpha = 0.885$, behavioral disengagement – $\alpha = 0.947$).

Brief Resilient Coping Scale

The Brief Resilient Coping Scale (BRCS) was used to assess the ability to adapt and cope with difficulties. The BRCS consists of 4 statements. To record responses, a scale with five options ranging from 'strongly disagree' to 'strongly agree' (Sinclair & Wallston, 2004) was used. The final result varied from 4 to 20 points, and the three result categories are: 4–13 points = low resilient coping, 14–16 = medium resilient coping, 17–20 = high resilient coping. Internal consistency of the BRCS in this study was $\alpha = 0.732$.

Post-Traumatic Growth Inventory

To assess post-traumatic growth and recovery after war-related events, the Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI) was used (Richard G. Tedeschi & Calhoun, 1996). The questionnaire consists of 21 statements that are grouped into 5 scales – personal strength, new opportunities, improved relationships, spiritual growth, appreciation for life. Respondents rated each statement using a 6-point scale (from 'I did not experience this as a result of

the war' to 'I experienced this change to a very great degree as a result of war'). The obtained indicators were interpreted as follows: low level – <3 points, medium level – 3–4 points, high level – >5 points. To identify post-traumatic growth, a cutoff score of 3 points was used to define significant growth. In the current study, Cronbach's alpha for all scales was >0.7 (personal strength $\alpha = 0.897$, new opportunities $\alpha = 0.894$, improved relationships $\alpha = 0.934$, spiritual growth $\alpha = 0.729$, appreciation for life $\alpha = 0.839$).

Statistical Analysis

Absolute values (M – mean, SD – standard deviation) and relative values (in %) were calculated. The Pearson's χ^2 test was used to analyze associations between life satisfaction, the PTSD (low level, high level) and contextual variables.

Data were pre-tested for normality using skewness and kurtosis. According to the results, it has been established that the data have a normal distribution. Therefore, parametric tests were used to compare the data of men and women. An independent sample t-test was performed to compare data on satisfaction with life, level of hope, level of optimism, post-traumatic growth, and resilience.

2.3. Participants

A total of 593 university students participated in the study, comprising 121 from Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyj, 22 from Lviv Polytechnic National University, 276 from Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University, 70 from National University "Chernihiv Collegium" named after T. G. Shevchenko, 109 from National University "Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic" (Table 1). The age of the participants

ranged from 17 to 35 years ($M = 18.90$, $SD = 2.35$), and the majority of which was represented by women (72.8%). Among the participants, 98.8% indicated their place of stay/residence in Ukraine. The majority of students (48.9%) lived in cities with a population of more than 100,000, others lived in rural areas (29%) or small towns (22.1%).

Table 1

Socio-demographic and contextual (war-related) data

Indicator	Number of respondents	
	N	%
Gender		
Man	161	27.2
Woman	432	72.8
Marital status		
Single	546	92.1
Married/partnered/cohabiting	47	7.9
Children		
No	581	98.0
Yes	12	2.0
Residence		
Ukraine	586	98.8
Another country	7	1.2
Population size of your location		
Rural area	172	29.0
Urban area < 100,000 habitants	131	22.1
Urban area > 100,000 habitants	290	48.9
Occupation status		
Full time student	426	71.8
I work and study	158	26.6
Full time employee	9	1.5
University		
Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyj	121	20.4
Lviv Polytechnic National University	22	3.7

Table 1 (continued)

Indicator	Number of respondents	
	N	%
Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University	276	46.5
National University "Chernihiv Collegium" named after T. G. Shevchenko	70	11.8
National University "Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic"	109	18.4
Education level		
Junior specialist/junior bachelor	25	4.2
Bachelors student	522	88
Masters student	46	7.8
Study grade		
First	241	40.6
Second	125	21.1
Third	112	18.9
Forth	73	12.3
Fifth	30	5.1
Type of study		
Stationary/full-time	575	97
Extramural	18	3
Life under occupation		
No	532	89.7
Yes	61	10.3
Active hostilities in the area of residence		
No	500	86.4
Yes	79	13.6
Change of place of residence and/or training due to hostilities		
No	406	68.5
Yes	187	31.5

Students studied at various faculties, in particular, they studied physical education, physical therapy, sports, pedagogy, psychology, fine arts, languages, history, informatics and computer science, biology, chemistry, and mathematics. The majority of students

studied at the bachelor's level (88%), a smaller number studied the junior specialist/junior bachelor's or master's programs (4.2% and 7.8%, respectively). Among the participants, 40.6% were in their first year, 21.1% were in their second year, 18.9% were in their third year, 12.3% were in their fourth year, and 5.1% were in their fifth year.

The majority of students (97%) studied full-time, and only 3% had extramural form of study. Among respondents, 1.5% worked full-time, and 26.6% combined studies with part-time work. Most of the participants were single (92.1%) and had no children (98.0%).

Among those interviewed, 10.3% stated that they lived under occupation; 13.6% noted that contact combats were conducted on the territory where they lived; 31.5% changed their place of residence/study because of the war in the country. Using a 5-point scale (from 1 = 'I do not feel myself safe at all' to 5 = 'I feel myself completely safe'), respondents rated the level of their own safety in the conditions, in which they currently live at $M (SD) = 3.85(1.03)$ point, in particular, the indicator of ≤ 3 was chosen by 35.1% of respondents.

Part of the students (17.0%) rated their own health as excellent; 19.2% – as very good, 54% – as good (Table 2). Only 9.8% of respondents rated their own health as poor. Among respondents, 13.4% reported that their health was poor or very poor compared to that of their peers. In addition, 28.6% of participants noticed negative changes in their health compared to that during the previous year. Almost half of the respondents (45.9%) noted that, compared to the previous year, the state of their health is almost the same; every fourth respondent chose the answer that health is slightly better or much better compared to that in the previous year (13.5% and 12% of respondents, respectively).

Table 2

Respondents' state of health (according to self-assessment results)

Indicator	Number of respondents	
	N	%
Current state of own health		
Very bad	6	1
Bad	52	8.8
Good	320	54
Very good	114	19.2
Excellent	101	17
State of own health compared to that of peers		
Very bad	10	1.7
Bad	66	11.7
Good	268	45.2
Very good	143	24.1
Excellent	106	17.9
State of own health compared to the previous year		
Much worse now than one year ago	34	5.7
Somewhat worse now than one year ago	136	22.9
About the same	272	45.9
Somewhat better now than one year ago	80	13.5
Much better now than one year ago	71	12

3. RESULTS

3.1. Positive aspects of the well-being of student youth

Satisfaction with life

The majority of participants (56.3%) reported a fairly high level of satisfaction with life and had “slightly satisfied”, “satisfied” or “very satisfied” level (Table 3).

Table 3

Distribution of participants by levels of their satisfaction with life

Level of satisfaction with life	Number of participants	
	N	%
Very dissatisfied	52	8.8
Dissatisfied	56	9.4
Slightly dissatisfied	98	16.5
Neutral	53	8.9
Slightly satisfied	146	24.6
Satisfied	147	24.8
Very satisfied	41	6.9

The analysis of respondents' answers to individual questions (Table 4) shows that the relative number of people who agree (who chose the answers "agree" or "strongly agree") with the fact that their life corresponds to the ideal is 16.8%. 27.2% of respondents do not agree with this statement (the answers "disagree" or "strongly disagree" were chosen). Men from the rear areas were the group of respondents in which the largest number of persons answered negatively to this question. One in five female respondents from the rear areas partially or completely agrees that her life is perfect, while only one in seven to eight women from the front/defensed areas thinks so.

The groups of respondents with the highest number of people satisfied with their living conditions or life in general (the answers "agree" or "strongly agree" were chosen) are women from the rear areas (39.0% and 41.7%, respectively) and men from front-line/defensed territories (38.5% and 33.3%, respectively). The number of people who marked the answers to this question as "disagree" or "strongly disagree" makes 12–18%. The most dissatisfied with living conditions or with life in general are among men from rear areas and women from front-line/defensed areas. Women are more likely than men to believe that they have achieved important and desirable things in their life – one in three women and only one in five or six men answered "agree" and "strongly agree".

The relationships between satisfaction with life and contextual variables (location of the university, life under occupation, presence of active military operations in the place of residence, forced relocation due to war, etc.) were analyzed. The results of the analysis are given in Table 5. Living under occupation was statistically significantly associated with satisfaction with life ($p < 0.01$), while active hostilities in the area of residence were not statistically significant for satisfaction with life. The relationship between location of a respondent's higher education or change of residence due to the war and lower satisfaction with life was insignificant.

Table 4

Indicators of respondents' satisfaction with their own lives

Indicator	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/defensed areas		
	Men	Women	Men	Women	
In most ways my life is close to my ideal					
Strongly disagree	8.4	6.3	12.8	10.9	8.3
Disagree	21.7	19.9	15.4	15.8	18.9
Slightly disagree	18.1	13	10.3	17.8	14.2
Neither agree nor disagree	22.9	21.1	25.6	24.8	22.6
Slightly agree	20.5	20.2	23.1	16.8	20.1
Agree	4.8	14.8	7.7	9.9	11.6
Strongly agree	3.6	4.5	5.1	4.0	4.4
The conditions of my life are excellent					
Strongly disagree	6	4.8	5.1	6.9	5.4
Disagree	12	9.4	7.7	10.9	9.8
Slightly disagree	10.8	9.4	12.8	10.9	10.3
Neither agree nor disagree	22.9	15.1	17.9	26.7	18.5
Slightly agree	27.7	19.6	23.1	15.8	20.6
Agree	14.5	32.6	26.9	21.8	27.5
Strongly agree	6	9.1	6.4	6.9	7.9
I am satisfied with my life					
Strongly disagree	6	4.5	10.3	5.9	5.7
Disagree	12.0	9.1	5.1	7.9	8.8
Slightly disagree	9.6	8.2	6.4	11.9	8.8
Neither agree nor disagree	24.1	13.9	17.9	18.8	16.7
Slightly agree	24.1	25.4	21.8	24.8	24.6
Agree	15.7	29.6	28.2	23.8	26.5
Strongly agree	8.4	9.4	10.3	6.9	8.9
So far I have gotten the important things I want in life					
Strongly disagree	6	5.1	9	6.9	6.1
Disagree	12.0	9.1	6.4	8.9	9.1
Slightly disagree	14.5	9.4	11.5	7.9	10.1
Neither agree nor disagree	20.5	18.7	21.8	21.8	19.9
Slightly agree	30.1	20.8	29.5	18.8	22.9
Agree	9.6	30.5	16.7	25.7	25
Strongly agree	7.2	6.3	5.1	9.9	6.9

Table 5

Associations between life satisfaction and contextual-based indicators (according to the χ^2 test results)

Indicator	Number of respondents, N (%)	
	Low life satisfaction	High life satisfaction
Location of University	$\chi^2(1) = 0.28$	
No active hostilities	141 (34.1)	273 (65.9)
Contact battles took place/ locate close to active hostilities	65 (36.3)	114 (63.7)
Life in occupation	$\chi^2(1) = 9.42^*$	
No	174 (32.7)	358 (67.3)
Yes	32 (52.5)	29 (47.5)
Active hostilities in the area of residence	$\chi^2(1) = 3.71$	
No	166 (33.2)	334 (66.8)
Yes	35 (44.3)	44 (55.7)
Change of place of residence and/or training due to hostilities	$\chi^2(1) = 0.88$	
No	136 (33.5)	270 (66.5)
Yes	70 (37.4)	117 (62.6)

Note. *Statistically significant differences, $p \leq 0.01$

Hope, optimism and purpose in life

A small part of the respondents (11.3%) had higher chances of moderate or severe hopelessness (Table 6). The majority of participants indicated moderate or high optimism (60.9%). In addition, 17.9% of respondents had a low level of purposefulness, 41.3% – medium purposefulness, and 40.8% – high purposefulness.

Table 6

Distribution of participants by the level of hope, optimism and purpose in life

Indicator	Number of participants	
	N	%
Hope		
Higher chance of moderate/high hopelessness	67	11.3
Higher chance of low/minimum hopelessness	526	88.7
Optimism		
Low optimism/high pessimism	232	39.1
Moderate optimism	317	53.5
High optimism/low pessimism	44	7.4
Purpose in life		
Low level	106	17.9
Moderate level	245	41.3
High level	242	40.8

The level of hope/hopelessness did not depend on contextual factors (residence in the occupied territory, active hostilities in the territory of study/residence, change of place of residence/study due to the war). In general, respondents with a minimal chance of hopelessness and a moderate/high level of optimism predominated. The largest number of persons (14.8%) with a moderate/high level of hopelessness is observed in the group of respondents who have experience of life under occupation.

The number of people with a low level of optimism was in the range of 38.2–40.5%. Significant differences in the number of persons with a high level of optimism can be observed. Thus, among the respondents who experienced active hostilities or changed their place of residence, there are 4 and 2 times less people, respectively, compared to the groups of respondents who did not have such experience.

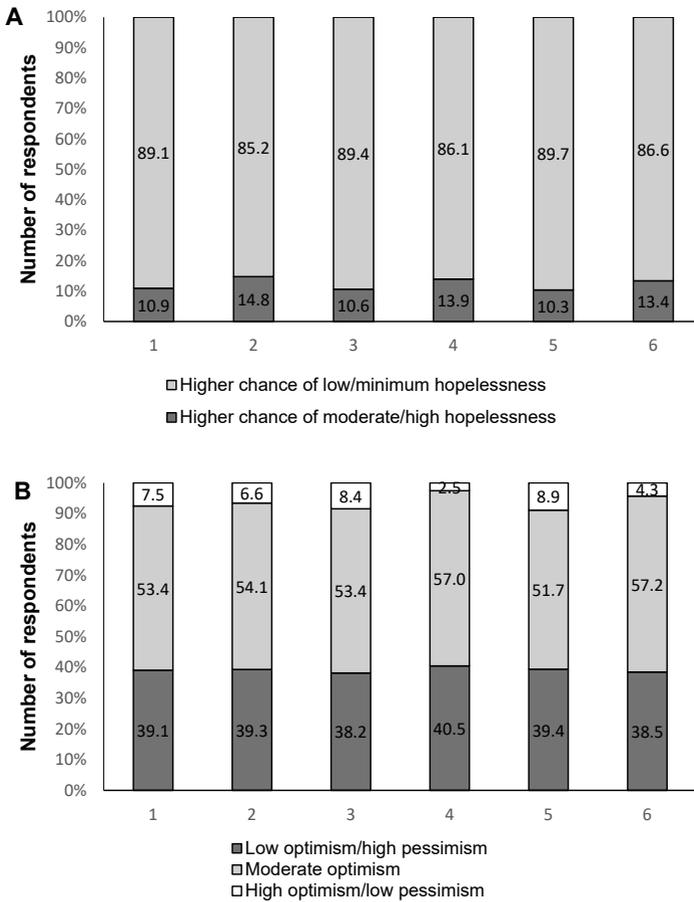


Fig. 1. Level of hope (A) and optimism (B) among participants:

- 1 – respondents had no experience of life under occupation;
- 2 – respondents have experience of life under occupation;
- 3 – respondents were not in the territory where active hostilities were taking place; 4 – respondents lived in the territory where hostilities were active; 5 – respondents did not leave home/stopped study or relocate due to hostilities;
- 6 – respondents left home/stopped study and moved to another place or left the country due to hostilities

A detailed analysis of the answers to individual questions revealed that the majority of respondents have short-term and/or long-term goals – 68.7–76.2% of respondents chose the answers “agree” or “strongly agree” (Table 7). Men and women from the front-line/defensed areas are more likely to agree that even in a difficult situation, new opportunities can be seen, with 70.5% and 64.3% of young people choosing the answers “agree” or “strongly agree”. About 70% of participants agree or strongly agree that their lives have the sense. Plans for the future correspond to the personal interests of half of the respondents (56.8%). At the same time, one in five respondents from the rear areas and one in six from the front-line/defensed areas do not agree or strongly disagree with this statement.

Among those surveyed, 14–19.8% have a fear of the future. This rate is highest among women from front-line/defensed areas. Every fifth female respondent is wary of the future. At the same time, in this group, there are more people who have long-term and short-term goals, have a clear idea of what they want to do or achieve, compared to female respondents from the rear areas.

Table 7

Specific parameters of hope, optimism and purpose in life of student youth

Indicator	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/defensed areas		
	Men	Women	Men	Women	
Availability of short-term and/or long-range goals					
Strongly disagree	3.6	3.9	6.4	4.0	4.2
Disagree	9.6	8.5	2.6	5.9	7.4
Neither agree nor disagree	18.1	15.7	17.9	13.9	16
Agree	38.6	52.3	50	55.4	50.6
Strongly agree	30.1	19.6	23.1	20.8	21.8

Table 7 (continued)

Indicator	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/ defended areas		
	Men	Women	Men	Women	
I can see possibilities in the midst of difficulties					
Strongly disagree	8.4	3.9	9	2	4.9
Disagree	8.4	9.7	7.7	4	8.3
Neither agree nor disagree	20.5	26.3	12.8	29.7	24.3
Agree	38.6	46.8	48.7	48.5	46.2
Strongly agree	24.1	13.3	21.8	15.8	16.4
I have no fear of the future					
Strongly disagree	8.4	6.3	10.3	2	6.4
Disagree	6	12.1	5.1	17.8	11.3
Neither agree nor disagree	19.3	23.6	15.4	23.8	21.9
Agree	42.2	40.5	35.9	37.6	39.6
Strongly agree	24.1	17.5	33.3	18.8	20.7
I have a sense of direction					
Strongly disagree	4.8	5.1	6.4	5.0	5.2
Disagree	3.6	9.1	7.7	6.9	7.8
Neither agree nor disagree	20.5	25.1	14.1	19.8	22.1
Agree	42.2	42.6	47.4	47.5	44
Strongly agree	28.9	18.1	24.4	20.8	20.9
I feel my life has value and worth					
Strongly disagree	4.8	5.7	5.1	3	5.1
Disagree	7.2	6	5.1	7.9	6.4
Neither agree nor disagree	22.9	18.1	14.1	20.8	18.7
Agree	38.6	44.4	43.6	44.6	43.5
Strongly agree	26.5	25.7	32.1	23.8	26.3
My plans for the future match with my true interests and values					
Strongly disagree	19.3	13.3	11.5	13.9	14
Disagree	2.4	6	5.1	3	4.9
Neither agree nor disagree	28.9	23	24.4	24.8	24.3
Agree	14.5	8.5	7.7	6.9	8.9
Strongly agree	34.9	49.2	51.3	51.5	47.9

3.2. Injuries and injustice

According to our research, the average index of symptoms of the post-traumatic stress disorder (PTSD) was lower than clinically significant one in the entire group of respondents and it was higher than statistically reliable one among women (Table 8). Men and women differ in indicators of perceived injustice. Statistically significant differences were found both for the overall indicator and for individual scales, in particular emotional and cognitive consequences, injustice perception and injustice experiences. A higher than average level of perceived injustice was characteristic of 5.2% of respondents.

Table 8

Level of post-traumatic stress disorder

Indicator	Men		Women		P
	M	SD	M	SD	
Experience of trauma/PTSD	1.67	0.6	1.97	0.62	<0.001
Moral injury	27.6	12.22	27.25	11.82	0.928
Perceived transgression by self	10.25	4.47	9.97	4.28	0.503
Perceived transgression by others	8.58	4.71	8.67	4.48	0.641
Perceived betrayal by others	8.77	4.63	8.61	4.38	0.786
Perceived injustice	3.59	0.55	3.46	0.5	0.002
Emotional and cognitive consequences	3.71	0.82	3.51	0.79	0.002
Injustice perception	3.82	0.86	3.57	0.82	<0.001
Injustice experiences	3.67	0.93	3.51	0.84	0.039
Revenge and forgiveness	3.63	0.89	3.59	0.78	0.297

The clinical PTSD was present in 13.3% and 5.1% of men from rear areas and front-line/defensed areas, respectively. For women from rear areas and front-line/defensed areas, this indicator was 19.3% and 19.8%, respectively (Fig. 2).

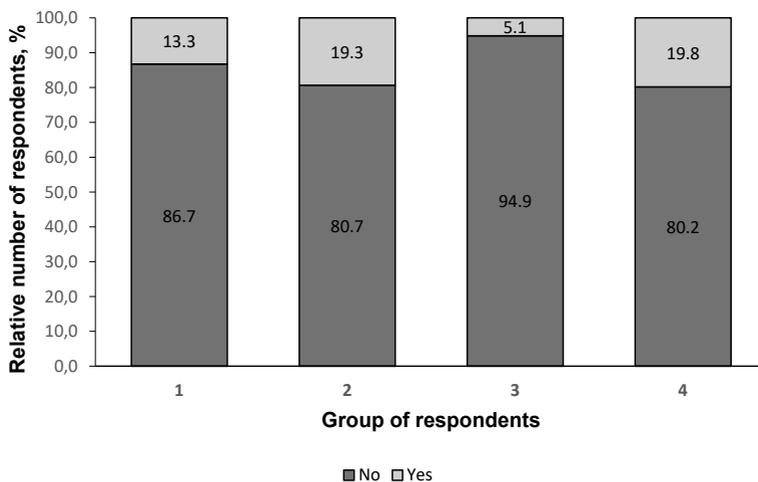


Fig. 2. Number of respondents with post-traumatic stress disorder:

1 – men who live/study in the rear areas; 2 – women who live/study in the rear areas; 3 – men who live/study in the front-line/defensed areas; 4 – women who live/study in the front-line/defensed areas

A more detailed analysis of respondents' answers revealed that women from front-line/defensed areas more often report PTSD symptoms (Table 9). The most common complaints (respondents indicated that they were bothered or very bothered by) were: persistent thoughts or memories of painful events (45.6% of respondents), feeling nervous or fearful (44.5% of women), difficulty with concentrating (41.6%), irritability or outbursts of anger (39.6%), alertness (41.6%), sleeping or falling asleep troubles (38.6%). The group of respondents with the least number of complaints were men from front-line/defensed areas. The most common symptoms of this group of respondents were: persistent thoughts/recollections of painful/horrific events (19.3%), trouble sleeping/falling asleep trouble (20.5%), feeling alert (19.2%), de-

creased interest in daily activities (21.8%), feeling that there is no future (20.5%).

In the total sample population, every third respondent (31.3%) noted a decrease in interest in daily affairs, every fourth respondent (28.7%) felt that there was no future. Avoidance of thoughts or activities associated with traumatic or painful experiences, inability to remember details of the most traumatic events, and nightmares were the least common among all surveyed respondents (typical for every fifth to seventh respondent).

Table 9

Symptoms of trauma/post-traumatic stress disorder

Symptoms	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/defensed areas		
	Men	Women	Men	Women	
Recurrent thoughts or memories of the most hurtful or terrifying events					
Not at all	34.9	25.4	43.6	22.8	28.7
A little bit	39.8	43.5	37.2	31.7	40.1
Quite a bit/extremely	25.3	31.1	19.3	45.6	31.2
Feeling as though the event is happening again					
Not at all	44.6	31.4	56.4	43.6	38.6
A little bit	28.9	33.5	35.9	30.7	32.7
Quite a bit/extremely	26.5	35	7.7	25.8	28.7
Recurrent nightmares					
Not at all	61.4	50.5	73.1	51.5	55.1
A little bit	27.7	29.6	17.9	32.7	28.3
Quite a bit/extremely	10.8	19.9	9	15.9	16.6
Feeling detached or withdrawn from people					
Not at all	47	42.6	66.7	54.5	48.4
A little bit	28.9	32.0	19.2	18.8	27.7
Quite a bit/extremely	24.1	25.3	14.1	26.8	23.9
Unable to feel emotions					
Not at all	49.4	46.8	75.6	51.5	51.8
A little bit	24.1	29.0	12.8	20.8	24.8
Quite a bit/extremely	26.5	24.1	11.6	27.7	23.4

Table 9 (continued)

Symptoms	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/defensed areas		
	Men	Women	Men	Women	
Feeling jumpy, easily startled					
Not at all	48.2	21.1	61.5	25.7	31.0
A little bit	34.9	39.9	24.4	29.7	35.4
Quite a bit/extremely	16.9	39	14.1	44.5	33.5
Difficulty concentrating					
Not at all	39.8	26.9	60.3	32.7	34.1
A little bit	31.3	37.8	25.6	25.7	33.2
Quite a bit/extremely	28.9	35.3	14.1	41.6	32.7
Trouble sleeping					
Not at all	44.6	29	50	28.7	33
A little bit	31.3	37.8	29.5	32.7	34.9
Quite a bit/extremely	24.1	33.3	20.5	38.6	31.2
Feeling on guard					
Not at all	41	26.6	46.2	26.7	31.2
A little bit	32.5	40.8	34.6	31.7	37.3
Quite a bit/extremely	26.5	32.6	19.2	41.6	31.5
Feeling irritable or having outbursts of anger					
Not at all	26.5	26.3	43.6	27.7	28.8
A little bit	50.6	36.9	39.7	32.7	38.4
Quite a bit/extremely	22.9	36.9	16.6	39.6	32.7
Avoiding activities that remind you of the traumatic or hurtful event					
Not at all	61.4	53.5	83.3	55.4	58.9
A little bit	20.5	29.9	7.7	28.7	25.5
Quite a bit/extremely	18	16.6	9	15.9	15.7
Inability to remember parts of the most traumatic or hurtful events					
Not at all	66.3	60.1	82.1	63.4	64.4
A little bit	26.5	24.5	12.8	26.7	23.6
Quite a bit/extremely	7.2	15.4	5.1	9.9	12
Less interest in daily activities					
Not at all	36.1	31.4	52.6	41.6	36.6
A little bit	26.5	36.9	25.6	25.7	32
Quite a bit/extremely	37.3	31.7	21.8	32.7	31.3

Table 9 (continued)

Symptoms	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/defensed areas		
	Men	Women	Men	Women	
Feeling as if you don't have a future					
Not at all	45.8	40.2	56.4	41.6	43.4
A little bit	28.9	29.3	23.1	26.7	28
Quite a bit/extremely	25.3	30.6	20.5	31.6	28.7
Avoiding thoughts or feelings associated with the traumatic or hurtful experience					
Not at all	51.8	47.7	78.2	52.5	53.1
A little bit	33.7	28.7	16.7	30.7	28.2
Quite a bit/extremely	14.4	23.5	5.2	16.9	18.7
Sudden emotional or physical reaction when reminded of the most hurtful or traumatic events					
Not at all	59	42.6	69.2	49.5	49.6
A little bit	25.3	32.6	20.5	26.7	29
Quite a bit/extremely	15.6	24.7	10.3	23.8	21.4

The associations between the presence of the PTSD and contextual variables (location of the university, life under occupation, presence of active military operations in the place of residence, forced relocation due to the war, etc.) were analyzed. All results are given in Table 10. Among the variables that reliably influence the presence of the PTSD are life under occupation, as well as active hostilities in the territory where the respondent stayed ($p < 0.01$). The relationship between a respondent's location of higher education establishment or a change of residence place due to hostilities and higher PTSD scores was not reliable.

Respondents of different genders did not differ in the level of moral injury. An analysis of individual responses reveals that among those surveyed, 40.6% witnessed immoral events, and 37.4% witnessed immoral acts of other people (Table 11). Half of the respondents (55%) indicated that they did not have to act contrary to their own moral principles, while 21.2% moderately agreed or strongly

Table 10

Associations between the post-traumatic stress disorder and contextual-based indicators (according to the χ^2 test results)

Indicator	Number of respondents, N (%)	
	No trauma experience/PTSD symptoms	Presence of trauma experience/PTSD symptoms
Location of University	$\chi^2(1)=1.99$	
No active hostilities	339 (81.9)	75 (18.1)
Contact battles took place/ locate close to active hostilities	155 (86.6)	24 (13.4)
Life in occupation	$\chi^2(1)=10.2^*$	
No	452 (85)	80 (15)
Yes	42 (68.9)	19 (31.1)
Active hostilities in the area of residence	$\chi^2(1)=5.29^*$	
No	425 (85)	75 (15)
Yes	59 (74.7)	20 (25.3)
Change of place of residence and/or training due to hostilities	$\chi^2(1)=2.58$	
No	345 (85)	61 (15)
Yes	149 (79.7)	38 (20.3)

Note. * Statistically significant differences, $p \leq 0.01$

agreed that they had been in such situation. Among those surveyed, one in five stated that they acted contrary to their own moral principles or values, or their actions violated moral principles and values. In addition, one in five respondents noted that they feel betrayed by leaders, whom they trusted, or colleagues at work or study.

Compared to other groups of respondents, men from the rear areas more often have symptoms of moral injury, in particular, almost half of them (45.8%) note that they witnessed immoral events, every third (31.4%) acted against their own moral values

principles. Among respondents from front-line/defensed areas, 44.9% of men and 39.6% of women said that they had witnessed immoral events, every third respondent (34.6% of men and 32.7% of women) had witnessed immoral events of other people, every fifth man and every sixth woman acted contrary to their own moral principles and values. One in five men and one in seven women from front-line/defensed areas reported that they felt themselves betrayed by leaders they trusted or colleagues at work or study.

Table 11

Indicators of moral injury among respondents

Indicator	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/defensed areas		
	Men	Women	Men	Women	
I became a witness of morally wrong things					
Strongly disagree/moderately disagree	32.5	36.6	39.7	35.6	36.3
Strongly agree/moderately agree	45.8	38.6	44.9	39.6	40.6
I became a witness of immoral acts of others					
Strongly disagree/moderately disagree	38.6	38.7	46.2	38.6	39.6
Strongly agree/moderately agree	41	38.7	34.6	32.7	37.4
I violated my own my morals					
Strongly disagree/moderately disagree	43.4	56.2	61.5	55.4	55
Strongly agree/moderately agree	31.4	20.3	19.3	17.8	21.2
I feel betrayed by the leaders I trusted					
Strongly disagree/moderately disagree	45.8	50.5	55.1	57.4	51.6
Strongly agree/moderately agree	27.7	23.9	23	14.9	22.8
I feel betrayed by colleagues at work/study whom I used to trust/trusted					
Strongly disagree/moderately disagree	56.6	53.5	60.3	64.4	56.7
Strongly agree/moderately agree	25.3	20.6	21.8	12.8	20.1

The group of respondents with the experience of being in the occupied territory has a larger number of people who have suffered moral injury. To a lesser extent, this is related to the experience of active hostilities or forced relocation (Fig. 3). The number of respondents with a moderate score of moral injury is 10% higher in the group with the experience of living under occupation.

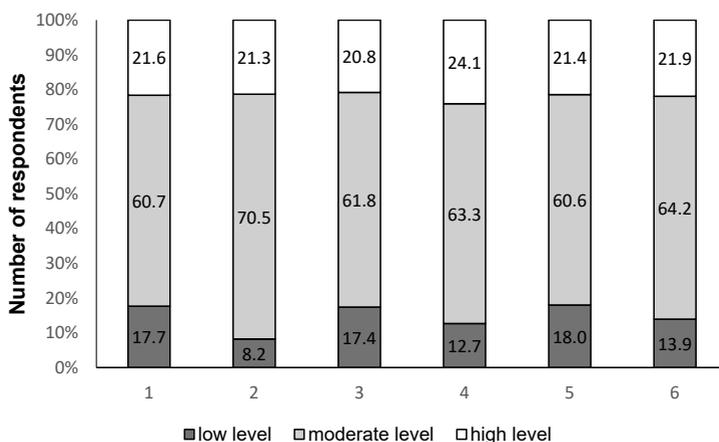


Fig. 3. The level of moral injury among respondents:

- 1 – respondents had no experience of life under occupation;
- 2 – respondents have experience of life under occupation;
- 3 – respondents were not in the territory where active hostilities were taking place;
- 4 – respondents lived in the territory where hostilities were active;
- 5 – respondents did not leave home/stopped study or relocate due to hostilities;
- 6 – respondents left home/stopped study and moved to another place or left the country due to hostilities

3.3. Resilience, post-traumatic growth and coping strategies

Most of the participants have a moderate or high level of post-traumatic growth (58.7%) and a moderate or high level of resilience (60.5%) (Table 12).

Table 12

Distribution of respondents taking into account indicators of resilience and post-traumatic growth

Indicator	Number of respondents	
	N	%
Resilience		
Low level	234	39.5
Moderate level	273	46
High level	86	14.5
Post-traumatic growth		
Low level	245	41.3
Moderate level	308	51.9
High level	40	6.7

A detailed analysis of respondents' answers revealed that half of the participants (53%) control their own reaction in difficult situations and look for ways to compensate for losses (Table 13). The main part of respondents (66–71%) feel growth after difficult situations (the answers "agree" or "strongly agree" were chosen). Men and women from front-line/defensed areas are more likely to mention such an increase compared to other groups of respondents. In the total sample, 43.6% of young people indicated that they used their own creativity in difficult situations. The largest number of persons who agreed or strongly agreed with this statement was recorded among women from front-line/defensed areas

(51.5%). Overall, among women from front-line/defensed areas, there were almost 2 times less people who chose the answer to this question as “disagree” or “strongly disagree”.

Table 13

Indicators of resilience among respondents

Indicator	Number of respondents, %				All respondents, %
	Rear areas		Front-line/defensed areas		
	Men	Women	Men	Women	
Use of creativity for solving difficult situations					
Strongly disagree	1.2	5.4	9	7.9	5.7
Disagree	12	19	14.1	6.9	15.3
Neither agree nor disagree	44.6	33.2	35.9	33.7	35.2
Agree	31.3	33.2	32.1	41.6	34.2
Strongly agree	10.8	9.1	9	9.9	9.4
Ability to control own reaction in a difficult situation					
Strongly disagree	3.6	5.4	5.1	4	4.9
Disagree	8.4	13.9	7.7	6.9	11.1
Neither agree nor disagree	32.5	29.6	30.8	34.7	31
Agree	39.8	42.3	41	43.6	42.0
Strongly agree	15.7	8.8	15.4	10.9	11
Opportunity of personal growth as a result of difficult situations					
Strongly disagree	2.4	4.5	5.1	4	4.2
Disagree	8.4	7.6	5.1	1	6.2
Neither agree nor disagree	22.9	21.5	19.2	23.8	21.8
Agree	47	55.6	51.3	54.5	53.6
Strongly agree	19.3	10.9	19.2	16.8	14.2
Finding of ways to compensate for own losses					
Strongly disagree	3.6	5.4	2.6	3	4.4
Disagree	10.8	10.6	12.8	5.9	10.1
Neither agree nor disagree	30.1	31.7	28.2	38.6	32.2
Agree	41	42.3	42.3	46.5	42.8
Strongly agree	14.5	10	14.1	5.9	10.5

Regardless of the place of residence/study, women had a higher level of post-traumatic growth (Fig. 4). More than 50% of respondents have post-traumatic growth. In comparison, this indicator is twice as high as that for men from front-line/defensed areas.

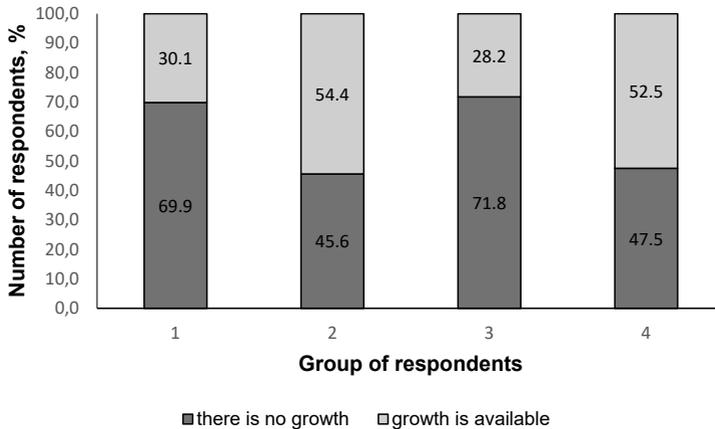


Fig. 4. Post-traumatic growth among respondents:

1 – men who live/study in the rear areas; 2 – women who live/study in the rear areas; 3 – men who live/study in the front-line/defensed areas; 4 – women who live/study in the front-line/defensed areas

Among the contextual factors that slowed post-traumatic growth were the experiences of living under occupation. Only 36% of people with experience of living under occupation showed post-traumatic growth, while among people who were in an area where there were active hostilities or who left home/stopped study for a certain period of time and moved to another place or left the country due to the war, post-traumatic growth was found in 41.8% and 48.1% of respondents, respectively (Fig. 5).

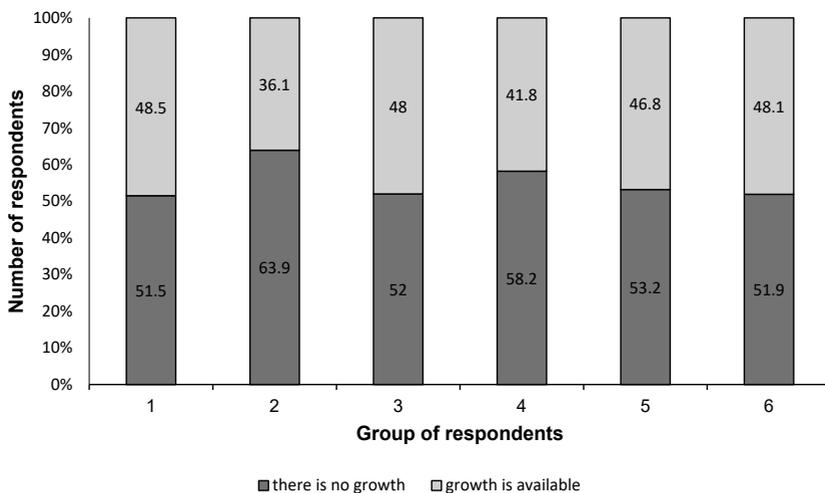
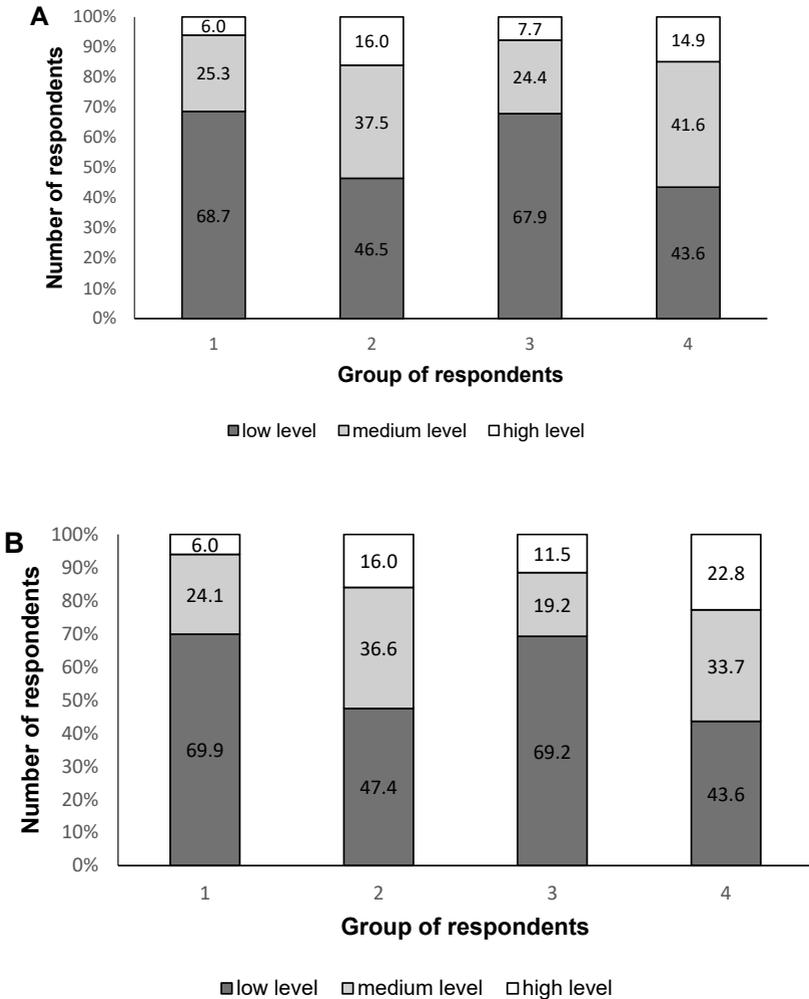


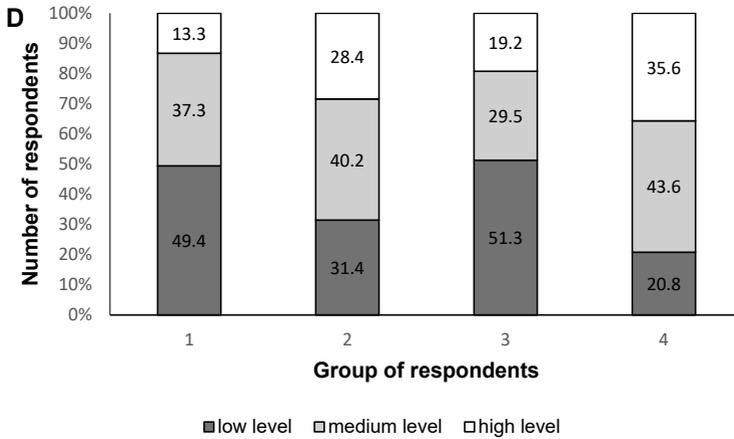
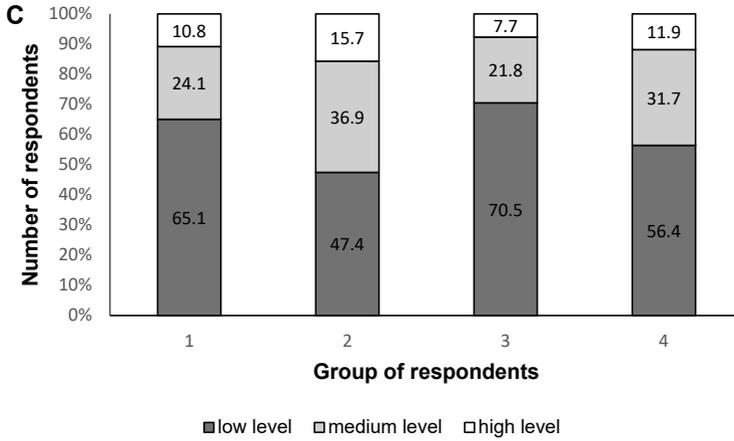
Fig. 5. Post-traumatic growth among respondents:

- 1 – respondents had no experience of life under occupation;
- 2 – respondents have experience of life under occupation;
- 3 – respondents were not in the territory where active hostilities were taking place; 4 – respondents lived in the territory where hostilities were active; 5 – respondents did not leave home/stopped study or relocate due to hostilities;
- 6 – respondents left home/stopped study and moved to another place or left the country due to hostilities

According to the results of the analysis of five possible directions of growth, it was found that, among men, there are the most persons with a low level of post-traumatic growth (Fig. 6). For example, about 70% of the respondents did not experience a change in authenticity, increased confidence, deepened meaningful personal narratives, emerged new perspectives and opportunities, 65–70% do not have any experience in improving relationships with others, support, etc., 50% did not experience spiritual growth. A low level of post-traumatic growth in the appreciation for life was found in half of the men, 31.4% of the women from

the rear areas and 20.8% of the women from the front-line/de-densified areas. Overall, the relative number of women with high levels of post-traumatic growth was 28.4–35.6%. This indicator is 2 times higher than that of men.





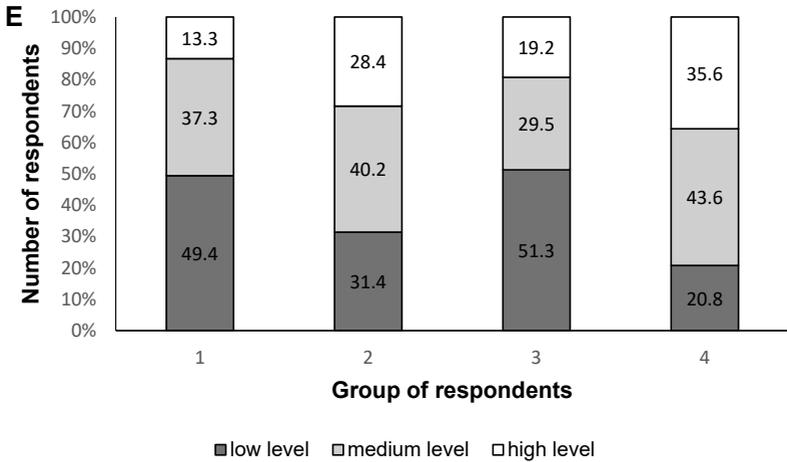


Fig. 6. Directions of post-traumatic growth:

A – personal strength, B – new opportunities, C – improved relationships, D – spiritual growth, E – appreciation for life;
1 – men who live/study in the rear areas; 2 – women who live/study in the rear areas; 3 – men who live/study in the front-line/defensed areas; 4 – women who live/study in the front-line/defensed areas

Both men and women chose such coping strategies to cope with the consequences of the war (Fig. 7). No statistically significant difference in the choice of one or another coping strategy was observed. Respondents of both sexes did not use humor or behavioral alienation as a coping strategy. Among the prevailing coping strategies, it is worth noting the following strategies: acceptance, emotional support, active coping and planning. An additional coping strategy among women was self-distraction.

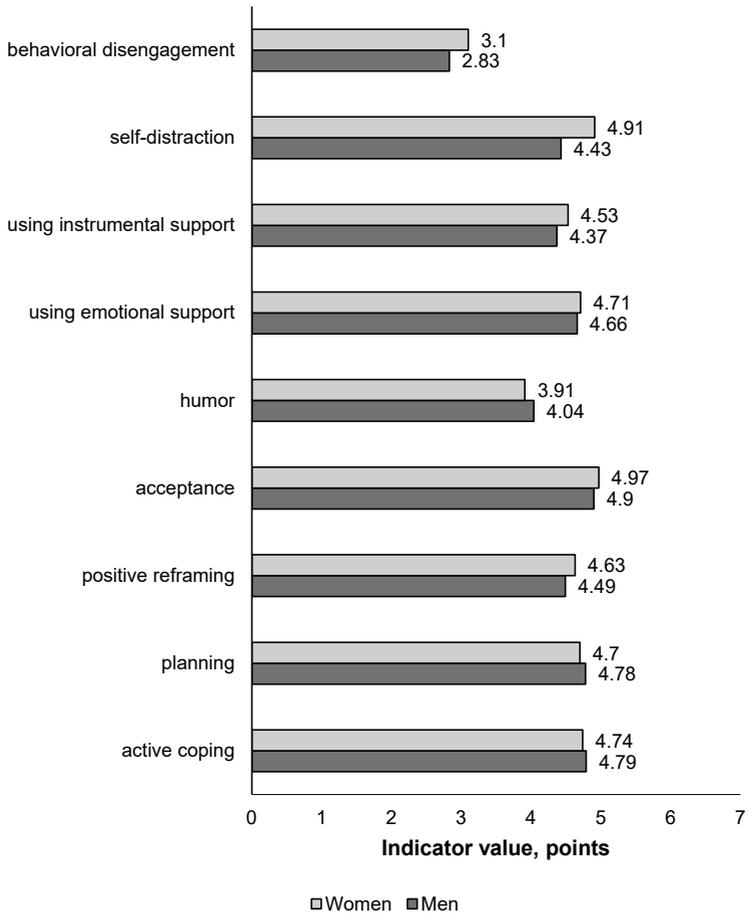


Fig. 7. Respondents' coping strategies

C ONCLUSIONS

Wars pose a significant threat to the mental health of the civilian population. They reinforce the signs of problems with health already present in the population. Among Ukrainian students, 40% were dissatisfied with their lives. However, despite the fact that the frequency of low satisfaction with life in other countries ranged from 18.9% to 71.94% (Rogowska et al., 2021), the Ukrainian sample corresponded to the average indicators. According to our study, the level of dissatisfaction with own life is 34.7% that is less than previously obtained data. In addition, most respondents were more likely to have minimal/moderate hopelessness (88.7%) and high/moderate optimism (60.9%).

Intensification of psychological problems is primarily noted in persons who have undergone military operations on the front line. The state of mental health of people directly depended on proximity to the war zone or direct participation in the war. Some demographic variables, such as gender and living in a territory occupied by Russian troops, also had a significant impact. Among the factors analyzed by us (location of the university in the zone of active hostilities, life under occupation, active hostilities in the place of residence, change of residence and study due to hostilities), it was the experience of living under occupation that reliably caused a low satisfaction with life. Although the mean indicator of the PTSD symptom was below clinically significant one across

the entire group of respondents, the clinical PTSD was present in 13.3% and 5.1% of men from the rear areas and front-line/defensed areas, respectively. For women from rear areas and front-line/defensed areas, this indicator was 19.3% and 19.8%, respectively. A higher rate of moral injury was in the group of persons who have experience of life under occupation. We can note that the brutality of Russian servicemen against the civilian population, who was in the territory of active contact battles and lived under occupation, is documented for the world community. In our study, 79 participants indicated that active contact combats were conducted in the area where they were. However, it is important that the war has affected the entire territory of Ukraine, and air strikes and shelling are regular in relatively safe areas. Thus, only in the first three weeks of the war, 1,200 missiles were used to bombard Ukraine. During the entire period of the war until 15 March 2023, air raid alerts were announced 22,443 times in 127 districts of Ukraine, in particular, the duration of the longest one was almost 19 hours. As of 31 January 2023, the following number of air raid alerts were recorded in the regions covered by our study: the Poltava region – 1144, the Chernihiv region – 708, the Ternopil region – 340, and the Lviv region – 321. Therefore, all respondents were in the territory of hostilities. According to the results of our study, the location of the university does not affect the students' satisfaction with life. Our study was conducted on the basis of universities that were affected very differently during the war: were under occupation, the region could potentially at any moment become an area of active hostilities, bombing of the city/region where the university is located, etc. Regardless of the degree of destruction, all universities did not stop their work, additionally mobilized the efforts of their communities for providing volunteer assistance, conducting humanitarian activities, saving lives/ensuring the safety of students, preserving university property, etc.

In general, trauma survivors report post-traumatic growth in three important areas: interpersonal relationships, self-perception, and life philosophy. Significant improvement in interpersonal relationships, a higher appreciation of friends and family members, higher levels of compassion and altruism towards others, openness, etc. In our study, appreciation for life and personal strength were the most significant for both men and women and improved relationships with others were the most important only for women. We found no differences between men's and women's coping strategies, while such coping strategies as the use of emotional support and self-distraction were among the predictors of satisfaction with life.

The differences we found in the data related to various indicators. In particular, PTSD indicators were higher in women, and a higher level of perceived injustice was characteristic of men. At the same time, men and women did not differ in indicators of moral injury. We also found significant differences in the level of post-traumatic growth of men and women that may be the result of a number of social changes that took place in the country due to the war. Women actively joined activities related to national defense and resisted aggression. Today, about 15% of the total strength of the Ukrainian army is made up of women that corresponds to the best world practices. Women have assumed a key role in solving humanitarian issues, the most urgent problems related to survival, change of place of residence. Some of them remained even in the territories under occupation with their communities and showed an example of invincibility and stability. According to the legislation, Ukrainian women were not restricted in changing their place of residence and leaving the country during wartime that opened up new opportunities for professional development and training, but required a deep re-thinking of the new reality, establishment of new contacts at new places of residence. Among Ukrainian refugees, 83% are women,

most of them are highly qualified workers. All this contributes to a change of views regarding the role and opportunities of women in Ukrainian society, as well as their place in the future reconstruction of the country.

We can note that previous studies of Ukrainian respondents focused mostly on understanding various pathological symptoms, psychological distress arising as a result of traumatic events, and to a much lesser extent on the ways, in which people cope with traumatic events. Focusing mainly on negative consequences does not allow to fully understand neutral and positive reactions, since some people who have experienced traumatic events report positive changes in their lives as a result of the suffered injury (so-called post-traumatic growth). Unlike resilience, post-traumatic growth involves not only a return to a certain baseline, it is an improvement that is profound in nature for some people. Our study is the first that is not focused only on the negative aspects of the injury, so it allows to more deeply understand the impact of war phenomena on the well-being of the Ukrainian population, in particular, young people; comprehensively understand responses to injury, changes that are to be taken into account. This is especially relevant, taking into account the prolonged nature of active hostilities throughout the territory of Ukraine (almost 10 months at the time of the study), as well as the fact that in the population we analyzed, most of the respondents had moderate or high levels of post-traumatic growth (51.9% and 6.7%, respectively), or moderate or high levels of resilience (46.0% and 14.5%, respectively). Recognition and understanding of such important positive changes are an important basis for further psychotherapeutic work, it gives hope that the injury can be overcome.

Limitations and directions for future studies Participation in the study was voluntary, and data were collected during a period of blackouts when not all potential applicants had the oppor-

tunity to receive information about the survey and participate in it. This obviously affected the size of the sample, its characteristics and diversity. The analyzed sample is not representative.

The war in Ukraine remains serious and is characterized by a rapid change of events and a high probability of escalation. The protracted nature of the war requires special strategies that have to ensure flexibility in different contexts (rear areas, defended areas, occupied areas, areas with active hostilities, areas where there are large numbers of people from affected communities). Understanding of relationships between the analyzed variables and their effects requires additional analysis. The use of mixed methods of research can be relevant for the development of individually directed psychotherapeutic approaches.

To date, a lot of interdisciplinary efforts have been made to strengthen psychological assistance in Ukraine, in particular, the Ministry of Health of Ukraine, World Health Organization and NGO «Barrier-Free» are implementing the All-Ukrainian Mental Health Program in Ukraine at the initiative of [the First Lady] Olena Zelenska “How are you?” (Palii et al., 2023). At the same time, the expansion and improvement of psychotherapeutic services with the use of modern information and communication technologies can be widely implemented throughout Ukraine that will help reduce inequality, overcome obstacles related to infrastructure, lack of human resources, and help reach the largest percentage of the population.

Д ОСВІД ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ
МОЛОДИХ УКРАЇНЦІВ
ПІД ЧАС ВІЙНИ:

результати соціологічного дослідження

ВСТУП

Російське вторгнення в Україну, що розпочалося 24 лютого 2022 року, супроводжується жахливими втратами і військових, і цивільного населення. Окрім цього, війна призводить до негативних фінансових, економічних та геополітичних наслідків. Погіршення ментального та фізичного здоров'я різних груп населення (збільшення ризику посттравматичних стресових розладів, тривоги, депресії), знецінення і погіршення професійного та соціального функціонування – це все довгострокові наслідки війни. Інтенсивність таких змін залежить від близькості до зони активних бойових дій, безпосередньої участі у війні, від демографічних змінних, особистих характеристик тощо. Зауважимо, що воєнні дії Росії розпочалися на сході України фактично з 2014 року, тож ризики для здоров'я та погіршення благополуччя можуть мати тенденцію до зростання і накопичення.

Із іншого боку, незважаючи на травматичні події, ми отримуємо новий досвід та навчаємося новому, відповідно – повертаємося до життя з новими перспективами та цінностями, умінням долати труднощі. Усі ці зміни можна відслідкувати за процесом адаптації перед обличчям трагедії, здатністю «від-

скочити» і рухатися далі вперед (резильєнтністю), а також за сукупністю можливих позитивних змін, які відбулися як результат життєвих труднощів або кризи, що змінила життя (посттравматичний ріст). Посттравматичний ріст охоплює розвиток у різних сферах життя, як-от: стосунки з іншими, нові можливості, особиста сила, духовність і цінування життя. І резильєнтність, і посттравматичний ріст пов'язані з благополуччям людини. Використання активних стратегій подолання – важливий елемент у процесі розвитку стійкості. Вони також відомі як стратегії, що орієнтовані на рішення, або когнітивні стратегії подолання (наприклад, прийняття, спроба переосмислити ситуацію).

Це дослідження зосереджене на молодих людях, які становлять одну четверту населення України. Попри складні обставини, молодь є тією частиною населення, яка вирізняється особливою активністю, визначає майбутнє країни, ухвалює рішення, які впливають не лише на їхнє власне благополуччя, але й на становище сімей та громад. Українська молодь є активною учасницею регулярних військових формувань, добровільних територіальних об'єднань, волонтерського руху. Благополуччя молоді дає змогу прогнозувати благополуччя усієї нації. А суспільства, що орієнтовані на забезпечення благополуччя молоді, мають більше можливостей для процвітання та кращі перспективи економічного зростання. У мирний час високі показники благополуччя молодих людей мають позитивний вплив на академічні досягнення, здоров'я, розвиток, особисті якості, кар'єрне зростання. Задоволеність життям здатна пом'якшити негативні наслідки стресових життєвих подій, попередити розвиток психологічних і поведінкових

проблем у молоді й відповідно полегшити відновлення країни після війни. Розуміння рівня благополуччя визначатиме потребу в доступі до певних цільових послуг, які своєю чергою сприятимуть адаптації, соціалізації та реалізації власного потенціалу в умовах війни та в післявоєнний період, зниженню рівня тривожності та психотравмуючих ситуацій, спричинених війною.

Охоплюючи різні параметри, запропоноване дослідження зосереджується на позитивних ресурсах та досвіді (надія та оптимізм, ціль у житті, стійкість); на факторах, які сприяють процвітанню або оптимальному функціонуванню молодих людей в Україні навіть в умовах війни. Незважаючи на ці позитивні акценти, воно не заперечує та не уникає оцінювання негативного досвіду та травм, які стимулюють особисте зростання та позитивні адаптаційні процеси. Виокремивши два типи змінних як потенційних предикторів благополуччя – індивідуальні та контекстуальні, ми припускаємо, що молоді люди з різних регіонів України отримали різний досвід війни, тож благополуччя визначатиметься не лише особистим набором критеріїв (надія, оптимізм, стійкість, посттравматичний ріст, стратегії подолання тощо), а й певними контекстуальними параметрами (життя в окупації, зміна місця проживання через війну тощо). Враховуючи неоднозначні висновки щодо показників благополуччя молодих чоловіків і жінок під час війни, ми також проаналізували відмінності в досліджуваних змінних за статтю.

Загалом дослідження охопило 593-х студентів із українських вишів. Опитування цілеспрямовано проведено в університетах України, розташованих у різних частинах країни (захід,

північ та схід) – на територіях, які різною мірою постраждали від бойових дій. Рівзвідку присвячено десятиом параметрам, які обумовлюють благополуччя молодих людей – задоволеність життям, надія, оптимізм, мета в житті, несправедливість, моральна травма, посттравматичний стресовий розлад, копінг-стратегії, резильєнтність та посттравматичний ріст.



Дослідження виконано в межах проекту «Young Ukrainians’ Experiences and Perspectives of the Russia-Ukraine War. A Mixed-Methods Investigation on How to Promote Resilience and Sustainable Peacebuilding».

Дослідження отримало підтримку Програми малих грантів для досліджень, освіти, громадських проєктів із психології миру 2022 року від Дивізіону 48 Американської психологічної асоціації (APA Division 48: Society for the Study of Peace, Conflict, and Violence).

1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ

1.1. Задоволеність життям

Під час досліджень здоров'я населення важливе суб'єктивне благополуччя, яке містить два складники – афективний та когнітивний (Diener et al., 1999, 2017). Перший складник є емоційною оцінкою інтенсивності та змісту позитивного особистого переживання певних життєвих подій. Задоволеність життям – це когнітивна частина суб'єктивного благополуччя, оцінювання індивідом якості свого життя на основі особистого унікального набору критеріїв. Також задоволення залежить від порівняння своїх життєвих обставин із тим, що очікується.

Дослідження свідчать, що задоволеність життям є одним із найважливіших показників успішної адаптації до життя, і вона може бути корисною для здоров'я, довголіття та соціальних стосунків (Diener, 2000). Успішна адаптація до шкільного та університетського життя, що сприяє психологічному благополуччю, спочатку впливає на академічні та професійні успіхи молоді людини, а потім обумовлює розвиток суспільства загалом. Серед різних чинників, які можуть бути пов'язані з високим рівнем задоволеності життям, – дохід, задоволеність роботою, задоволення потреб, стійкість, а також соціальні стосунки та підтримка, – визначено як позитивні предикто-

ри, натомість безробіття, стрес, тривога та депресія знижують задоволеність життям. Попередні дослідження демонструють важливе значення індивідуальних чинників у задоволеності життям, міжкультурних норм, що стосуються позитивних емоцій (Kurapov et al., 2022; Pavlova, Krauss, et al., 2023; Pavlova, Rogowska, et al., 2023; Rogowska et al., 2021). Задоволеність життям залежить від деяких щоденних потреб, які також обумовлюють бажання людини, використовуються для постановки цілей, забезпечують рівень порівняння з іншими.

Рівень задоволеності життям у різних країнах світу відрізняється. Кількість студентів, які задоволені власним життям, коливається від 18,9% (Колумбія) до 71,94% (Туреччина). Показник для українських студентів був трохи нижчим за середнє значення для загальної вибірки (39,46%) (Rogowska et al., 2021).

Серед предикторів нижчої задоволеності власним життям студентської молоді – занепокоєння з приводу отримання бажаної кваліфікації та труднощі у соціальних стосунках. Соціальна підтримка є важливим фактором, який впливає на життя та добробут людей. Студенти з вищим рівнем соціальної підтримки мають значно вищу адаптивність і задоволеність життям, аніж студенти з нижчим рівнем соціальної підтримки (Zhou & Lin, 2016). Учасники, які мали гірший стан здоров'я, мають в 2–7 разів більше шансів бути менш задоволеними своїм життям, аніж люди з хорошим здоров'ям; такий зв'язок існує і для низького рівня фізичної активності (Rogowska et al., 2020).

Найвищий рівень стресу, тривоги та депресії в середньому виявляють у студентів першого та другого курсу, натомість вищого рівня задоволеності власним життям студенти досягають, починаючи з третього року навчання (X. Liu et al., 2019). Це свідчить про те, що разом із тривалістю навчання студенти поліпшують свою здатність адаптуватися до умов університету та розвивають ефективніші стратегії подолання.

1.2. Надія

Надія – це багатовимірна психологічна конструкція, яка пов'язана з очікуванням людини отримати бажані результати на основі реалістичних майбутніх цілей; це важливий мотиваційний стан для подолання життєвих труднощів або кризових ситуацій, досягнення бажаної мети. Високий рівень надії є передумовою рефлексії ситуації, ефективного прийняття рішень (Gallagher et al., 2020). Надія позитивно корелює з щастям, наполегливістю, успіхом, здоров'ям, соціальною підтримкою (Haugan et al., 2013; Nekolaichuk et al., 1999). Вона може зменшити вплив стресу на ментальне та психічне здоров'я (Nekolaichuk et al., 1999). Надія пов'язана із сенсом життя, позитивною самооцінкою та власною гідністю. Концепція надії привертає значну увагу щодо її потенційного впливу на благополуччя та якість життя людей.

Розрізняють когнітивну та емоційну надію. Відповідно до когнітивної концепції (Larsen et al., 2020) людина здатна продемонструвати переконання щодо здатності досягнути своїх цілей. Концепція емоційної надії здебільшого акцентує увагу на загальному відчутті безнадії та безпорадності та зосереджується на контролі емоцій, аніж думок (Herth, 1992). Навіть за умови незмінної несприятливої ситуації емоційна надія є почуттям, яке спонукає до позитивних дій.

Вищий рівень надії корелює із ліпшим благополуччям і відчуттям емоційного контролю, а також нижчими рівнями тривоги та стресу (Gallagher et al., 2021). Припускають, що надію та оптимізм можна розглядати, як два пов'язаних конструкти, що мають орієнтацію на майбутнє (Gasper et al., 2020). Незважаючи на деяку схожість, надія є мотивацією досягнення бажаного, а оптимізм стосується загального результату, очікування позитивних майбутніх результатів, інтерпретування ситуацій і подій позитивно (Ginevra et al., 2017).

1.3. Оптимізм

Оптимізм – важливий протективний фактор ментального здоров'я (Carver et al., 2010). Оптимізм корелює з ліпшим здоров'ям і вищою якістю життя (Carver & Scheier, 2014). Оптимісти мають ліпше здоров'я через мотиваційні та поведінкові чинники та дотримуються проактивного підходу до зміцнення здоров'я (Carver & Scheier, 2014), загалом позитивне ставлення до життя заохочує більше турбуватися про себе (De Ridder et al., 2004). Дослідження психічного здоров'я людей, які пережили травми, демонструють, що особи з вищим рівнем оптимізму швидше відновлюються від наслідків травми (Birkeland et al., 2017). Оптимізм сприяє зменшенню тривоги та депресії у хворих (Lam et al., 2016; Orom et al., 2015), допомагає ліпше адаптуватися до болю (Ronaldson et al., 2014), пов'язаний із кращим сном (Uchino et al., 2017), пом'якшує вплив несприятливих життєвих обставин на психічне здоров'я та благополуччя осіб, які пережили терористичний акт (Birkeland et al., 2017).

Позитивно впливає оптимізм і на різні параметри фізичного здоров'я. Зокрема вищий рівень оптимізму пов'язаний зі зниженням запальних процесів (Roy et al., 2010), кращим ліпідним профілем (Boehm et al., 2013), нижчим рівнем кортизолу під час стресу (Jobin et al., 2014), меншим ризиком ішемічної хвороби серця (Kim et al., 2014) та нижчою смертністю. За результатами 8-річного дослідження 95 000 осіб було виявлено, що у групі оптимістів нижчий показник загальної смертності та нижча ймовірність розвитку серцево-судинних захворювань (Cauley et al., 2017).

Оптимізм – важливий предиктор благополуччя молодих людей. У молоді вищий показник оптимізму пов'язаний із нижчою ймовірністю психологічних проблем, як-от: розлади настрою та тривоги (Ames et al., 2015), вживання психо-

активних речовин (Rawana & Ames, 2012). Оптимістично налаштована молодь більше впевнена у своєму майбутньому та переконана у досягненні своїх цілей. Оптимізм «супроводжує» резильєнтність (Rutter, 2006), сприяє активності в боротьбі з труднощами, зокрема і в стресових ситуаціях (Carver et al., 2010). Відповідно навіть у випадку невдачі позитивно налаштована молода людина буде частіше використовувати проактивні копінг-стратегії та обирати поведінку, яка сприятиме успіху (Carver & Scheier, 1998). Оптимісти ефективніше справляються зі стресовими чинниками, оскільки вони гнучкіше переходять між різними копінг-стратегіями та намагаються знайти ту, яка буде найбільш ефективною у певній ситуації (Carver et al., 2010). Оптимістичні люди відчують себе більш прийнятими соціумом, більше задоволені своїми стосунками, а також відкриті до подальшої роботи над ними.

1.4. Цілеспрямованість

Мета в житті – це те, що надихає, надає сенсу, мотивує та спрямовує нашу діяльність; це основний намір людини стосовно досягнення життєвих завдань, що сприяє позитивним змінам і в особистому житті зокрема, і в суспільстві загалом (Sharma & Yukhymenko-Lescroart, 2018). Для життєвої мети властиві наявність певної цілі в майбутньому, бажання досягти чогось значущого та прогрес у досягненні цього. Згідно з концепцією В. Франкла, яку запропоновано на основі особистого досвіду перебування в концтаборах під час Голокосту, пошук сенсу життя є ключовим у житті людини (Frankl, 2006). Учений розглядав життєву мету як шлях до досягнення сенсу життя. Він зазначив, що її усвідомлення захищає від самогубства та допомагає справлятися зі щоденними труднощами.

На сьогодні цей психологічний конструкт викликає значне зацікавлення через позитивний вплив на фізичне, когнітивне та емоційне здоров'я людини (Blattner et al., 2013; Kim et al., 2020). За результатами огляду досліджень, наявність життєвої мети знижує ймовірність розвитку серцево-судинних захворювань на 17% (Cohen et al., 2016). За допомогою цього показника можна прогнозувати рівень щастя та задоволеності життям (Aghababaei & Włachnio, 2014). Життєва мета має проєктивний ефект від суїцидальних думок за депресії (Heisel & Flett, 2004). Молодь зі сформованим відчуттям мети має вищі показники благополуччя (Abdul Kadir & Mohd, 2021), більше впевнена у собі, має позитивні стосунки з іншими (Abdul Kadir & Mohd, 2021; Chen & Cheng, 2020), менше схильна до депресії, тривоги та стресу (Hong et al., 2018).

Незважаючи на те, що життєву мету розглядають як один із критеріїв дорослої людини, життєва мета важлива і для молодої людини (Hill et al., 2013). Її наявність свідчить про складність мислення (Malin et al., 2014), формування ідентичності, розуміння того, що молода людина знає, що хоче робити з власним життям на певному етапі (Burrow & Hill, 2011). У дослідженнях молоді життєву мету дуже часто розглядають саме крізь призму розвитку ідентичності. Перехід від етапу дитинства до зобов'язань дорослого життя характеризується формуванням ідентичності та потенційними «кризами» (Arnett, 2000; Erikson, 1968). Життєва мета відіграє важливу роль у формуванні самосвідомості та ідентичності студентів, оскільки знання того, ким ми є, часто резонує з тим, чому ми хочемо присвятити своє життя (Erikson, 1968; Hill & Burrow, 2012). Формування мети розглядають як своєрідний «капітал ідентичності» (Burrow & Hill, 2011). Відчуття мети життя дає молодій людині надію та мотивацію, все те, що допомагає бути наполегливим, аби досягнути своїх освітніх цілей, незважаючи на різноманітні труднощі та моменти невизначеності (Damon et al., 2010).

1.5. Сприйнята несправедливість

Справедливість була й залишається фундаментальною цінністю для людини. Коли ми зазнаємо несправедливості, то відчуваємо певну розбіжність між очікуваним (справедливим) і фактичним (несправедливим) ставленням. Чим більший цей розрив, тим сильнішу несправедливість відчуває індивід (Worthington, 2006).

Психосоціальний феномен «Сприйнята несправедливість» вивчають у контексті ознак нездоров'я людини, погіршення адаптації після травм та захворювань. У працях, присвячених болю та реабілітації, сприйняту несправедливість розглядають як багатовимірну конструкцію, яка відображає тяжкість і непоправність втрат, пов'язаних із травмою, звинуваченнями та несправедливістю (Sullivan et al., 2008). Високий рівень сприйнятої несправедливості спричиняє гірше відновлення після травм, захворювань, зумовлює негативні фізичні та функціональні наслідки, зокрема інтенсивний біль, підвищує ймовірність використання знеболювальних препаратів, стає причиною вищого рівня неповносправності (за результатами суб'єктивного оцінювання), дезадаптивної поведінки, пов'язаної з болем (Lynch et al., 2021). У пацієнтів, які відчували біль після травм, сприйнята несправедливість була предиктором збереження симптомів посттравматичного розладу (You & Ju, 2020). Відчуття несправедливості, особливо у випадку травми, втрати працездатності, роботи, фінансового забезпечення сприяє розвитку депресії / погіршенню її симптомів (Scott et al., 2015; Sullivan et al., 2008), оскільки в цьому разі порушуються соціально-когнітивні принципи про передбачуваність і справедливість світу. Розуміння зв'язків між сприйнятою несправедливістю та депресією, тривогою, посттравматичним розладом важливий з точки зору одужання, оскільки проблеми із психічним здоров'ям можуть мати важливий вплив

на поведінку, пов'язану зі здоров'ям, та подальше функціонування індивіда, наприклад, участь у лікуванні, дотримання реабілітації та режимів лікування (Goldstein et al., 2017).

Люди, які регулярно зазнають несправедливості у межах певної системи (наприклад, переслідування на основі релігії, етнічного походження або політичних поглядів), зокрема біженці та особи, які потребують притулку, зрідка мають ресурси та можливості вимагати справедливості чи відшкодування (David, 2017). Часто ця несправедливість в межах певної системи продовжується і в умовах вимушеного переміщення. Загалом особи, які пережили війну, військові конфлікти та пов'язані з ними негативні явища (тортури, внутрішнє переміщення, повітряні тривоги та бомбардування, були біженцями тощо) (Başoğlu et al., 2005; Pham et al., 2004; Rees et al., 2013; Silove et al., 2014), зазвичай не були захищені достатньою мірою, адже їхні права було порушено. Вони мали перманентне відчуття несправедливості, що негативно впливало на характеристики психічного здоров'я.

1.6. Моральна травма

У літературі термін «моральна травма» запропоновано, щоб охарактеризувати страждання людини, яка зробила речі, що порушують її основні етичні переконання, або була свідком таких подій, або не могла їм запобігти (Nash & Litz, 2013). Моральна травма – це не лише стан когнітивного дисонансу, а й стан втрати довіри до глибоко укорінених раніше переконань щодо власної здатності чи здатності інших дотримуватися спільної моральної угоди. Ця травма характеризується почуттям провини, сорому, зради, неможливістю пробачити, втратою сенсу, довіри, самоосудом.

Для розвитку моральної травми необхідна реалізація трьох умов: зрада того, що є морально правильним (1) кимось, хто має законну владу (2) в дуже відповідальній ситуації (3) (Shay, 2011). Таке визначення зосереджене здебільшого на тих, хто має владу, на почутті безсилля, безпорадності, безнадійності, відчутті провини й сорому, втрати віри в доброту світу та людства (Shay, 2011). У пізніших дослідженнях зазначено, що у 28% ветеранів війни моральна травма пов'язана з моральною непевністю – коли людина у певних етичних ситуаціях просто не знає, як реагувати (Jameton, 1993; Meador & Nieuwsma, 2018). Серед характерних ознак та симптомів моральної травми називають соціальні та поведінкові проблеми, проблеми з довірою, духовні та екзистенціальні проблеми, психологічні проблеми та самоприниження (Drescher et al., 2011). Усі ці проблеми спричиняли різні наслідки – від соціальної замкнутості та відчуження до агресії, девіантної поведінки та соціопатії. Серед можливих духовних та екзистенційних симптомів були втрата віри, довіри до моралі, сенсів та фаталізм; психологічних симптомів – депресія, тривога, гнів, сором, провини, ненависть до себе. Незважаючи на деякі спільні риси, моральна травма відрізняється від посттравматичного стресового розладу, проте також може його супроводжувати (Gray et al., 2012). Виникнення посттравматичного стресового розладу може бути проявом моральної травми (Bartzak, 2015), зокрема такий причинно-наслідковий зв'язок властивий не лише військовим, але й фахівцям цивільних професій (Bartzak, 2015).

Більшість наукової літератури зосереджено на військових подіях, зокрема на пораненні або вбивстві ворожого солдата, нездатності запобігти стражданню товаришів по службі чи цивільних осіб, або зраді лідера або товариша по службі. Названо три типи подій у зоні бойових дій, які можуть спричинити моральну травму, – зрада, невиправдане насильство,

інциденти за участю цивільних осіб (Drescher et al., 2011). Зрада, на думку респондентів, може бути скоєна лідерами, товаришами по службі, довіреними цивільними особами або самою особою. На сьогодні концепція моральної травми описана також і в контексті вивчення психічного стану фахівців, які працюють з людьми, зокрема поліцейських (Papazoglou & Chopko, 2017), журналістів (Feinstein et al., 2018) та спеціалістів невідкладної медицини, зокрема студентів-медиків, які надавали догоспітальну допомогу (Murray et al., 2018), парамедиків (Murray, 2019), а також працівників системи охорони здоров'я, які надавали допомогу під час пандемії COVID-19 (Čartolovni et al., 2021).

1.7. Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) пов'язаний із впливом однієї чи кількох екстремальних травматичних або загрозливих подій, як-от: смерть, серйозна травма чи сексуальне насилля. Це комплексний стан, який впливає на соматичний, когнітивний, афективний та поведінковий компоненти життєдіяльності та характеризується повторюваними переживаннями травматичних спогадів, активним уникненням зовнішніх чи внутрішніх нагадувань про травматичну подію, змінами в когнітивній та емоційних сферах. Усі ці симптоми тривають понад один місяць після травматичної події. Додатковими симптомами ПТСР є дисоціативні симптоми, соматичні скарги, суїцидальні думки та поведінка, соціальна ізоляція, надмірне вживання алкоголю та наркотиків, тривожність, паніка, obsesії чи компульсії у відповідь на спогади або нагадування про травму.

Загалом переживання травматичних подій є поширеним явищем серед різних груп населення. Поширеність ПТСР оцінюють у 3–7% (Kessler et al., 2012; Wittchen et al., 2011), проте цей показник суттєво відрізняється у різних країнах світу. За результатами опитувань 71 083 респондентів з 24 країн світу поширеність ПТСР упродовж життя становила 3,9% у загальній популяції та 5,6% серед осіб, які зазнали травми, проте сам показник варіював від 0,3% (Китай) до 8,8% (Північна Ірландія) (Koenen et al., 2017). За результатами цього ж дослідження поширеність ПТСР упродовж життя в Україні становила 4,8%, поширеність травми – 84,6%, частка осіб, які зазнали травми і в яких розвинувся ПТСР, – 5,7% (Koenen et al., 2017).

Етіологія ПТСР є складною, і фактично є взаємодією різних чинників, не лише пов'язаних із тривалістю чи типом травми (Karatzias et al., 2023; Rogowska & Pavlova, 2023), але й залежить від індивідуальних (наприклад, стать, освітній рівень, соціально-економічний рівень життя, наявність соціальної підтримки, кількість пережитих травматичних ситуацій в минулому, копінг-стратегії, які використовує людина тощо) та генетичних чинників (Weber et al., 2022). У групі ризику щодо розвитку ПТСР є жінки, неодружені люди, особи з низьким освітнім рівнем, безробітні. Більшість людей з ПТСР живе у країнах із низьким і середнім рівнем доходу та мають недостатньо можливостей впоратися з проблемами з психічним здоров'ям. Натомість кількість звернень за лікуванням у країнах з високим рівнем доходу (53,5%) була приблизно вдвічі більша, ніж у країнах із доходом нижче середнього (22,8%) і вище середнього (28,7%) (Koenen et al., 2017). Дуже часто ПТСР супроводжується депресією та зростанням споживання психоактивних речовин (Hoppen & Morina, 2019; Jacobi et al., 2014; Naser Morina et al., 2018). За результатами опитувань, проведених серед українців, наявність дітей, незадовільні фінансові та соціальні умови

життя підвищують ймовірність ПТСР (Fel et al., 2022). Вищий рівень матеріального забезпечення знижує ймовірність ПТСР, але лише в осіб, які не мають дітей.

Важливим чинником, що впливає на ймовірність розвитку ПТСР, є тип пережитої травми. ПТСР діагностують у ветеранів війни; цивільних осіб, які перебували / перебувають у зоні бойових дій; жертв фізичного і / або сексуального насильства; полонених, жертв катувань, свідків злочинів, терактів; осіб, які пережили стихійне лихо; людей у важких життєвих ситуаціях тощо. Поширеність ПТСР сягає 30% у популяціях біженців або у громадах, які постраждали від війни (Blackmore et al., 2020; Priebe et al., 2010), зокрема у 50% осіб симптоми зберігаються впродовж дуже тривалого часу (Nexhmedin Morina et al., 2014). Дані, зібрані у березні–травні 2016 року на території України, зокрема і в окупованій її частині, у межах дослідження «Опитування щодо психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб» демонструють, що поширеність ПТСР була 21,0–27,4% (Shevlin et al., 2022).

1.8. Копінг-стратегії

Щоб подолати наслідки війни та зберегти психічне здоров'я, важливо запобігати психологічного дистресу та використання ефективних стратегій подолання (Hobfoll et al., 1991; Mughairbi et al., 2020). Копінг – особливий різновид адаптації до надзвичайно складних обставин, це процес управління внутрішніми та зовнішніми джерелами психологічного стресу шляхом когнітивних, емоційних або поведінкових зусиль (Wilson et al., 2005).

Процес копіngu охоплює три складники: джерело стресу (подія або стресор), когнітивне оцінювання (оцінювання події

як нерелевантної/загрозливої/позитивної і одночасний аналіз наявних ресурсів для подолання в окремих осіб та оточення) і механізми подолання. Копінг-стратегії можуть бути проблемно-орієнтовані (дії, спрямовані на зміну ситуації або зменшення впливу стресора) або емоційно-орієнтовані (дії, спрямовані на запобігання або зменшення емоційного дистресу чи дискомфорту, спричиненого стресовою ситуацією, без зміни результату стресової події) (Lazarus & Folkman, 1984). Запропоновано і третій різновид – стратегії, орієнтовані на уникання стресових ситуацій за допомогою методів відволікання (відчуження, заперечення, вживання психоактивних речовин, самовідволікання та гумор) (Endler & Parker, 1990). Копінг-стратегії, орієнтовані на проблему, передбачають активні зусилля з управління стресовими ситуаціями шляхом модифікації або усунення джерела стресу (Baker & Berenbaum, 2007). Як правило, це відбувається шляхом напрацювання варіантів вирішення проблеми, оцінювання переваг і недоліків цих варіантів, реалізації певних кроків для вирішення проблеми (Baker & Berenbaum, 2007). Людина використовує такі копінг-стратегії, коли оцінює ситуацію як таку, що може змінитися (Silber et al., 1961). Копінг-стратегії, орієнтовані на емоції, стосуються регулятивних зусиль для зменшення емоційних наслідків стресових подій (Carver et al., 1989) особливо в неконтрольованій (Endler, 1997) або незмінній (Folkman & Lazarus, 1985) ситуації. Копінг-стратегії, що орієнтовані на проблему, вважають ефективними, натомість висновки щодо копінг-стратегій, орієнтованих на емоції, є неоднозначними. Деякі з них, зокрема ті, які стимулюють позитивне переосмислення або пошук соціальної підтримки, вважаються адаптивними. Натомість копінг-стратегії, що стосуються уникання (Roth & Cohen, 1986), наприклад заперечення або самозвинувачення, розглядають як дезадаптивні (Baker & Berenbaum, 2007; Folkman & Lazarus, 1985). Дезадаптивний аспект передбачає дисфункціональ-

ний підхід до подолання (роздумування, викид емоцій/ емоційна розрядка та конфронтація) та жорстке дезадаптивне уникнення (усунення, соціальна ізоляція, придушення емоцій тощо) (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

Результати засвідчують, що проактивні стратегії подолання (наприклад, вирішення проблем або пошук інформації) корелюють з відносно низьким рівнем психологічних симптомів (Chudzicka-Czupala et al., 2023; Sharkansky et al., 2000). Науковці Л. Ов'єдо та ін. опитали українських біженців, аби дізнатися, що допомагає їм подолати війну (Oviedo et al., 2022). Виявлено, що основними стратегіями подолання є підтримання спілкування з близькими, пошук допомоги та молитва. Вчені Н. Коструба та О. Фіщук опитали студентів університету, які звернулися за психологічною консультацією, і виявили, що релігійні ЗМІ допомагають справлятися з негативними емоціями (Kostruba & Fishchuk, 2022). Науковець Т. Храбан проаналізував дописи й коментарі, опубліковані у соціальних мережах цивільними особами з півночі України упродовж перших 15-ти днів війни, і з'ясував, що використання копінг-стратегій, орієнтованих і на проблему, і на емоції, допомагало звільнитися від негативних емоцій, мінімізувати вплив стресових ситуацій, залишатися позитивним і доброзичливим (Khraban, 2022).

1.9. Резильєнтність

Людина впродовж свого життя проходить через різні випробування, долає негативні переживання, знаходить сенс у травматичному досвіді, зберігає та відновлює своє психічне здоров'я за допомогою індивідуальних та соціальних ресурсів (Kelmendi & Hamby, 2022). Здебільшого інтенсивність переживань поступово зменшується з часом, людина адапту-

ється до нової реальності (Limonero et al., 2014), але в іншому випадку травматичний досвід може бути таким інтенсивним, що його наслідки зберігатимуться впродовж усього життя. Але водночас травматичний досвід призводить до особистісного зростання, життя набуває нових сенсів і напрямів, і людина може більш успішно протистояти новій реальності. Саме в цьому контексті подолання труднощів виникає конструкт психологічної стійкості.

Концепція стійкості (резильєнтності) зміщує акценти від чинників ризику, травматичних переживань і натомість наголошує на сильних аспектах, які люди використовують, щоб подолати травми (Luthar et al., 2000; Richardson, 2002). Концентрування на позитивному результаті прирівнюється до того, що особа, яка зазнала труднощів або ризику, зберігає своє психічне здоров'я після того, як адаптується, відновлює свій попередній рівень функціонування або навіть перевищує його.

Резильєнтність охоплює три складники, зокрема травматичні переживання, які необхідно подолати, захисні фактори або сильні сторони як механізми подолання травми та докази здорового функціонування після травми, наприклад зменшення симптомів або високий посттравматичний ріст (Kelmendi & Hamby, 2022). Деякі чинники можуть бути більш важливими для стійкості, ніж інші, зокрема, – це здатність індивіда контролювати емоції та керувати ними, а також поведінкою, наявні соціальні ресурси (родина, друзі і громада), сформовані відчуття сенсу та мети. Варто враховувати, що резильєнтність є багатовимірним явищем, оскільки діє на кількох рівнях – на рівні генів, усього індивіда, громади, середовища, а сама психологічна стійкість залежатиме від динамічної взаємодії всіх цих взаємопов'язаних рівнів або систем (Masten, 2011).

Індивід із високим рівнем стійкості здатний ефективно управляти власним рівнем стресу, адаптовуватися до змін і

справлятися з несприятливими умовами, зокрема катастрофічними подіями, поганою соціально-економічною ситуацією, хронічними захворюваннями (Rutter, 2006). Стійкість важлива для високої якості життя осіб із невиліковними захворюваннями або посттравматичним стресом (L. Liu et al., 2017). Резильєнтність є предиктором суб'єктивного сприйняття власного здоров'я і благополуччя навіть у разі захворювань і життєвих негараздів (Wiles et al., 2012).

1.10. Посттравматичний ріст

Травматична подія може суттєво змінити життя людини і спричинити психологічний дистрес, що проявляється симптомами посттравматичного стресу, депресії чи тривоги. Але, окрім негативних наслідків, результатом боротьби з складною життєвою подією можуть бути і якісно інші зміни (Zhang et al., 2022). Поняття посттравматичного росту охоплює позитивні психологічні зміни, що виникають у результаті адаптаційних процесів до серйозних захворювань (Kunz et al., 2019; Z. Liu et al., 2020; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018; Tran et al., 2011), стихійних лих, війн, терактів (Greenberg et al., 2021; Morgan et al., 2017; Siqveland et al., 2015), епідемії (Gómez-Acosta et al., 2023).

Посттравматичний ріст відбувається унаслідок численних когнітивних, емоційних та соціальних процесів, які спричиняють переосмислення основної системи переконань (Richard G. Tedeschi & Moore, 2021). Травматична подія може поставити під сумнів або змінити основні переконання людини щодо себе, стосунків з іншими або світу загалом, що своєю чергою стимулює афективно-когнітивні процеси для відновлення психологічної рівноваги та побудови нової системи переконань.

Спочатку це проявляється у нав'язливих роздумах, згодом у рефлексії. Завдяки цим процесам люди можуть реконструювати свої основні системи переконань. Окреслено п'ять областей посттравматичного зростання: 1) підвищення самоефективності або компетентності; 2) усвідомлення нових можливостей; 3) зростання значення міжособистісних стосунків; 4) переоцінювання життя; 5) духовний розвиток (R. G. Tedeschi & Calhoun, 2004).

Особи з вищим посттравматичним ростом більше задоволені власним життям, мають вищий рівень благополуччя, кращі показники фізичного здоров'я, менше симптомів депресії та тривожності (Kunz et al., 2019; Z. Liu et al., 2020; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018). Водночас посттравматичний ріст і дистрес не є взаємовиключеними явищами та часто співіснують (R. G. Tedeschi & Calhoun, 2004). У результаті довготривалих досліджень військовополонених та ветеранів виявлено, що особи з найважчими симптомами також мали найвище посттравматичне зростання (Zerach et al., 2013).

Серед чинників, які впливають на посттравматичний ріст, є характеристики самої травми; тривалість часу, що пройшла після травми; демографічні, соціальні та культурні чинники; показники психічного здоров'я; рівень задоволеності життям; копінг-стратегії, які використовує індивід тощо (Boals et al., 2010; Shand et al., 2015).

2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Опитування проведено в Україні (з 5 грудня 2022 року по 3 лютого 2023 року) під час російського вторгнення в країну. Дослідження проводилось цілеспрямовано в університетах України, розташованих у різних частинах країни (захід, північ та схід) – на територіях, які різною мірою постраждали від бойових дій, зокрема там, де були бойові дії активними. Запрошення для участі в опитуванні розповсюджували через органи студентського самоврядування та студентські організації, а також через групи у Facebook, Viber та Telegram-канали. Крім того, оскільки керівництва університетів були зацікавлені інформацією про благополуччя і самопочуття студентів, на офіційних ресурсах та інформаційних каналах університетів-учасників розміщувалося посилання на опитування. Анкета складалася з інформованої згоди, соціально-демографічних запитань і стандартизованих методів для оцінювання різних аспектів благополуччя та показників, пов'язаних із війною.

Учасники взяли участь у дослідженні на засадах анонімності та конфіденційності. Вони надали інформовану згоду та змогли завершити дослідження без будь-яких наслідків. Кри-

теріями для залучення учасника до дослідження були вік ≥ 17 років і навчання в університеті, розташованому в західній, північній або східній частинах країни. Дослідження схвалено Львівським державним університетом фізичної культури імені Івана Боберського (Комісія з питань біоетики, протокол № 11 від 12.09.2022).

2.2. Мемогу

Опитування містило запитання про соціально-демографічні характеристики та стандартизовані анкети для вимірювання рівня задоволеності життям, надії, оптимізму, показника життєвої мети, посттравматичного зростання, резильєнтності, копінг-стратегій тощо. Анкети для оцінювання надії та оптимізму попередньо було застосовано в Україні в межах поточного проєкту «Міжнародні та багатовимірні перспективи на вплив Covid-19» («International and Multidimensional Perspectives on the Impact of Covid-19 (IMPACT-C19)») (Rivera, 2021) під керівництвом Робочої групи дослідницьких ініціатив (Research Initiatives Working Group, RIWG) Міжвідомчої робочої групи з питань пандемії Американської психологічної асоціації (DeAngelis, 2020). Переклад та адаптування інструментів для оцінювання задоволеності життям і копінг-стратегій реалізовано в попередніх дослідженнях (Rogowska et al., 2020; Xu et al., 2023). Для інших шкал застосовувалася 4-етапна процедура перекладу (прямий переклад, зворотний переклад, попереднє тестування інструменту та редакційне опрацювання).

Соціально-демографічні запитання стосувалися віку (в роках), статі (жінки, чоловіки), сімейного стану (неодружений, у шлюбі), наявності дітей, місця проживання (країна, сільська / міська місцевість), розташування університету (ти-

лові території – відносно безпечний регіон; фронтові / опорні території – території, де були контактні бої, або розташовані поблизу активних бойових дій), працевлаштування (студент, наявність роботи тощо), освітньо-кваліфікаційного рівня, на якому навчається респондент (молодший бакалавр, бакалавр, магістрант), курсу навчання (1–6 курси), типу навчання (стаціонарне, заочне). Респонденти також відповідали на запитання, що стосувалися життя в окупації («Чи була ваша територія окупована російськими військами?»), активних бойових дій у зоні проживання («Чи були активні бойові дії у вашій місцевості?»), зміни місця проживання та / або навчання через війну («Чи доводилося вам покинути дім, роботу чи університет на кілька днів і виїхати в інше місце чи емігрувати з країни через війну?»).

Задоволеність життям

Шкалу задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS) (Diener et al., 1985) використано для оцінювання когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя. Анкета складається з 5-ти тверджень. Для відповідей використовувалася 7-бальна шкала Лайкерта (1 – категорично не згоден, 7 – повністю згоден). Підсумковий результат коливався від 5-ти до 35-ти. Його можна було віднести до однієї з 6-ти категорій задоволеності життям: 5–9 балів – дуже незадоволений, 10–14 балів – незадоволений, 15–19 балів – дещо незадоволений, 20–24 бали – дещо задоволений, 25–29 балів – задоволений, 30–35 балів – дуже задоволений. Шкала має високу внутрішню узгодженість (Rogowska et al., 2021), у поточному дослідженні α Кронбаха становило 0,921. Під час аналізу даних нами розглянуто нижчу задоволеність життям (< 20 балів) і вищу задоволеність життям (> 20 балів), як описано (Rogowska et al., 2021).

Шкала надії Герта

У роботі використано Індекс надії Герта (Herth Hope Index, HHI) (Herth, 1992). Анкета складається з 12-ти тверджень. Для відповідей використано 5-бальну шкалу Лайкерта (від «зовсім не згоден» = 1 до «повністю згоден» = 5). У цьому дослідженні використовувався граничний бал < 34,5 бала, що вказує на безнадію. Внутрішня узгодженість анкети в цьому дослідженні становила $\alpha = 0,955$.

Виправлений тест для визначення життєвої установки

Виправлений тест для визначення життєвої установки (Revised Life Orientation Test, LOT-R) використовувався для оцінювання оптимізму й песимізму (Scheier et al., 1994). Анкета складається з 10-ти тверджень, 6 з яких застосовують безпосередньо для розрахунків. Цю значущу для оцінювання частину анкети було використано в поточному дослідженні. Респонденти відповідали за використанням 5-бальної шкали (від «я абсолютно не згоден» = 0 до «повністю згоден» = 4). Вищий показник LOT-R вказує на вищий рівень оптимізму, підсумковий результат можна віднести до однієї з трьох категорій (0–13 балів – низький оптимізм / високий песимізм, 14–18 балів – помірний оптимізм, 19–24 бали – високий оптимізм / низький песимізм). Внутрішня узгодженість LOT-R у поточному дослідженні становила $\alpha = 0,839$.

Шкала життєвої мети

Для оцінювання рівня цілеспрямованості та наявності життєвої мети використовували методика, розроблену П. Хіллом та ін. (Hill et al., 2015). Анкета складається з 4-х тверджень. Респонденти давали відповіді з використанням 5-бальної шкали (1 – «категорично не погоджуюся», 5 – «аб-

солотно погоджуюся»). Анкета має високий рівень надійності та однофакторну структуру. У цьому дослідженні α Кронбаха становила 0,930.

Анкета сприйняття несправедливості

Анкета сприйняття несправедливості (Perceived Injustice Questionnaire, PIQ) складається з 18-ти основних та 6-ти додаткових тверджень (Neumann et al., 2021). Для відповідей використовували 5-бальну шкалу Лайкерта (1 – «категорично не погоджуюся», 5 – «абсолютно погоджуюся»). Оцінювали чотири параметри – «Емоційні та когнітивні наслідки», «Сприйняття несправедливості», «Досвід несправедливості», «Помста та прощення». Граничне значення для загального показника $\leq 2,3$ бала свідчило, що сприйняття несправедливості респондента є вищим, ніж у середньому. Коефіцієнт надійності в цьому дослідженні для емоційних і когнітивних наслідків становив $\alpha = 0,835$, сприйняття несправедливості – $\alpha = 0,771$, переживання несправедливості – $\alpha = 0,616$, помсти і прощення – $\alpha = 0,766$.

Шкала подій, які спричиняють моральну травму

Шкала подій, які спричиняють моральну травму (Moral Injury Events Scale, MIES) – це інструмент для оцінювання подій у військовому контексті, які потенційно можуть суперечити глибоко укоріненим моральним переконанням (Nash et al., 2013). Анкета складається з дев'яти тверджень, респондентам пропонували вказати рівень згоди з кожним твердженням за 6-бальною шкалою (1 – «категорично не згоден», 6 – «повністю згоден»). Твердження згруповано в три субшкали: «Особиста провина», «Провина інших», «Зрада». Внутрішня узгодженість анкети у цьому дослідженні висока: альфа

Кронбаха для «Особиста провина» становив 0,818, «Провина інших» – 0,939, «Зрада» – 0,904.

Гарвардська анкета травми

Гарвардську анкету травми (The Harvard Trauma Questionnaire, HTQ) використано для аналізу травматичного досвіду та симптомів посттравматичного стресового розладу (Shoeb et al., 2007). HTQ складається з трьох частин. У цьому дослідженні використано лише другу частину, що охоплює 16 пунктів симптомів травми, отриманих на основі критеріїв посттравматичного стресового розладу Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів. Для оцінювання тяжкості кожного із симптомів застосовувалася 4-бальна шкала. Використано рекомендацію щодо граничного показника 2,5 бала для виявлення клінічно значущого посттравматичного стресового розладу. Альфа Кронбаха у цьому дослідженні становила 0,950.

Коротка методика діагностики ситуативних копінг-стратегій

Копінг-стратегії оцінювалися за допомогою короткого COPE (Carver, 1997). У цьому дослідженні ми аналізували 9 копінг-стратегій (активне подолання, планування, позитивний рефреймінг, прийняття, гумор, використання емоційної підтримки, використання інструментальної підтримки, самовідволікання, поведінкова відчуженість). Для відповідей на запитання респонденти використовували 7-бальну шкалу (від 1 – «категорично не згоден» до 7 – «повністю згоден»). Інструмент продемонстрував достатню внутрішню валідність ($\alpha = 0,69-0,84$) у попередньому дослідженні (Ху et al., 2023). Альфа Кронбаха для всіх шкал у цьому дослідженні становила $\geq 0,85$ (активний копінг – $\alpha = 0,929$, планування – $\alpha = 0,854$,

позитивний рефреймінг – $\alpha = 0,907$, прийняття – $\alpha = 0,914$, гумор – $\alpha = 0,850$, використання емоційної підтримки – $\alpha = 0,889$, використання інструментальної підтримки – $\alpha = 0,905$, самовідволікання – $\alpha = 0,885$, поведінкова відчуженість – $\alpha = 0,947$).

Коротка шкала резильєнтності

Коротку шкалу резильєнтності (Brief Resilient Coping Scale, BRCS) застосовано для оцінювання здатності адаптуватися та справлятися з труднощами. BRCS складається з 4-х тверджень. Для відповідей використано шкалу з п'ятьма варіантами – від «категорично не погоджуюся» до «повністю погоджуюся» (Sinclair & Wallston, 2004). Підсумковий результат варіював від 4-х до 20-ти балів, зокрема 4–13 балів свідчили про низький рівень ризильєнтності, 14–16 балів – середній рівень, 17–20 балів – високий. Внутрішня узгодженість BRCS у поточному дослідженні становила $\alpha = 0,732$.

Анкета

«Опис посттравматичного зростання»

Для оцінювання посттравматичного росту та відновлення після подій, пов'язаних з війною, використано методику «Опис посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory, PTGI) (Richard G. Tedeschi & Calhoun, 1996). Анкета складається з 21-го твердження, які згруповано в 5 шкал – «Особиста сила», «Нові можливості», «Поліпшення стосунків», «Духовне зростання», «Вдячність за життя». Кожне твердження респонденти оцінювали з використанням 6-бальної шкали (від «Я не відчув цього внаслідок війни» до «Я відчув цю зміну в дуже значній мірі внаслідок війни»). Отримані показники інтерпретували так: низький рівень – < 3 балів, середній рівень – 3–4 бали, високий рівень – > 5 балів). Щоб іденти-

фікувати посттравматичне зростання використовувався граничний показник 3 бали для визначення значного зростання. Альфа Кронбаха в поточному дослідженні для всіх шкал становила $> 0,7$ («Особиста сила» – $\alpha = 0,897$, «Нові можливості» – $\alpha = 0,894$, «Поліпшення стосунків» – $\alpha = 0,934$, «Духовне зростання» – $\alpha = 0,729$, «Вдячність за життя» – $\alpha = 0,839$).

Статистичне опрацювання даних

Обчислено абсолютні (M – середнє значення, SD – середнє квадратичне відхилення) та відносні показники (y %). Для аналізу зв'язків між задоволеністю життям, посттравматичним стресовим розладом (низький рівень, високий рівень) і контекстуальними змінними використовувався тест χ^2 Пірсона.

Дані попередньо перевірено на нормальність за допомогою асиметрії та ексцесу. За результатами встановлено, що дані мають нормальний розподіл. Тому для порівняння даних чоловіків та жінок використано параметричні тести. Незалежний вибірковий t -тест виконано для порівняння даних щодо задоволеності життям, рівня надії, рівня оптимізму, посттравматичного зростання, резильєнтності.

2.3. Учасники

У дослідженні взяли участь 593 студентів українських вишів, зокрема 121 студент Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського, 22 студенти Національного університету «Львівська політехніка», 276 студентів Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, 70 студентів Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка, 109 студентів Національного університету

«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка» (табл. 1). Вік учасників був у діапазоні від 17-ти до 35-ти років ($M = 18,90$, $SD = 2,35$), більшість були жінки (72,8%). Серед учасників 98,8% вказали місце перебування / проживання в Україні. Більшість студентів (48,9%) проживала в містах з населенням понад 100 тис., інші – в сільській місцевості (29%) або малих містах (22,1%).

Таблиця 1

Соціально-демографічні та контекстуальні (пов'язані з війною) дані

Показник	Кількість респондентів	
	N	%
Стать		
Чоловік	161	27,2
Жінка	432	72,8
Сімейний стан		
Одинок / одначка	546	92,1
Маю пару	47	7,9
Наявність дітей		
Ні	581	98,0
Так	12	2,0
Країна проживання		
Україна	586	98,8
Інше	7	1,2
Місце проживання		
Сільська місцевість	172	29,0
Місто < 100 000 мешканців	131	22,1
Місто > 100 000 мешканців	290	48,9
Робота і навчання		
Тільки студент	426	71,8
Робота на неповну ставку	158	26,6
Робота на повну ставку	9	1,5

Продовження табл. 1

Показник	Кількість респондентів	
	N	%
Університет		
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського	121	20,4
Національний університет «Львівська політехніка»	22	3,7
Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка	276	46,5
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка	70	11,8
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»	109	18,4
Освітньо-кваліфікаційний рівень		
Молодший спеціаліст / молодший бакалавр	25	4,2
Бакалавр	522	88,0
Магістр	46	7,8
Рік навчання		
Перший	241	40,6
Другий	125	21,1
Третій	112	18,9
Четвертий	73	12,3
П'ятий	30	5,1
Тип навчання		
Очне	575	97,0
Заочне	18	3,0
Досвід життя в окупації		
Ні	532	89,7
Так	61	10,3
Активні бойові дії на території проживання / перебування		
Ні	500	86,4
Так	79	13,6
Зміна місця проживання/навчання через війну		
Ні	406	68,5
Так	187	31,5

Студенти навчалися на різних факультетах, зокрема вивчали фізичне виховання, фізичну терапію, спорт, педагогіку, психологію, образотворче мистецтво, мови, історію, інформатику та комп'ютерні науки, біологію, хімію, математику. Більшість студентів навчалася за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавра (88%), менша кількість – за програмою молодшого спеціаліста / молодшого бакалавра чи магістра (4,2% та 7,8% відповідно). Серед учасників 40,6% навчалися на першому курсі, 21,1% – на другому, 18,9% – на третьому, 12,3% – на четвертому, та 5,1% – на п'ятому.

Більшість студентів (97%) навчалася на очній формі і лише 3% – на заочній. Серед респондентів 1,5% працювали на повну ставку, а 26,6% – поєднували навчання з підробітком. Більшість учасників була неодруженою (92,1%) і не мали дітей (98,0%).

Серед опитаних 10,3% зазначили, що жили в окупації; 13,6% зауважили, що на території, де вони проживали, велися контактні бойові дії; 31,5% – змінили місце проживання / навчання через війну в країні. Респонденти оцінили рівень власної безпеки за 5-бальною шкалою (від 1 = «Я зовсім не почувуюся в безпеці» до 5 = «Я почувуюся в повній безпеці») в умовах, в яких вони зараз живуть на $M (SD) = 3,85 (1.03)$ бала, зокрема показник ≤ 3 обирало 35,1% опитаних.

Частина студентів (17,0%) високо оцінила стан власного здоров'я як чудовий; 19,2% – дуже добрий, 54% – добрий (табл. 2). Низьку оцінку власному здоров'ю дали лише 9,8% опитаних. Серед респондентів 13,4% зазначили, що стан їхнього здоров'я є поганим або дуже поганим, якщо порівнювати з однолітками. Також негативні зміни у стані здоров'я, порівняно з попереднім роком, зауважили 28,6% учасників. Практично половина респондентів (45,9%) зазначили, що порівняно з попереднім роком стан здоров'я майже такий самий; кожний четвертий респондент обрав відповідь, що здоров'я є

трохи ліпшим або набагато ліпшим, порівняно з попереднім роком (13,5% та 12% опитаних відповідно).

Таблиця 2

Стан здоров'я респондентів (за результатами самооцінювання)

Показник	Кількість респондентів	
	Н	%
Поточний стан власного здоров'я		
Дуже поганий	6	1
Поганий	52	8,8
Добрий	320	54
Дуже добрий	114	19,2
Чудовий	101	17
Стан власного здоров'я (порівняно з однолітками)		
Дуже поганий	10	1,7
Поганий	66	11,7
Добрий	268	45,2
Дуже добрий	143	24,1
Чудовий	106	17,9
Зміни у стані здоров'я (порівняно з попереднім роком)		
Набагато гірше	34	5,7
Трохи гірше	136	22,9
Майже таке саме	272	45,9
Трохи ліпше	80	13,5
Набагато ліпше	71	12

3. РЕЗУЛЬТАТИ

3.1. Позитивні аспекти благополуччя студентської молоді

Задоволеність життям

Більшість учасників (56,3%) повідомила про досить високий рівень задоволеності життям і мала показник «дещо задоволений», «задоволений» або «дуже задоволений» (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл учасників опитування щодо рівня задоволеності власним життям

Рівень задоволеності життям	Кількість учасників	
	N	%
Дуже незадоволений / задоволена	52	8,8
Незадоволений / задоволена	56	9,4
Дещо незадоволений / задоволена	98	16,5
Нейтральний	53	8,9
Дещо задоволений / задоволена	146	24,6
Задоволений / задоволена	147	24,8
Дуже задоволений / задоволена	41	6,9

Аналіз відповідей респондентів на окремі запитання (табл. 4) свідчить, що відносна кількість осіб, які погоджують-

ся (обрано відповіді «погоджуюся» або «повністю погоджуюся») з тим, що їхнє життя відповідає ідеалу, становить 16,8%. Не погоджуються з цим твердженням (обрано відповіді «не погоджуюся» або «абсолютно погоджуюся») 27,2% респондентів. Чоловіки з тилкових територій були групою опитаних, в якій найбільша кількість осіб відповіла негативно на це запитання. Кожна п'ята респондентка з тилкових територій частково погоджується або абсолютно погоджується з тим, що її життя ідеальне, натомість серед опитаних жінок із фронткових / опорних територій – лише кожна сьома–восьма.

Таблиця 4

Показники задоволеності власним життям респондентів

Показник	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тиллові території		Фронткові/опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Моє життя відповідає ідеалу					
Абсолютно не погоджуюсь	8,4	6,3	12,8	10,9	8,3
Не погоджуюсь	21,7	19,9	15,4	15,8	18,9
Частково не погоджуюсь	18,1	13	10,3	17,8	14,2
Не можу ні погодитись, ні заперечити	22,9	21,1	25,6	24,8	22,6
Частково погоджуюсь	20,5	20,2	23,1	16,8	20,1
Погоджуюсь	4,8	14,8	7,7	9,9	11,6
Абсолютно погоджуюсь	3,6	4,5	5,1	4,0	4,4
Умови мого життя є чудовими					
Абсолютно не погоджуюсь	6	4,8	5,1	6,9	5,4
Не погоджуюсь	12	9,4	7,7	10,9	9,8
Частково не погоджуюсь	10,8	9,4	12,8	10,9	10,3
Не можу ні погодитись, ні заперечити	22,9	15,1	17,9	26,7	18,5
Частково погоджуюсь	27,7	19,6	23,1	15,8	20,6
Погоджуюсь	14,5	32,6	26,9	21,8	27,5
Абсолютно погоджуюсь	6	9,1	6,4	6,9	7,9

Продовження табл. 4

Показник	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тилові території		Фронтіві/опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Я задоволений своїм життям					
Абсолютно не погоджуюсь	6	4,5	10,3	5,9	5,7
Не погоджуюсь	12,0	9,1	5,1	7,9	8,8
Частково не погоджуюсь	9,6	8,2	6,4	11,9	8,8
Не можу ні погодитись, ні заперечити	24,1	13,9	17,9	18,8	16,7
Частково погоджуюсь	24,1	25,4	21,8	24,8	24,6
Погоджуюсь	15,7	29,6	28,2	23,8	26,5
Абсолютно погоджуюсь	8,4	9,4	10,3	6,9	8,9
Поки що я досягав важливих речей, які хотів у житті					
Абсолютно не погоджуюсь	6	5,1	9	6,9	6,1
Не погоджуюсь	12,0	9,1	6,4	8,9	9,1
Частково не погоджуюсь	14,5	9,4	11,5	7,9	10,1
Не можу ні погодитись, ні заперечити	20,5	18,7	21,8	21,8	19,9
Частково погоджуюсь	30,1	20,8	29,5	18,8	22,9
Погоджуюсь	9,6	30,5	16,7	25,7	25
Абсолютно погоджуюсь	7,2	6,3	5,1	9,9	6,9

Групами респондентів, де є найбільше осіб, що задоволені умовами свого життя або життям загалом (обрано відповіді «погоджуюся» або «абсолютно погоджуюся»), – це жінки з тилих територій (39,0% та 41,7%, відповідно) та чоловіки з фронтіві / опорних територій (38,5% та 33,3% відповідно). Кількість осіб, які відзначили відповіді на це запитання «не погоджуюся» або «абсолютно не погоджуюся», становить 12–18%. Найбільше незадоволених умовами життя або життям загалом є серед чоловіків із тилих територій та жінок фронтівіх / опорних територій. Жінки частіше, порівняно з чоловіками, вважають, що вони досягали важливих та бажаних речей у житті – відповіді «погоджуюся» й «абсолютно погоджуюся» обрала кожна третя жінка і лише кожен п'ятий або шостий чоловік.

Проаналізовано зв'язки між задоволеністю життям і контекстуальними змінними (місцезнаходження університету, життя в умовах окупації, наявність активних військових дій у місці проживання, вимушений переїзд через війну тощо). Результати аналізу наведено в табл. 5. Життя в окупації статистично достовірно пов'язане із задоволеністю життям ($p < 0,01$), тоді як активні бойові дії в районі проживання не були статистично значимими для задоволеності життям. Зв'язок між місцем знаходження вишу або зміною місця проживання респондента через війну та нижчим рівнем задоволеності життям був незначним.

Таблиця 5

Зв'язок між задоволеністю життям і контекстуальними чинниками (за результатами χ^2 тесту)

Показник	Кількість респондентів, N (%)	
	Низький рівень задоволеності життям	Високий рівень задоволеності життям
Розташування університету	$\chi^2(1) = 0,28$	
Не було контактних бойових дій	141 (34,1)	273 (65,9)
Були контактні бойові дії / розташований близько фронту	65 (36,3)	114 (63,7)
Досвід життя в окупації	$\chi^2(1) = 9,42^*$	
Ні	174 (32,7)	358 (67,3)
Так	32 (52,5)	29 (47,5)
Активні бойові дії в місці проживання	$\chi^2(1) = 3,71$	
Ні	166 (33,2)	334 (66,8)
Так	35 (44,3)	44 (55,7)
Зміна місця проживання / навчання через війну	$\chi^2(1) = 0,88$	
Ні	136 (33,5)	270 (66,5)
Так	70 (37,4)	117 (62,6)

Примітка. * Статистично достовірні відмінності, $p \leq 0,01$

Надія, оптимізм та життєва мета

Невелика частина опитаних (11,3%) мала вищі шанси помірної або важкої безнадії (табл. 6). Більшість учасників вказала на середній або високий рівень оптимізму (60,9%). Також 17,9% респондентів мають низький рівень цілеспрямованості, 41,3% – середній та 40,8% – високий.

Таблиця 6

Розподіл учасників опитування щодо рівня надії, оптимізму та цілеспрямованості

Показник	Кількість учасників	
	N	%
Надія		
Вищий шанс середнього / високого рівня безнадії	67	11,3
Вищий шанс низького / мінімального рівня безнадії	526	88,7
Оптимізм		
Низький рівень оптимізму / високий рівень песимізму	232	39,1
Середній рівень оптимізму	317	53,5
Високий рівень оптимізму / низький рівень песимізму	44	7,4
Цілеспрямованість		
Низький рівень	106	17,9
Середній рівень	245	41,3
Високий рівень	242	40,8

Рівень надії / безнадії не залежав від контекстуальних чинників (проживання на окупованій території, активних бойових дій на території навчання / проживання, зміна місця проживання / навчання через війну). Загалом серед респондентів переважали особи, які мають мінімальний шанс безнадії та середній / високий рівень оптимізму. Найбільше осіб (14,8%), для яких властивий середній / високий рівень безнадії, виявлено у групі респондентів, які мають досвід життя в окупації.

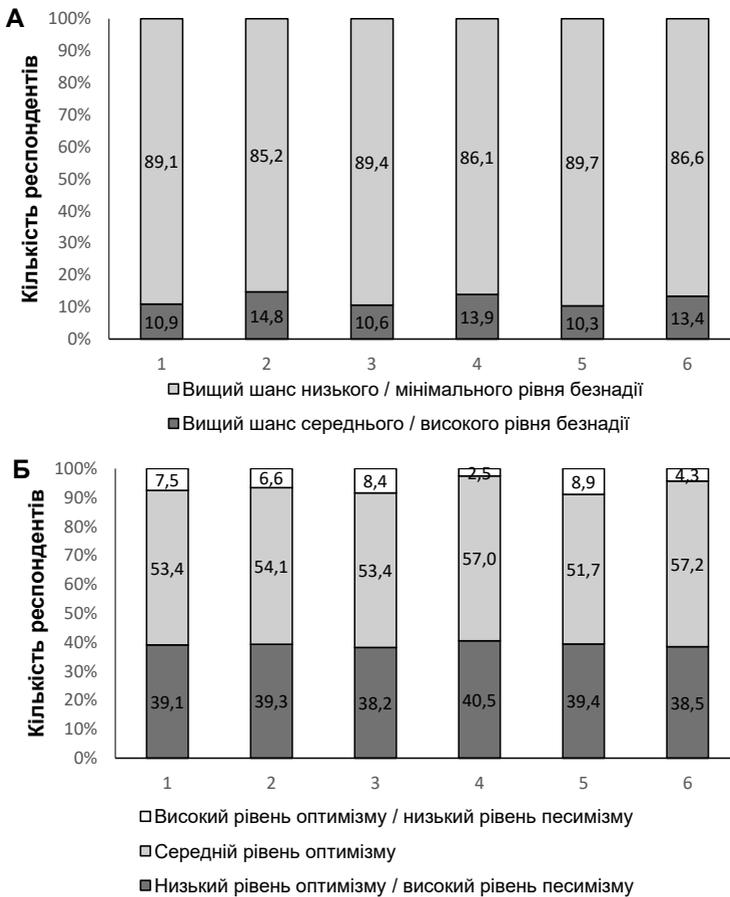


Рис. 1. Рівень надії (А) та оптимізму (Б) серед учасників опитування:

- 1 – респонденти не мають досвіду життя в окупації;
- 2 – респонденти мають досвід життя в окупації;
- 3 – респонденти не перебували на території, де проходили активні бойові дії; 4 – респонденти проживали на території, де були активні бойові дії; 5 – респонденти не залишали дім / навчання і не переїжджали в інше місце через військові дії; 6 – респонденти залишали дім / навчання і переїжджали в інше місце або виїжджали з країни через військові дії

Кількість осіб із низьким рівнем оптимізму була в межах 38,2–40,5%. Суттєві відмінності можна спостерігати щодо кількості осіб із високим рівнем оптимізму. Так, серед респондентів, які пережили активні бойові дії чи змінили місце проживання, є в 4 та 2 рази менше осіб відповідно порівняно з групами респондентів, що не мають такого досвіду.

Детальний аналіз відповідей на окремі запитання виявив, що більша частина респондентів має короткотермінові і / або довготривалі цілі – відповіді «погоджуюся» або «абсолютно погоджуюся» вибрали 68,7–76,2% респондентів (табл. 7). Чоловіки та жінки з фронтових / опорних територій частіше погоджуються з тим, що навіть у важкій ситуації можна побачити нові можливості, – відповіді «погоджуюся» або «абсолютно погоджуюся» обрали 70,5% та 64,3% молодих людей відповідно. Близько 70% учасників погоджуються або абсолютно погоджуються з тим, що їхнє життя має сенс. Плани на майбутнє відповідають особистим інтересам у половини опитаних (56,8%). Водночас кожен п'ятий респондент із тилкових територій та шостий з опорних / фронтових територій не погоджуються або категорично не погоджуються з цим твердженням.

Серед опитаних 14–19,8% мають страх перед майбутнім. Цей показник найвищий серед жінок з опорних / фронтових територій. Кожна п'ята опитана респондентка остерегається майбутнього. Водночас у цій групі є більше, якщо порівнювати з респондентками з тилкових територій, осіб, які мають довготермінові та короткотермінові цілі, мають чітке уявлення про те, що хочуть зробити або досягнути.

Таблиця 7

Окремі параметри надії, оптимізму та цілеспрямованості студентської молоді

Показник	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тилові території		Фронтові / опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Наявність короткотермінових і / або довготривалих цілей					
Категорично не погоджуюся	3,6	3,9	6,4	4,0	4,2
Не погоджуюся	9,6	8,5	2,6	5,9	7,4
Не можу ні погодитися, ні заперечити	18,1	15,7	17,9	13,9	16
Погоджуюся	38,6	52,3	50	55,4	50,6
Абсолютно погоджуюся	30,1	19,6	23,1	20,8	21,8
Бачу можливості серед труднощів					
Категорично не погоджуюся	8,4	3,9	9	2	4,9
Не погоджуюся	8,4	9,7	7,7	4	8,3
Не можу ні погодитися, ні заперечити	20,5	26,3	12,8	29,7	24,3
Погоджуюся	38,6	46,8	48,7	48,5	46,2
Абсолютно погоджуюся	24,1	13,3	21,8	15,8	16,4
Немає страху перед майбутнім					
Категорично не погоджуюся	8,4	6,3	10,3	2	6,4
Не погоджуюся	6	12,1	5,1	17,8	11,3
Не можу ні погодитися, ні заперечити	19,3	23,6	15,4	23,8	21,9
Погоджуюся	42,2	40,5	35,9	37,6	39,6
Абсолютно погоджуюся	24,1	17,5	33,3	18,8	20,7
Чітке уявлення про те, що хочу зробити / досягнути					
Категорично не погоджуюся	4,8	5,1	6,4	5,0	5,2
Не погоджуюся	3,6	9,1	7,7	6,9	7,8
Не можу ні погодитися, ні заперечити	20,5	25,1	14,1	19,8	22,1
Погоджуюся	42,2	42,6	47,4	47,5	44
Абсолютно погоджуюся	28,9	18,1	24,4	20,8	20,9
Власне життя має цінність і сенс					
Категорично не погоджуюся	4,8	5,7	5,1	3	5,1
Не погоджуюся	7,2	6	5,1	7,9	6,4

Продовження табл. 7

Показник	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тилові території		Фронтові / опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Не можу ні погодитися, ні заперечити	22,9	18,1	14,1	20,8	18,7
Погоджуюся	38,6	44,4	43,6	44,6	43,5
Абсолютно погоджуюся	26,5	25,7	32,1	23,8	26,3
Плани на майбутнє відповідають особистим інтересам					
Категорично не погоджуюся	19,3	13,3	11,5	13,9	14
Не погоджуюся	2,4	6	5,1	3	4,9
Не можу ні погодитися, ні заперечити	28,9	23	24,4	24,8	24,3
Погоджуюся	14,5	8,5	7,7	6,9	8,9
Абсолютно погоджуюся	34,9	49,2	51,3	51,5	47,9

3.2. Травми і несправедливість

За нашими дослідженнями, середній показник симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) був нижчий від клінічно значимого в усій групі респондентів і вищий від статистично достовірного серед жінок (табл. 8). Чоловіки та жінки відрізняються за показниками сприйнятої несправедливості. Статистично достовірні відмінності виявлено і для загального показника, і для окремих шкал, зокрема «Емоційні та когнітивні наслідки», «Сприйняття несправедливості» та «Переживання несправедливості». Вищий, ніж у середньому рівень сприйнятої несправедливості, був характерний для 5,2% опитаних.

Таблиця 8

Рівень посттравматичного стресового розладу

Показник	Чоловіки		Жінки		Р
	М	SD	М	SD	
Досвід травми / ПТСР	1,67	0,6	1,97	0,62	<0,001
Моральна травма	27,6	12,22	27,25	11,82	0,928
Особиста провина	10,25	4,47	9,97	4,28	0,503
Провина інших	8,58	4,71	8,67	4,48	0,641
Зрада	8,77	4,63	8,61	4,38	0,786
Сприйнята несправедливість	3,59	0,55	3,46	0,5	0,002
Емоційні і когнітивні наслідки	3,71	0,82	3,51	0,79	0,002
Сприйняття несправедливості	3,82	0,86	3,57	0,82	<0,001
Досвід несправедливості	3,67	0,93	3,51	0,84	0,039
Помста та прощення	3,63	0,89	3,59	0,78	0,297

Клінічний ПТСР мали 13,3% та 5,1% чоловіків із тилових та фронтових / опорних територій відповідно. Для жінок із тилових та фронтових / опорних територій цей показник становив 19,3% та 19,8% відповідно (рис. 2).

Більш детальний аналіз відповідей респондентів виявив, що жінки з фронтових / опорних територій частіше повідомляють про симптоми ПТСР (табл. 9). Найбільш поширеними скаргами (респонденти зазначили, що їх це турбувало або дуже турбувало) були: постійні думки або спогади про болісні події (45,6% опитаних), відчуття знервованості або лякливості (44,5% жінок), труднощі з концентруванням (41,6%), дратівливість або спалахи гніву (39,6%), настороженість (41,6%), проблеми зі сном або засинанням (38,6%). Групою респондентів із найменшою кількістю скарг були чоловіки з фронтових / опорних територій. Найбільш поширеними симптомами цієї групи респондентів були: постійні думки / спогади про болісні / жахливі події (19,3%), проблеми зі сном / засинанням (20,5%), відчуття настороженості (19,2%), зменшення інтересу до щоденних справ (21,8%), відчуття того, що немає майбутнього (20,5%).

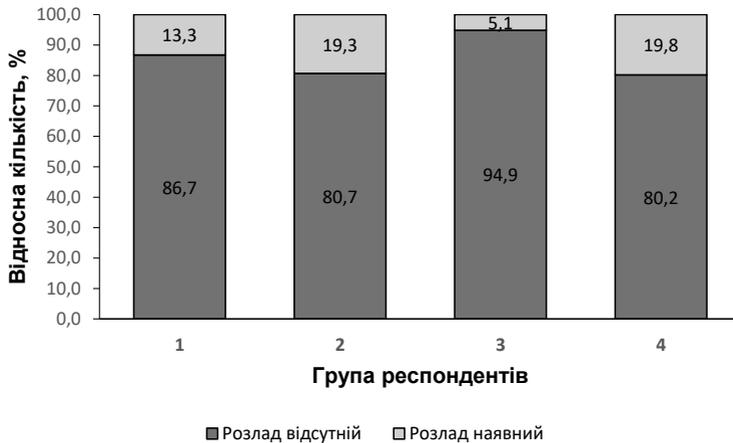


Рис. 2. Кількість осіб з посттравматичним стресовим розладом:

1 – чоловіки, які проживають / навчаються на тилових територіях; 2 – жінки, які проживають / навчаються на тилових територіях; 3 – чоловіки, які проживають / навчаються на фронтних / опорних територіях; 4 – жінки, які проживають / навчаються на фронтних / опорних територіях

У загальній вибірці кожен третій респондент (31,3%) зазначив про зниження інтересу до щоденних справ, кожний четвертий (28,7%) мав відчуття, що немає майбутнього. Найменш поширеними серед усіх опитаних респондентів (характерними для кожного п'ятого–сьомого респондента) були уникання думок або діяльності, яка пов'язана із травматичним чи болісним досвідом, нездатність згадати деталі найбільш травматичних подій, кошмари.

Таблиця 9

Симптоми травми/ посттравматичного стресового розладу

Симптоми	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тилові території		Фронтові / опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Постійні думки / спогади про болісні / жахливі події					
Узагалі не турбувало	34,9	25,4	43,6	22,8	28,7
Зовсім трохи турбувало	39,8	43,5	37,2	31,7	40,1
Турбувало / дуже турбувало	25,3	31,1	19,3	45,6	31,2
Відчуття, що подія повторюється					
Узагалі не турбувало	44,6	31,4	56,4	43,6	38,6
Зовсім трохи турбувало	28,9	33,5	35,9	30,7	32,7
Турбувало / дуже турбувало	26,5	35	7,7	25,8	28,7
Періодичні кошмари					
Узагалі не турбувало	61,4	50,5	73,1	51,5	55,1
Зовсім трохи турбувало	27,7	29,6	17,9	32,7	28,3
Турбувало / дуже турбувало	10,8	19,9	9	15,9	16,6
Почуття відчуженості / відстороненості від людей					
Узагалі не турбувало	47	42,6	66,7	54,5	48,4
Зовсім трохи турбувало	28,9	32,0	19,2	18,8	27,7
Турбувало / дуже турбувало	24,1	25,3	14,1	26,8	23,9
Нездатність відчувати емоції					
Узагалі не турбувало	49,4	46,8	75,6	51,5	51,8
Зовсім трохи турбувало	24,1	29,0	12,8	20,8	24,8
Турбувало / дуже турбувало	26,5	24,1	11,6	27,7	23,4
Відчуття знервованості, лякливості					
Узагалі не турбувало	48,2	21,1	61,5	25,7	31,0
Зовсім трохи турбувало	34,9	39,9	24,4	29,7	35,4
Турбувало / дуже турбувало	16,9	39	14,1	44,5	33,5
Труднощі з концентрацією уваги					
Узагалі не турбувало	39,8	26,9	60,3	32,7	34,1
Зовсім трохи турбувало	31,3	37,8	25,6	25,7	33,2
Турбувало / дуже турбувало	28,9	35,3	14,1	41,6	32,7
Проблеми зі сном / засинанням					
Узагалі не турбувало	44,6	29	50	28,7	33
Зовсім трохи турбувало	31,3	37,8	29,5	32,7	34,9
Турбувало / дуже турбувало	24,1	33,3	20,5	38,6	31,2

Продовження табл. 9

Симптоми	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тилові території		Фронткові / опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Відчуття настороженості					
Узагалі не турбувало	41	26,6	46,2	26,7	31,2
Зовсім трохи турбувало	32,5	40,8	34,6	31,7	37,3
Турбувало / дуже турбувало	26,5	32,6	19,2	41,6	31,5
Дратівливість / спалахи гніву					
Узагалі не турбувало	26,5	26,3	43,6	27,7	28,8
Зовсім трохи турбувало	50,6	36,9	39,7	32,7	38,4
Турбувало / дуже турбувало	22,9	36,9	16,6	39,6	32,7
Уникання діяльності, яка нагадує про травматичну / болісну подію					
Узагалі не турбувало	61,4	53,5	83,3	55,4	58,9
Зовсім трохи турбувало	20,5	29,9	7,7	28,7	25,5
Турбувало / дуже турбувало	18	16,6	9	15,9	15,7
Нездатність згадати деталі найбільш травматичних / образливих подій					
Узагалі не турбувало	66,3	60,1	82,1	63,4	64,4
Зовсім трохи турбувало	26,5	24,5	12,8	26,7	23,6
Турбувало / дуже турбувало	7,2	15,4	5,1	9,9	12
Зменшення інтересу до щоденних справ					
Узагалі не турбувало	36,1	31,4	52,6	41,6	36,6
Зовсім трохи турбувало	26,5	36,9	25,6	25,7	32
Турбувало / дуже турбувало	37,3	31,7	21,8	32,7	31,3
Відчуття того, ніби немає майбутнього					
Узагалі не турбувало	45,8	40,2	56,4	41,6	43,4
Зовсім трохи турбувало	28,9	29,3	23,1	26,7	28
Турбувало / дуже турбувало	25,3	30,6	20,5	31,6	28,7
Уникання думок / почуттів, пов'язаних із травматичним / болісним досвідом					
Узагалі не турбувало	51,8	47,7	78,2	52,5	53,1
Зовсім трохи турбувало	33,7	28,7	16,7	30,7	28,2
Турбувало / дуже турбувало	14,4	23,5	5,2	16,9	18,7
Раптова емоційна або фізична реакція, коли нагадують про болючі / травматичні події					
Узагалі не турбувало	59	42,6	69,2	49,5	49,6
Зовсім трохи турбувало	25,3	32,6	20,5	26,7	29
Турбувало / дуже турбувало	15,6	24,7	10,3	23,8	21,4

Проаналізовано зв'язки між наявністю ПТСР і контекстуальними змінними (місцезнаходження університету, життя в умовах окупації, наявність активних військових дій у місці проживання, вимушений переїзд через війну тощо). Усі результати наведено в табл. 10. Серед змінних, які достовірно впливають на наявність ПТСР, – життя в окупації, а також активні бойові дії на території, де перебував респондент ($p < 0,01$). Зв'язок між місцем знаходження вишу або зміною місця проживання респондента через військові дії та вищими показниками ПТСР був недостовірним.

Таблиця 10

Зв'язок між посттравматичним стресовим розладом і контекстуальними чинниками (за результатами χ^2 тесту)

Показник	Кількість респондентів, N (%)	
	Відсутність досвіду травми / симптомів ПТСР	Наявність досвіду травми / симптомів ПТСР
Розташування університету	$\chi^2(1)=1,99$	
Не було контактних бойових дій	339 (81,9)	75 (18,1)
Були контактні бойові дії / розташований близько фронту	155 (86,6)	24 (13,4)
Досвід життя в окупації	$\chi^2(1)=10,2^*$	
Ні	452 (85)	80 (15)
Так	42 (68,9)	19 (31,1)
Активні бойові дії в місці проживання	$\chi^2(1)=5,29^*$	
Ні	425 (85)	75 (15)
Так	59 (74,7)	20 (25,3)
Зміна місця проживання / навчання через війну	$\chi^2(1)=2,58$	
Ні	345 (85)	61 (15)
Так	149 (79,7)	38 (20,3)

Примітка. * Статистично достовірні відмінності, $p \leq 0,01$

Респонденти різної статі не відрізнялися за рівнем моральної травми. Аналіз окремих відповідей виявляє, що серед опитаних 40,6% стали свідками аморальних подій, а 37,4% були свідками аморальних вчинків інших людей (табл. 11). Половина опитаних (55%) зазначили, що їм не довелося діяти всупереч власним моральним принципам, натомість 21,2% погодилися або абсолютно погодилися, що потрапляли в таку ситуацію. Серед опитаних кожен п'ятий зазначив, що діяв усупереч власним моральним принципам або цінностям, або їхні дії порушували моральні принципи та цінності. Також кожен п'ятий респондент зауважив, що відчуває себе обманутим лідерами, яким довіряв, або колегами по роботі чи навчанні.

Чоловіки з тилкових територій частіше, порівняно з іншими групами респондентів, мають симптоми моральної травми, зокрема практично половина з них (45,8%) зазначає про те, що стали свідками аморальних подій, кожен третій (31,4%) діяв усупереч власним моральним принципам. Серед респондентів із фронтових / опорних територій 44,9% чоловіків та 39,6% жінок зазначили, що вони стали свідками аморальних подій, кожен третій опитаний (34,6% чоловіків та 32,7% жінок) був свідком аморальних подій інших людей, кожен п'ятий чоловік та кожна шоста жінка діяли всупереч власним моральним принципам та цінностям. Про те, що відчувають себе обманутими лідерами, яким вони довіряли або колегами по роботі чи навчанні, зазначили кожен п'ятий чоловік та кожна сьома жінка з фронтових / опорних територій.

Більша кількість осіб, яка зазнала моральної травми, є у групі респондентів із досвідом перебування на окупованій території. Меншою мірою це пов'язано з досвідом активних бойових дій або вимушеним переїздом (рис. 3). Кількість респондентів, що мають середній показник моральної травми, є на 10% вищим у групі з досвідом життя в окупації.

Таблиця 11

Показники моральної травми у респондентів

Показник	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тилові території		Фронтові / опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Став / стала свідком аморальних подій					
Категорично не погоджуюся / не погоджуюся	32,5	36,6	39,7	35,6	36,3
Погоджуюся / абсолютно погоджуюся	45,8	38,6	44,9	39,6	40,6
Став / стала свідком аморальних вчинків інших					
Категорично не погоджуюся / не погоджуюся	38,6	38,7	46,2	38,6	39,6
Погоджуюся / абсолютно погоджуюся	41	38,7	34,6	32,7	37,4
Діяв / діяла всупереч власним моральним принципам та цінностям					
Категорично не погоджуюся / не погоджуюся	43,4	56,2	61,5	55,4	55
Погоджуюся / абсолютно погоджуюся	31,4	20,3	19,3	17,8	21,2
Почуваюся обманутих лідерами, яким довіряв					
Категорично не погоджуюся / не погоджуюся	45,8	50,5	55,1	57,4	51,6
Погоджуюся / абсолютно погоджуюся	27,7	23,9	23	14,9	22,8
Почуваюся обманутих колегами по роботі / навчанні, яким колись довіряв / довіряла					
Категорично не погоджуюся / не погоджуюся	56,6	53,5	60,3	64,4	56,7
Погоджуюся / абсолютно погоджуюся	25,3	20,6	21,8	12,8	20,1

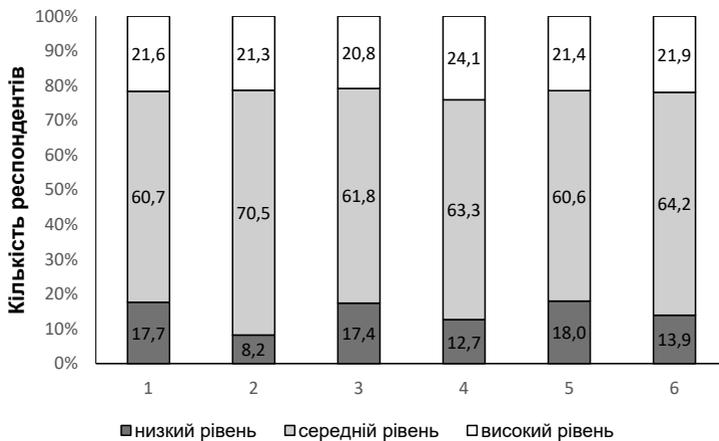


Рис. 3. Рівень моральної травми у респондентів:

- 1 – респонденти не мають досвіду життя в окупації;
- 2 – респонденти мають досвід життя в окупації;
- 3 – респонденти не перебували на території, де проходили активні бойові дії; 4 – респонденти проживали на території, де були активні бойові дії; 5 – респонденти не залишали дім / навчання і не переїжджали в інше місце через військові дії; 6 – респонденти залишали дім / навчання і переїжджали в інше місце або виїжджали з країни через військові дії

3.3. Резильєнтність, посттравматичний ріст і копінг-стратегії

Більшість учасників має середній або високий рівень посттравматичного зростання (58,7%) і середній або високий рівень резильєнтності (60,5%) (табл. 12).

Таблиця 12

Розподіл респондентів з врахуванням показників результативності та посттравматичного росту

Показник	Кількість респондентів	
	N	%
Результативність		
Низький рівень	234	39,5
Середній рівень	273	46
Високий рівень	86	14,5
Посттравматичний ріст		
Низький рівень	245	41,3
Середній рівень	308	51,9
Високий рівень	40	6,7

Детальний аналіз відповідей респондентів виявив, що половина учасників (53%) контролює власну реакцію у важких ситуаціях та шукає способи компенсувати втрати (табл. 13). Відчувають зростання після важких ситуацій (обрано відповіді «погоджуюся» або «абсолютно погоджуюся») 66–71% респондентів. Чоловіки та жінки з фронткових / опорних територій частіше, порівняно з іншими групами респондентів, зазначають про таке зростання. У загальній вибірці 43,6% молодих людей зазначили, що використовують власну креативність у важких ситуаціях. Найбільше осіб, що погодилися або абсолютно погодилися з цим твердженням, зафіксовано серед жінок із фронткових / опорних територій (51,5%). Загалом серед жінок із фронткових / опорних територій було практично в 2 рази менше осіб, які обрали відповідь на це запитання «не погоджуюся» або «категорично не погоджуюся».

Окремі показники резильєнтності у респондентів

Твердження	Кількість респондентів, %				Усі респонденти, %
	Тилові території		Фронтіві / опорні території		
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	
Використання креативності для вирішення складних ситуацій					
Категорично не погоджуюся	1,2	5,4	9	7,9	5,7
Не погоджуюся	12	19	14,1	6,9	15,3
Не можу ні погодитися, ні заперечити	44,6	33,2	35,9	33,7	35,2
Погоджуюся	31,3	33,2	32,1	41,6	34,2
Абсолютно погоджуюся	10,8	9,1	9	9,9	9,4
Уміння контролювати власну реакцію у важкій ситуації					
Категорично не погоджуюся	3,6	5,4	5,1	4	4,9
Не погоджуюся	8,4	13,9	7,7	6,9	11,1
Не можу ні погодитися, ні заперечити	32,5	29,6	30,8	34,7	31
Погоджуюся	39,8	42,3	41	43,6	42,0
Абсолютно погоджуюся	15,7	8,8	15,4	10,9	11
Можливість власного зростання як наслідок важких ситуацій					
Категорично не погоджуюся	2,4	4,5	5,1	4	4,2
Не погоджуюся	8,4	7,6	5,1	1	6,2
Не можу ні погодитися, ні заперечити	22,9	21,5	19,2	23,8	21,8
Погоджуюся	47	55,6	51,3	54,5	53,6
Абсолютно погоджуюся	19,3	10,9	19,2	16,8	14,2
Пошук способів компенсувати власні втрати					
Категорично не погоджуюся	3,6	5,4	2,6	3	4,4
Не погоджуюся	10,8	10,6	12,8	5,9	10,1
Не можу ні погодитися, ні заперечити	30,1	31,7	28,2	38,6	32,2
Погоджуюся	41	42,3	42,3	46,5	42,8
Абсолютно погоджуюся	14,5	10	14,1	5,9	10,5

Для жінок, незалежно від місця проживання/ навчання, характерним був вищий рівень посттравматичного зростання (рис. 4). Понад 50% респонденток мають посттравматичне зростання. Для порівняння цей показник у два рази вищий, ніж у чоловіків із фронтових / опорних територій.

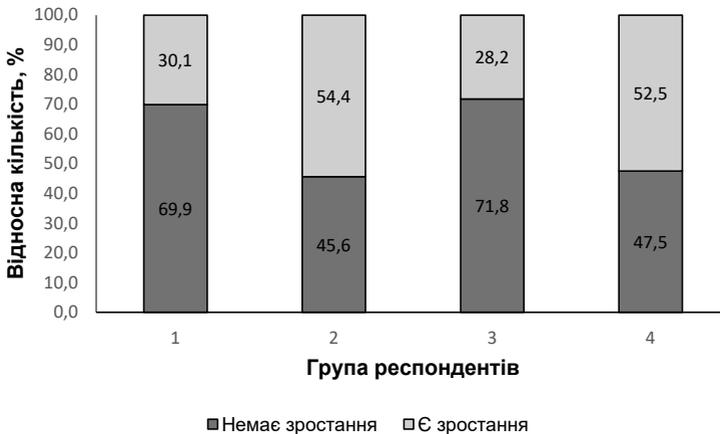


Рис. 4. Посттравматичне зростання респондентів:

- 1 – чоловіки, які проживають / навчаються на тилкових територіях;
- 2 – жінки, які проживають / навчаються на тилкових територіях;
- 3 – чоловіки, які проживають / навчаються на фронтових / опорних територіях;
- 4 – жінки, які проживають / навчаються на фронтових / опорних територіях

Серед контекстуальних чинників, які сповільнювали посттравматичне зростання, – досвід життя в окупації. Лише у 36% осіб, які мають досвід життя в окупації, виявлено посттравматичне зростання, тоді як серед осіб, які перебували на території, де були активні бойові дії або покинули дім / навчання на деякий час і переїхали в інше місце або виїхали з країни через війну, посттравматичне зростання встановлено у 41,8% та 48,1% опитаних, відповідно (рис. 5).

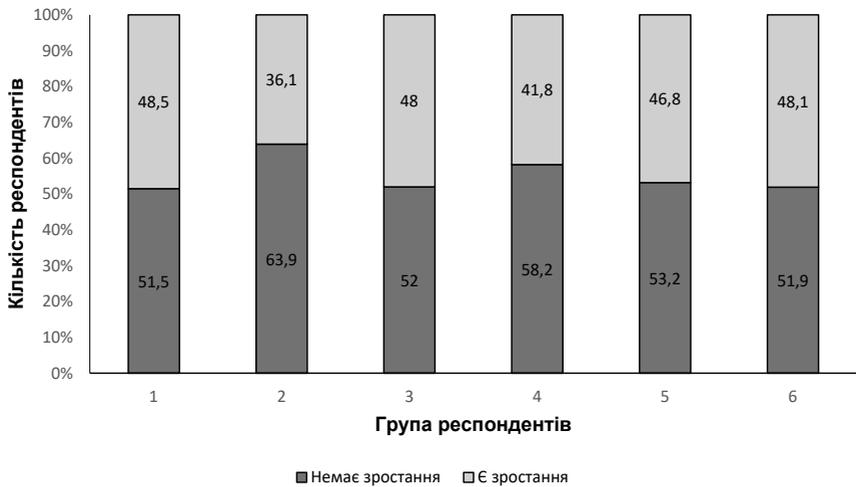
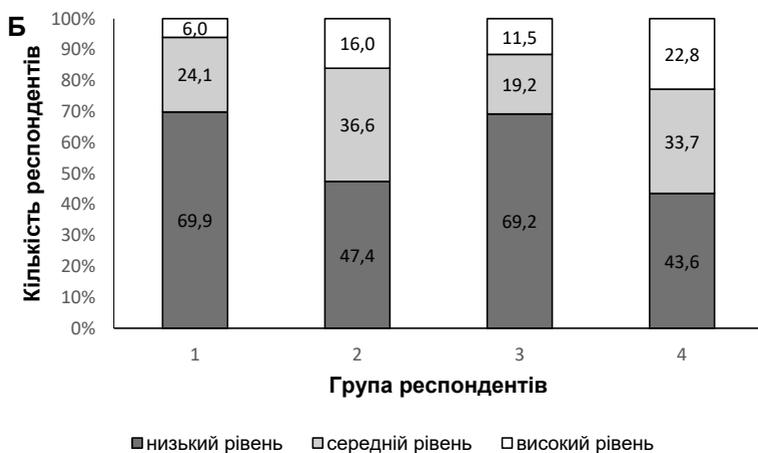
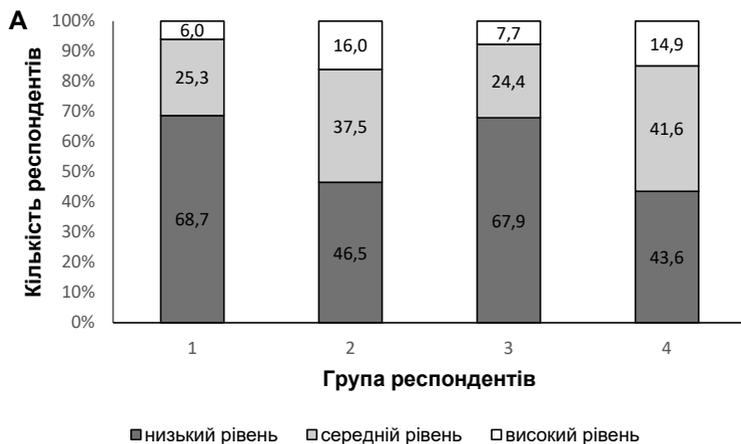


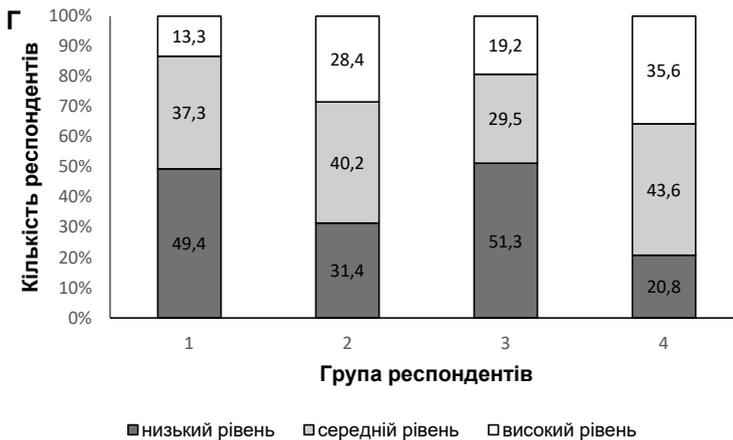
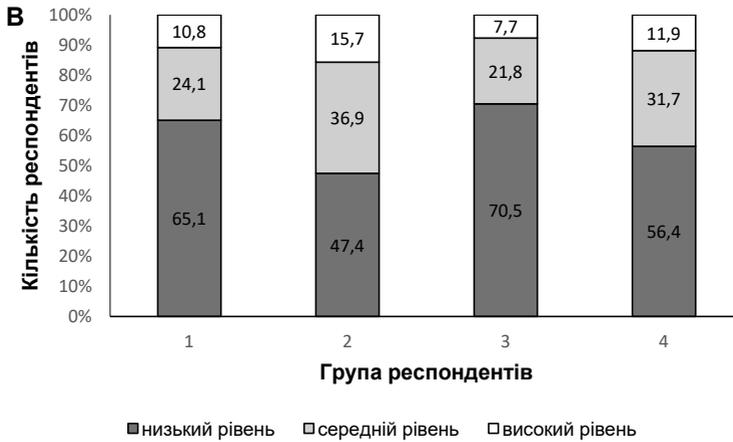
Рис. 5. Показник посттравматичного зростання респондентів:

- 1 – респонденти не мають досвіду життя в окупації;
- 2 – респонденти мають досвід життя в окупації;
- 3 – респонденти не перебували на території, де проходили активні бойові дії; 4 – респонденти проживали на території, де були активні бойові дії; 5 – респонденти не залишали дім / навчання і не переїжджали в інше місце через військові дії;
- 6 – респонденти залишали дім / навчання і переїжджали в інше місце або виїжджали з країни через військові дії

За результатами аналізу п'ятьох можливих напрямів зростання виявлено, що серед чоловіків найбільше осіб із низьким рівнем посттравматичного росту (рис. 6). Так, близько 70% опитаних не відчувають зміни автентичності, зростання впевненості, поглиблення значущих особистих нарративів, появу нових перспектив та можливостей, 65–70% – не мають досвіду поліпшення стосунків з іншими, підтримки тощо, 50% – не відчувають духовного зростання. Низький рівень посттравматичного росту за напрямом «вдячність за життя» вияв-

лено у половини чоловіків, 31,4% жінок з тилкових територій та 20,8% жінок із фронткових / опорних територій. Загалом відносна кількість жінок із високим рівнем посттравматичного росту становила 28,4–35,6%. Цей показник у 2 рази вищий, ніж у чоловіків.





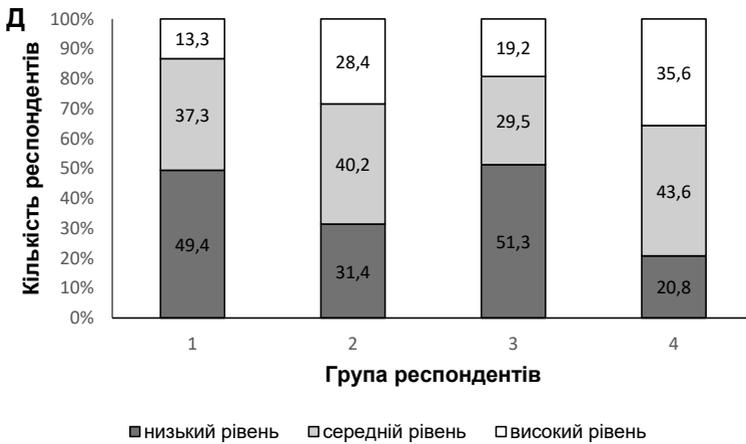


Рис. 6. Напрями посттравматичного росту:

А – особиста сила, Б – нові можливості, В – ліпші стосунки,
Г – духовне зростання, Д – вдячність за життя;

1 – чоловіки, які проживають / навчаються
на тилових територіях;

2 – жінки, які проживають / навчаються
на тилових територіях;

3 – чоловіки, які проживають / навчаються на фронтних /
опорних територіях;

4 – жінки, які проживають / навчаються на фронтних /
опорних територіях

І чоловіки, і жінки, щоб справитися з наслідками війни, обирали такі копінг-стратегії (рис. 7). Статистично-достовірної різниці у виборі тієї чи тієї копінг-стратегії не спостережено. Респонденти обох статей не використовували гумор або поведінкові відчуження як копінг стратегію. Серед переважаючих копінг-стратегій варто відзначити такі: прийняття, емоційна підтримка, активний копінг та планування. Додатковою копінг-стратегією серед жінок було самовідволікання.

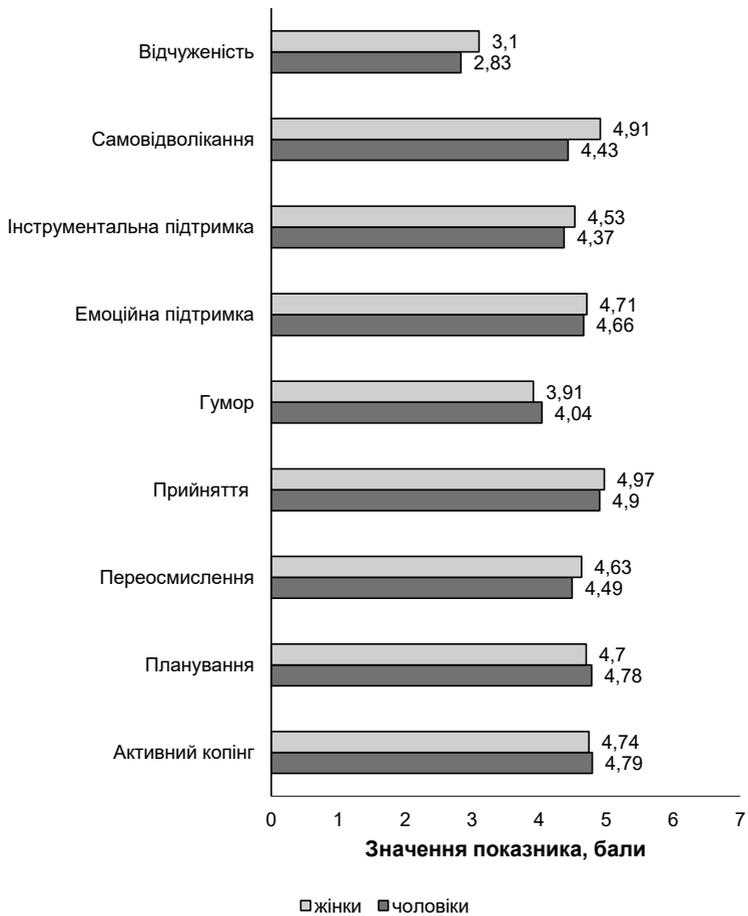


Рис. 7. Копінг-стратегії респондентів

Війни становлять суттєву загрозу психічному здоров'ю цивільного населення. Вони підсилюють уже наявні в популяції ознаки нездоров'я. Серед українських студентів 40% були незадоволені своїм життям. Проте незважаючи на те, що частота низької задоволеності життям в інших країнах коливалася від 18,9% до 71,94% (Rogowska et al., 2021), українська вибірка відповідала середнім показникам. Згідно з нашим дослідженням рівень незадоволеності власним життям становить 34,7%, що менше раніше отриманих даних. Також більша частина респондентів мали вищі шанси мінімальної / помірної безнадії (88,7%), а також високий / середній рівень оптимізму (60,9%).

Посилення психологічних проблем насамперед відзначають у осіб, які зазнали воєнних дій на першій лінії фронту. Стан психічного здоров'я людей напряму залежало від близькості до зони війни чи безпосередньої участі у ній. Суттєвий вплив мали також деякі демографічні змінні, як-от стать та проживання на території, окупованій російськими військами. Серед проаналізованих нами чинників (розташування університету в зоні активних воєнних дій, життя в окупації, активні бойові дії в місці проживання, зміна місця проживання та навчання через воєнні дії) саме досвід проживання в окупації достовірно обумовлював низьку задоволеність життям. Незважа-

ючи на те, що середній показник симптомів ПТСР був нижче клінічно значимого в усій групі респондентів, клінічний ПТСР мали 13,3% та 5,1% чоловіків з тилкових та фронтових / опорних територій відповідно. Для жінок із тилкових та фронтових / опорних територій цей показник становить 19,3% та 19,8% відповідно. Саме у групі осіб, які мають досвід життя в окупації, також був вищий показник моральної травми. Ми можемо зазначити, що задокументованими для світової спільноти є жорстокість російських військовослужбовців по відношенню до цивільного населення, яке перебувало на території активних контактних боїв, а також проживало в окупації. У нашому дослідженні 79 учасників зазначили, що на території, де вони перебували, відбувалися активні контактні бойові дії. Проте важливим є те, що війна зачепила усю територію України, і на відносно безпечних територіях регулярними є повітряні тривоги та обстріли. Так, лише за перші три тижні війни для бомбардувань України було використано 1 200 ракет. За весь період війни до 15 березня 2023 року повітряну тривогу анонсовано 22 443 рази у 127-ми районах України, зокрема тривалість найдовшої становила майже 19 годин. На 31 січня 2023 року, в охоплених нашим дослідженням регіонах, зафіксовано таку кількість повітряних тривог: Полтавська область – 1144, Чернігівська – 708, Тернопільська – 340, Львівська – 321. Тож усі респонденти перебували на території воєнних дій. За результатами нашого дослідження місце розташування університету не впливає на задоволеність життя студентів. Наше дослідження було проведено на базі університетів, які зазнали дуже різного впливу під час війни: перебували під окупацією, регіон потенційно у будь-який момент часу може стати територією активних бойових дій, бомбардування міста / регіона, у якому розташований університет тощо. Незалежно від ступеня руйнувань усі університети не припиняли своєї роботи, додатково мобілізували зусилля своїх громад для

волонтерської допомоги, гуманітарної діяльності, збереження життя / забезпечення безпеки студентів, збереження університетського майна тощо.

Загалом ті, які пережили травму, зазначають про посттравматичне зростання у трьох важливих напрямках – міжособистісні стосунки, самосприйняття, життєва філософія. Наявне поліпшення міжособистісних стосунків, більше цінування друзів і членів родини, вищий рівень співчуття та альтруїзму по відношенню до інших, відкритість тощо. У нашому дослідженні найбільш значимими для чоловіків та жінок були цінування життя і особиста сила, а також лише для жінок – поліпшені стосунки з іншими. Ми не виявили відмінностей між копінг-стратегіями чоловіків та жінок, водночас такі копінг-стратегії, як-от використання емоційної підтримки and самовідволікання, були серед предикторів задоволеності життям.

Виявлені нами відмінності у даних стосувалися різних показників. Зокрема, показники ПТСР були вищими у жінок, а для чоловіків характерний був вищий рівень сприйнятої несправедливості. Водночас чоловіки та жінки не відрізнялися за показниками моральної травми. Також нами виявлено достовірні відмінності у рівні посттравматичного зростання чоловіків та жінок, що може бути результатом низки соціальних змін, які відбулися у країні внаслідок війни. Жінки активно долучилися до національної оборони і протидіяли агресії. На сьогодні близько 15% від загальної чисельності української армії становлять жінки, що відповідає кращим світовим практикам. Жінки взяли на себе ключову роль у вирішенні гуманітарних питань, найнагальніших проблем, пов'язаних із виживанням, зміною місця проживання. Частина з них залишилася навіть в окупації зі своїми громадами й показала приклад незламності та стійкості. Згідно із законодавством українські жінки не були обмежені у зміні місця проживання та виїзді з

країни у воєнний час, а це відкрило нові можливості для професійного розвитку та навчання, однак вимагало глибокого переосмислення нової реальності, налагодження нових контактів у нових місцях проживання. Серед українських біженців 83% – це жінки, більшість з них є висококваліфікованими працівниками. Усе це сприяє зміні поглядів щодо ролі та можливостей жінок в українському суспільстві, а також їхнього місця в майбутній відбудові країни.

Можемо відзначити, що попередні дослідження українських респондентів зосереджено здебільшого на розумінні різних патологічних симптомів, психологічного дистресу, що виникає в результаті травматичних подій, і значно меншою мірою – на способах, як люди справляються з травматичними подіями. Зосередження уваги переважно на негативних наслідках не дозволяє цілком зрозуміти нейтральні та позитивні реакції, оскільки частина людей, які пережили травматичні події, повідомляють про позитивні зміни у своєму житті як результат перенесеної травми (так зване посттравматичне зростання). На відміну від резильєнтності, посттравматичний ріст передбачає не лише повернення до певного вихідного рівня, це поліпшення, яке є глибоким за своєю суттю для частини людей. Наше дослідження є першим, що не зосереджене лише на негативних аспектах травми, тож дозволяє більш глибоко зрозуміти вплив явищ війни на благополуччя українського населення, зокрема молодих людей; всебічно зрозуміти реакції на травму, зміни, які потрібно враховувати. Це особливо актуально, зважаючи на пролонгований характер активних воєнних дій на всій території України (практично 10 місяців на час проведення дослідження), а також на те, що у проаналізованій нами популяції більша частина респондентів мали середній або високий рівень посттравматичного зростання (51,9% та 6,7% відповідно), чи середній або високий рівень резильєнтності (46,0% та 14,5% відповідно). Ви-

знання і розуміння таких важливих позитивних змін є важливою основою для подальшої психотерапевтичної роботи, дає надію на те, що травма може бути подолана.

Обмеження та напрями майбутніх досліджень. Участь у дослідженні була добровільною, а дані зібрано в період блекаутів, коли не всі потенційні заявники мали можливість отримати інформацію про опитування та взяти у ньому участь. Це, очевидно, вплинуло на розмір вибірки, її характеристики та різноманітність. Проаналізована вибірка не є репрезентативною.

Війна в Україні залишається серйозною та характеризується швидкою зміною подій і високою ймовірністю ескалації. Затяжний характер війни вимагає спеціальних стратегій, які мають забезпечувати гнучкість у різних контекстах (тилові території, опорні території, окуповані території, території з активними бойовими діями, території, де перебуває велика кількість людей із постраждалих громад). Розуміння зв'язків між проаналізованими змінними, їх ефектів потребує додаткового аналізу. Використання ж змішаних методів дослідження можуть бути актуальними для розробки індивідуально спрямованих психотерапевтичних підходів.

На сьогодні докладено чимало міждисциплінарних зусиль для посилення психологічної допомоги в Україні, зокрема МОЗ України, Всесвітня організація охорони здоров'я та ГО «Безбар'єрність» реалізують Всеукраїнську програму ментального здоров'я в Україні за ініціативи [першої леді] Олени Зеленської «Ти як?» (Palii et al., 2023). Водночас розширення та вдосконалення психотерапевтичних послуг із використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій може бути широко впроваджено по всій Україні, що сприятиме зменшенню нерівності, подоланню перешкод, пов'язаних із інфраструктурою, браком людських ресурсів та допоможе охопити найбільший відсоток населення.

R

REFERENCES / ЛИТЕРАТУРА

- Abdul Kadir, N. B., & Mohd, R. H. (2021). The 5Cs of Positive Youth Development, Purpose in Life, Hope, and Well-Being Among Emerging Adults in Malaysia. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.641876>
- Aghababaei, N., & Blachnio, A. (2014). Purpose in life mediates the relationship between religiosity and happiness: evidence from Poland. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(8), 827–831.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2014.928850>
- Ames, M. E., Rawana, J. S., Gentile, P., & Morgan, A. S. (2015). The protective role of optimism and self-esteem on depressive symptom pathways among Canadian Aboriginal youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 142–154.
<https://doi.org/10.1007/S10964-013-0016-4>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, 21(1), 95–118.
<https://doi.org/10.1080/02699930600562276>
- Bartzak, P. J. (2015). Moral Injury is the Wound: PTSD is the Manifestation. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(3), Suppl 10-Suppl 11.

- Baçoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančičković, T., Suljić, E., Đurić, D., & Vranešić, M. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia. *Jama*, 294(5), 580.
<https://doi.org/10.1001/jama.294.5.580>
- Birkeland, M. S., Blix, I., Solberg, Ø., & Heir, T. (2017). Does optimism act as a buffer against posttraumatic stress over time? A longitudinal study of the protective role of optimism after the 2011 Oslo bombing. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(2), 207–213. <https://doi.org/10.1037/TRA0000188>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), 1–24.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Blattner, M. C. C., Liang, B., Lund, T., & Spencer, R. (2013). Searching for a sense of purpose: The role of parents and effects on self-esteem among female adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(5), 839–848. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2013.06.008>
- Boals, A., Steward, J. M., & Schuettler, D. (2010). Advancing our understanding of posttraumatic growth by considering event centrality. *Journal of Loss and Trauma*, 15(6), 518–533.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519271>
- Boehm, J. K., Williams, D. R., Rimm, E. B., Ryff, C., & Kubzansky, L. D. (2013). Relation between optimism and lipids in midlife. *The American Journal of Cardiology*, 111(10), 1425–1431.
<https://doi.org/10.1016/J.AMJCARD.2013.01.292>
- Bryant, F. B., & Cvetengros, J. A. (2004). Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 273–302.
<https://doi.org/10.1521/jscp.23.2.273.31018>

- Burrow, A. L., & Hill, P. L. (2011). Purpose as a Form of Identity Capital for Positive Youth Adjustment. *Developmental Psychology*, 47(4), 1196–1206. <https://doi.org/10.1037/A0023818>
- Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A., & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*, 28(5), 590–602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). On the Self-Regulation of Behavior. In *On the Self-Regulation of Behavior*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139174794>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293–299. <https://doi.org/10.1016/J.TICS.2014.02.003>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010a). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2010.01.006>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Cauley, J. A., Smagula, S. F., Hovey, K. M., Wactawski-Wende, J., Andrews, C. A., Crandall, C. J., Leboff, M. S., Li, W., Coday, M., Sattari, M., & Tindle, H. A. (2017). Optimism, Cynical Hostility, Falls, and Fractures: The Women's Health Initiative Observational Study (WHI-OS). *J Bone Miner Res*, 32(2), 221–229. <https://doi.org/10.1002/jbmr.2984>

- Chen, H. Y., & Cheng, C. L. (2020). Developmental trajectory of purpose identification during adolescence: Links to life satisfaction and depressive symptoms. *Journal of Adolescence*, 80, 10–18. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2020.01.013>
- Chudzicka-Czupala, A., Hapon, N., Man, R. H. C., Li, D.-J., Żywiótek-Szeja, M., Karamushka, L., Grabowski, D., Paliga, M., McIntyre, R. S., Chiang, S.-K., Pudetek, B., Chen, Y.-L., & Yen, C.-F. (2023). Associations between coping strategies and psychological distress among people living in Ukraine, Poland, and Taiwan during the initial stage of the 2022 War in Ukraine. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2163129>
- Cohen, R., Bavishi, C., & Rozanski, A. (2016). Purpose in Life and Its Relationship to All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 122–133. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000274>
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080>
- Damon, W., Menon, J., & Bronk, K. C. (2010). The Development of Purpose During Adolescence. *Applied Developmental Science*, 7(3), 119–128. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0703_2
- David, R. (2017). What We Know About Transitional Justice: Survey and Experimental Evidence. *Political Psychology*, 38(October), 151–177. <https://doi.org/10.1111/pops.12395>
- De Ridder, D., Fournier, M., & Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 341–350. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00034-5)

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., & Delgado-Chase, D. (2017). If, Why, and When Subjective Well-Being Influences Health, and Future Needed Research. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(2), 133–167. <https://doi.org/10.1111/APHW.12090>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Drescher, K. D., Foy, D. W., Kelly, C., Leshner, A., Schutz, K., & Litz, B. (2011). An Exploration of the Viability and Usefulness of the Construct of Moral Injury in War Veterans. *Traumatology*, 17(1), 8–13. <https://doi.org/10.1177/1534765610395615>
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica de La Salud*, 15(3), 373–387.
- Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38(3), 136–153. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.38.3.136>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. Norton & Co.

- Feinstein, A., Pavisian, B., & Storm, H. (2018). Journalists covering the refugee and migration crisis are affected by moral injury not PTSD. *JRSM Open*, 9(3), 205427041875901. <https://doi.org/10.1177/2054270418759010>
- Fel, S., Jurek, K., & Lenart-Kłóś, K. (2022). Relationship between socio-demographic factors and posttraumatic stress disorder: A cross sectional study among civilian participants' hostilities in Ukraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052720>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.48.1.150>
- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 329–355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22882>
- Gasper, K., Spencer, L. A., & Middlewood, B. L. (2020). Differentiating hope from optimism by examining self-reported appraisals and linguistic content. *The Journal of Positive Psychology*, 15(2), 220–237. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1590623>
- Ginevra, M. C., Sgaramella, T. M., Ferrari, L., Nota, L., Santilli, S., & Soresi, S. (2017). Visions about future: A new scale assessing optimism, pessimism, and hope in adolescents. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 17(2), 187–210. <https://doi.org/10.1007/s10775-016-9324-z>
- Goldstein, C. M., Gathright, E. C., & Garcia, S. (2017). Relationship between depression and medication adherence in cardiovascular disease: The perfect challenge for the integrated care team. *Patient*

- Preference and Adherence*, 11, 547–559.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S127277>
- Gómez-Acosta, A., Ramos-Vera, C., & Sierra Barón, W. (2023). Validation of an ultra-short version of the posttraumatic growth inventory in Colombian adults exposed to COVID-19. *Death Studies*, 47(4), 490–498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2098415>
- Gray, M. J., Schorr, Y., Nash, W., Lebowitz, L., Amidon, A., Lansing, A., Maglione, M., Lang, A. J., & Litz, B. T. (2012). Adaptive disclosure: an open trial of a novel exposure-based intervention for service members with combat-related psychological stress injuries. *Behavior Therapy*, 43(2), 407–415.
<https://doi.org/10.1016/j.BETH.2011.09.001>
- Greenberg, J., Tsai, J., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2021). Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the national health and resilience in veterans study. *Journal of Affective Disorders*, 282, 732–739.
<https://doi.org/10.1016/j.JAD.2020.12.077>
- Haugan, G., Utvær, B. K. S., & Moksnes, U. K. (2013). The Herth Hope Index – A psychometric study among cognitively intact nursing home patients. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 378–400.
<https://doi.org/10.1891/1061-3749.21.3.378>
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in Life, Satisfaction with Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127–135.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013660.22413.e0>
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
- Hill, P. L., & Burrow, A. L. (2012). Viewing Purpose Through an Eriksonian Lens. *Identity*, 12(1), 74–91.
<https://doi.org/10.1080/15283488.2012.632394>

- Hill, P. L., Burrow, A. L., & Sumner, R. (2013). Addressing Important Questions in the Field of Adolescent Purpose. *Child Development Perspectives*, 7(4), 232–236.
<https://doi.org/10.1111/CDEP.12048>
- Hill, P. L., Edmonds, G. W., Peterson, M., Luyckx, K., & Andrews, J. A. (2015). Purpose in life in emerging adulthood: Development and validation of a new brief measure. *The Journal of Positive Psychology*, 11(3), 237–245.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1048817>
- Hobfoll, S. E., Spielberger, C. D., Breznitz, S., Figley, C., Folkman, S., Lepper-Green, B., Meichenbaum, D., Milgram, N. A., Sandler, I., Sarason, I., & van der Kolk, B. (1991). War-Related Stress: Addressing the Stress of War and Other Traumatic Events. *American Psychologist*, 46(8), 848–855.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.848>
- Hong, J. H., Talavera, D. C., Odafe, M. O., Barr, C. D., & Walker, R. L. (2018). Does Purpose in Life or Ethnic Identity Moderate the Association for Racial Discrimination and Suicide Ideation in Racial/Ethnic Minority Emerging Adults? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. <https://doi.org/10.1037/CDP0000245>
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637>
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304.
<https://doi.org/10.1002/MPR.1439>

- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*, 4(4), 542–551.
- Jobin, J., Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2014). Associations between dispositional optimism and diurnal cortisol in a community sample: when stress is perceived as higher than normal. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(4), 382–391.
<https://doi.org/10.1037/A0032736>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., Cloitre, M., Ho, G. W. K., Lorberg, B., Martsenkovskiy, D., & Hyland, P. (2023). War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276–285. <https://doi.org/10.1111/acps.13529>
- Kelmendi, K., & Hamby, S. (2022). Resilience After Trauma in Kosovo and Southeastern Europe: A Scoping Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380221093693>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, J., Green, J. G., Gruber, M. J., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Merikangas, K. R. (2012). *Severity of 12-Month*. 69(4), 381–389.
- Khraban, T. E. (2022). Adoption of coping strategies by Ukrainian civilians in the first fifteen days after the outbreak of military conflict in 2022. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 7, 59–74. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2022-7-5>
- Kim, E. S., Shiba, K., Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2020). Sense of purpose in life and five health behaviors in older adults. *Preventive Medicine*, 139, 106172.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106172>
- Kim, E. S., Smith, J., & Kubzansky, L. D. (2014). Prospective study of the association between dispositional optimism and incident heart

- failure. *Circulation. Heart Failure*, 7(3), 394–400.
<https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000644>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., De Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kostruba, N., & Fishchuk, O. (2022). Media Religiosity and War Coping Strategies of Young People in Ukraine. *Journal of Religion and Health*, 62(1), 465–478.
<https://doi.org/10.1007/S10943-022-01663-W/METRICS>
- Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2019). Perceived posttraumatic growth and depreciation after spinal cord injury: Actual or illusory? *Health Psychology*, 38(1), 53–62.
<https://doi.org/10.1037/HEA0000676>
- Kurapov, A., Pavlenko, V., Drozdov, A., Bezliudna, V., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2022). Toward an Understanding of the Russian-Ukrainian War Impact on University Students and Personnel. *Journal of Loss and Trauma*.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2084838>
- Lam, W. W. T., Yeo, W., Suen, J., Ho, W. M., Tsang, J., Soong, I., Yau, T. K., Wong, K. Y., Sze, W. K., Ng, A. W. Y., Kwong, A., Suen, D., Fong, D., Ho, S., & Fielding, R. (2016). Goal adjustment influence on psychological well-being following advanced breast cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 25(1), 58–65.
<https://doi.org/10.1002/PON.3871>
- Larsen, D. J., Whelton, W. J., Rogers, T., McElheran, J., Tremblay, J., Dushinski, K., Chamodraka, M., Herth, K., Green, J., Schalk, K., & Domene, J. (2020). Multidimensional Hope in Counseling and Psy-

- chotherapy Scale. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(3), 407–422. <https://doi.org/10.1037/int0000198>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, M. J., Maté-Méndez, J., Sinclair, V. G., Wallston, K. A., & Gómez-Benito, J. (2014). Evidence for validity of the brief resilient coping scale in a young spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 17(2), 1–9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.35>
- Liu, L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: A multi-center, cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0725-6>
- Liu, X., Ping, S., & Gao, W. (2019). Changes in Undergraduate Students' Psychological Well-Being as They Experience University Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019, Vol. 16, Page 2864, 16(16), 2864. <https://doi.org/10.3390/IJERPH16162864>
- Liu, Z., Doege, D., Thong, M. S. Y., & Arndt, V. (2020). The relationship between posttraumatic growth and health-related quality of life in adult cancer survivors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 276, 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.JAD.2020.07.044>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lynch, J., Fox, S., D'Alton, P., & Gaynor, K. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Perceived Injustice and Depression. *Journal of Pain*, 22(6), 643–654. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2020.12.009>

- Malin, H., Reilly, T. S., Quinn, B., & Moran, S. (2014). Adolescent Purpose Development: Exploring Empathy, Discovering Roles, Shifting Priorities, and Creating Pathways. *Journal of Research on Adolescence*, 24(1), 186–199. <https://doi.org/10.1111/JORA.12051>
- Martel, M. E., Dionne, F., & Scott, W. (2017). The Mediating Role of Pain Acceptance in the Relation Between Perceived Injustice and Chronic Pain Outcomes in a Community Sample. *Clinical Journal of Pain*, 33(6), 509–516. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000427>
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493–506. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000198>
- Meador, K. G., & Nieuwsma, J. A. (2018). Moral Injury: Contextualized Care. *Journal of Medical Humanities*, 39(1), 93–99. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9480-2>
- Morgan, J. K., Desmarais, S. L., Mitchell, R. E., & Simons-Rudolph, J. M. (2017). Posttraumatic Stress, Posttraumatic Growth, and Satisfaction With Life in Military Veterans. *APA*, 29(5), 434–447. <https://doi.org/10.1037/MIL0000182>
- Morina, Naser, Schnyder, U., Klaghofer, R., Müller, J., & Martin-Soelch, C. (2018). Trauma exposure and the mediating role of posttraumatic stress on somatic symptoms in civilian war victims. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1680-4>
- Morina, Nexhmedin, Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002>
- Mughairbi, F. Al, Abdulaziz Alnajjar, A., & Hamid, A. (2020). Effects of Psychoeducation and Stress Coping Techniques on Posttraumatic

- Stress Disorder Symptoms. *Psychological Reports*, 123(3), 710–724. <https://doi.org/10.1177/0033294118825101>
- Murray, E. (2019). Moral injury and paramedic practice. *Journal of Paramedic Practice*, 11(10), 424–425. <https://doi.org/10.12968/JPAR.2019.11.10.424>
- Murray, E., Krahe, C., & Goodsman, D. (2018). Are medical students in prehospital care at risk of moral injury? *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 35(10), 590–594. <https://doi.org/10.1136/EMERMED-2017-207216>
- Nash, W. P., & Litz, B. T. (2013). Moral Injury: A Mechanism for War-Related Psychological Trauma in Military Family Members. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(4), 365–375. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0146-y>
- Nash, W. P., Marino Carper, T. L., Alice Mills, M., Au, T., Goldsmith, A., & Litz, B. T. (2013). Psychometric Evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military Medicine*, 178(6), 646–652. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00017>
- Nekolaichuk, C. L., Jevne, R. F., & Maguire, T. O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science and Medicine*, 48(5), 591–605. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00348-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00348-7)
- Neumann, J. C., Berger, T., & Kizilhan, J. I. (2021). Development of a Questionnaire to Measure the Perceived Injustice of People Who Have Experienced Violence in War and Conflict Areas: Perceived Injustice Questionnaire (PIQ). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12357. <https://doi.org/10.3390/IJERPH182312357>
- Orom, H., Nelson, C. J., Underwood, W., Homish, D. L., & Kapoor, D. A. (2015). Factors associated with emotional distress in newly diagnosed prostate cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1416–1422. <https://doi.org/10.1002/PON.3751>

- Oviedo, L., Seryczyńska, B., Torralba, J., Roszak, P., Del Angel, J., Vys-hynska, O., Muzychuk, I., & Churpita, S. (2022). Coping and Resilience Strategies among Ukraine War Refugees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13094. <https://doi.org/10.3390/IJERPH192013094>
- Palii, V., Velykodna, M., Pereira, M., McElvaney, R., Bernard, S., Klym-chuk, V., Burlachuk, O., Lupis, A., Diatel, N., Ireland, J. L., McNeill, K., Scarlet, J., Jaramillo-Sierra, A., Khoury, B., Sánchez Munar, D., Hedlund, S., Flanagan, T., LeBlanc, J., Agudelo Velez, D., & Gómez Maquet, Y. (2023). The experience of launching a psychological hotline across 21 countries to support Ukrainians in wartime. *Mental Health and Social Inclusion*. <https://clock.uclan.ac.uk/46242/>
- Papazoglou, K., & Chopko, B. (2017). The role of moral suffering (Moral Distress and Moral Injury) in police compassion fatigue and PTSD: An unexplored topic. *Frontiers in Psychology*, 8(NOV), 236061. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.01999>
- Pavlova, I., Krauss, S., McGrath, B., Cehajic-Clancy, S., Bodnar, I., Pet-rytsa, P., Synytsya, T., & Zhara, H. (2023). Individual and contextual predictors of young Ukrainian adults' subjective well-being during the Russian-Ukrainian war. *Applied Psychology. Health and Well-Being*. <https://doi.org/10.1111/APHW.12484>
- Pavlova, I., Rogowska, A. M., & Zhang, S. X. (2023). Mental Health and well-being During the COVID-19 Pandemic and After the Russian Invasion of Ukraine. *Journal of Community Health* 2023, 1–10. <https://doi.org/10.1007/S10900-023-01273-X>
- Pham, P. N., Weinstein, H. M., & Longman, T. (2004). Trauma and PTSD symptoms in Rwanda. *Jama*, 292(17), 2082–2083. <https://doi.org/10.1001/jama.292.17.2082-b>
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Wang, D., & Schützwohl, M. (2010). Mental Disorders Following War in

- the Balkans. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 518.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.37>
- Rawana, J. S., & Ames, M. E. (2012). Protective predictors of alcohol use trajectories among Canadian Aboriginal youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(2), 229–243.
<https://doi.org/10.1007/S10964-011-9716-9>
- Rees, S., Silove, D., Verdial, T., Tam, N., Savio, E., Fonseca, Z., Thorpe, R., Liddell, B., Zwi, A., Tay, K., Brooks, R., & Steel, Z. (2013). Intermittent Explosive Disorder amongst Women in Conflict Affected Timor-Leste: Associations with Human Rights Trauma, Ongoing Violence, Poverty, and Injustice. *PLoS ONE*, 8(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069207>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321.
<https://doi.org/10.1002/JCLP.10020>
- Rivera, R. (2021). The Research Initiatives Working Group at the APA Interdivisional Task Force on the Pandemic. How to Advance Multidimensional COVID-19 Scholarship from a Global International Perspective. *Int. Psychol. Bull.*, 25.
<https://div52.net/ipb-2021-25-3/#collaborations>
- Rogowska, A. M., Ochnik, D., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schütz, A., Held, M. J., Arzenšek, A., Benatov, J., Berger, R., Korchagina, E. V, Pavlova, I., Blažková, I., Konečná, Z., Aslan, I., Çınar, O., & Cuero-Acosta, Y. A. (2021). Satisfaction with life among university students from nine countries: Cross-national study during the first wave of COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12288-1>
- Rogowska, A. M., & Pavlova, I. (2023). A path model of associations between war-related exposure to trauma, nightmares, fear, insomnia, and posttraumatic stress among Ukrainian students during the Russian invasion. *Psychiatry Research*, 328(March), 115431.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115431>

- Rogowska, A. M., Pavlova, I., Kuśnierz, C., Ochnik, D., Bodnar, I., & Petrytsa, P. (2020). Does Physical Activity Matter for the Mental Health of University Students during the COVID-19 Pandemic? *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3494.
<https://doi.org/10.3390/jcm9113494>
- Ronaldson, A., Poole, L., Kidd, T., Leigh, E., Jahangiri, M., & Steptoe, A. (2014). Optimism measured pre-operatively is associated with reduced pain intensity and physical symptom reporting after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(4), 278–282.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.018>
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *The American Psychologist*, 41(7), 813–819.
<https://doi.org/10.1037//0003-066X.41.7.813>
- Roy, B., Diez-Roux, A. V., Seeman, T., Ranjit, N., Shea, S., & Cushman, M. (2010). Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Psychosomatic Medicine*, 72(2), 134–140.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0B013E3181CB981B>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12. <https://doi.org/10.1196/ANNALS.1376.002>
- Rzesutek, M., & Gruszczyńska, E. (2018). Posttraumatic growth among people living with HIV: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 81–91.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.006>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and

- self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.6.1063>
- Scott, W., Trost, Z., Milioto, M., & Sullivan, M. J. L. (2015). Barriers to change in depressive symptoms after multidisciplinary rehabilitation for whiplash: The role of perceived injustice. *Clinical Journal of Pain*, 31(2), 145–151.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000095>
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624–634. <https://doi.org/10.1002/PON.3719>
- Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A., Wolfe, J., Erickson, D. J., & Stokes, L. R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 188–197. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.2.188>
- Sharma, G., & Yukhymenko-Lescroart, M. (2018). The Relationship Between College Students' Sense of Purpose and Degree Commitment. *Journal of College Student Development*, 59(4), 486–491. <https://doi.org/10.1353/CSD.2018.0045>
- Shay, J. (2011). Casualties. *Daedalus*, 140(3), 179–188.
- Shevlin, M., Hyland, P., & Karatzias, T. (2022). The psychological consequences of the Ukraine war: What we know, and what we have to learn. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(2), 105–106.
<https://doi.org/10.1111/ACPS.13466>
- Shoeb, M., Weinstein, H., & Mollica, R. (2007). The Harvard trauma questionnaire: Adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 447–463.
<https://doi.org/10.1177/0020764007078362>

- Silber, E., Hamburg, D. A., Coelho, G. V., Murphey, E. B., Rosenberg, M., & Pearlin, L. I. (1961). Adaptive behavior in competent adolescents. Coping with the anticipation of college. *Archives of General Psychiatry*, 5(4), 354–365.
<https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1961.01710160034004>
- Silove, D., Liddell, B., Rees, S., Chey, T., Nickerson, A., Tam, N., Zwi, A. B., Brooks, R., Sila, L. L., & Steel, Z. (2014). Effects of recurrent violence on post-traumatic stress disorder and severe distress in conflict-affected Timor-Leste: A 6-year longitudinal study. *The Lancet Global Health*, 2(5), e293–e300.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70196-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70196-2)
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Siqveland, J., Nygaard, E., Hussain, A., Tedeschi, R. G., & Heir, T. (2015). Posttraumatic growth, depression and posttraumatic stress in relation to quality of life in tsunami survivors: A longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12955-014-0202-4>
- Sullivan, M. J. L., Adams, H., Horan, S., Maher, D., Boland, D., & Gross, R. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: Scale development and validation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(3), 249–261.
<https://doi.org/10.1007/s10926-008-9140-5>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1501_01
- Tedeschi, Richard G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
<https://doi.org/10.1002/JTS.2490090305>

- Tedeschi, Richard G., & Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(2), 180–194. <https://doi.org/10.1037/INT0000250>
- Tran, V., Wiebe, D. J., Fortenberry, K. T., Butler, J. M., & Berg, C. A. (2011). Benefit Finding, Affective Reactions to Diabetes Stress, and Diabetes Management Among Early Adolescents. *Health Psychology, 30*(2), 212–219. <https://doi.org/10.1037/A0022378>
- Uchino, B. N., Cribbet, M., de Grey, R. G. K., Cronan, S., Trettevik, R., & Smith, T. W. (2017). Dispositional optimism and sleep quality: a test of mediating pathways. *Journal of Behavioral Medicine, 40*(2), 360–365. <https://doi.org/10.1007/S10865-016-9792-0>
- Weber, H., Maihofer, A. X., Jaksic, N., Bojic, E. F., Kucukalic, S., Dzananovic, E. S., Uka, A. G., Hoxha, B., Haxhibeqiri, V., Haxhibeqiri, S., Kravic, N., Umihanic, M. M., Franc, A. C., Babic, R., Pavlovic, M., Mehmedbasic, A. B., Aukst-Margetic, B., Kucukalic, A., Marjanovic, D., ... Erhardt, A. (2022). Association of polygenic risk scores, traumatic life events and coping strategies with war-related PTSD diagnosis and symptom severity in the South Eastern Europe (SEE)-PTSD cohort. *Journal of Neural Transmission, 129*(5–6), 661–674. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02446-5>
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N., & Allen, R. E. S. (2012). Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee.' *Social Science & Medicine, 74*(3), 416–424. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2011.11.005>
- Wilson, G. S., Pritchard, M. E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *Journal of Adolescence, 28*(3), 369–379. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2004.08.004>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Sal-

- vador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2011.07.018>
- Worthington, E. L. (2006). *Forgiveness and reconciliation: Theory and application*. Routledge.
- Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., & Zhang, S. X. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *International Journal of Social Psychiatry*, 1–10. <https://doi.org/10.1177/00207640221143919>
- You, M., & Ju, Y. (2020). Modeling embitterment dynamics: The influence of negative life events and social support mediated by belief in a just world. *Journal of Affective Disorders*, 274, 269–275. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.05.108>
- Zerach, G., Solomon, Z., Cohen, A., & Ein-Dor, T. (2013). PTSD, Resilience and Posttraumatic growth among ex-prisoners of war and combat veterans. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(2), 91–99.
- Zhang, N., Xiang, X., Zhou, S., Liu, H., He, Y., & Chen, J. (2022). Physical activity intervention and posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 152, 110675. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2021.110675>
- Zhou, M., & Lin, W. (2016). Adaptability and life satisfaction: The moderating role of social support. *Frontiers in Psychology*, 7(JUL), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01134>

AUTHORS

Pavlova Iuliia – Full Professor of the Department of Theory and Methods of Physical Culture of Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyj, Doctor of Sciences (Physical Education and Sports). Scholarship holder of the Verkhovna Rada of Ukraine, and the Cabinet of Ministers of Ukraine for the most talented young scientists. Author of more than 200 scientific and educational works. Scientific interests – well-being, quality of life and physical activity, pro-health attitudes, mental health in a threat of war. The winner of the Small Grants Program 2022 by Division 48 APA: Society for the Study of Peace, Conflict & Violence.

Petrytsa Petro – Ph.D in Physical Education and Sports, Associate Professor, Head of the Department of Physical Education and Rehabilitation Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University. Author of more than 50 scientific and educational works. Scientific interests – physical culture of the student's personality, physical activity and well-being.

Zhara Hanna – Full Professor, Doctor of Sciences (Pedagogy), Professor, Professor at the Department of Biological Bases of Physical Education, Health and Sports in T. H. Shevchenko National University “Chernihiv Colehium.” Certified Facilitator of

WHO program “Doing what matters in times of stress.” Author of more than 170 scientific and educational works. Scientific interests: public health, teachers’ occupational burnout prevention, health promotion, health education.

Bodnar Ivanna – Full Professor, Doctor of Sciences (Physical Education and Sports), Head of the Department of Theory and Methods of Physical Culture of Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyj. Awarded by the Ministry of Education and Science of Ukraine “For Educational and Scientific Achievements,” “Excellence in Education of Ukraine,” and Certificate of Acknowledgment of the Prime Minister of Ukraine. Author of over 100 scientific and educational works. The research interests include the health and physical activity of youth.

Synytsya Tetiana – Ph.D in Physical Education and Sports, Assistant Professor, Associate Professor of the Department of Physical Culture and Sports National University “Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic”. Master of Sports of Ukraine in cheerleading. Author of more than 60 scientific and educational works. Scientific interests – health-related types of motor activity, use of aerobics and fitness tools to improve the physical condition and well-being of women.

Contact information:

<http://youth-perspectives.com/>
e-mail: global.youth.perspectives@gmail.com

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

Павлова Юлія Олександрівна – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, професор кафедри теорії і методики фізичної культури Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського, стипендіат Верховної Ради України і Кабінету Міністрів України для найталановитіших молодих учених. Автор понад 200 наукових і навчально-методичних праць. Наукові інтереси – благополуччя, якість життя та фізичної активності, ставлення до здоров'я, психічне здоров'я в умовах загрози війни. Переможець програми малих грантів для досліджень, освіти, громадських проєктів із психології миру 2022 року від Дивізіону 48 Американської психологічної асоціації.

Петрица Петро Миколайович – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичного виховання та реабілітації Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Автор понад 50 наукових і навчально-методичних праць. Наукові інтереси – фізична культура особистості студента, фізична активність і благополуччя.

Жара Ганна Іванівна – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри біологічних основ фізичного вихо-

вання, здоров'я і спорту Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Фасилітатор програми ВООЗ «Важливі навички в періоди стресу». Автор понад 170 наукових і навчально-методичних публікацій. Наукові інтереси – громадське здоров'я, профілактика професійного вигорання вчителя, промоція здоров'я, здоров'язбережувальна освіта.

Боднар Іванна Романівна – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, професор, завідувач кафедри теорії і методології фізичної культури Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського. Нагороджена нагрудними знаками Міністерства освіти і науки України «За освітні та наукові досягнення» та «Відмінник освіти України», відзначена Подякою Прем'єр-міністра України. Автор понад 100 наукових і навчально-методичних праць. Наукові інтереси – здоров'я і фізична активність молоді.

Синиця Тетяна Олександрівна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, доцент кафедри фізичної культури та спорту Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Майстер спорту України з черліденгу. Автор понад 60 наукових і навчально-методичних праць. Наукові інтереси – оздоровчі види рухової активності, застосування засобів аеробіки та фітнесу для поліпшення благополуччя і фізичного стану жінок.

Інформація для контактів:

<http://youth-perspectives.com/>

e-mail: global.youth.perspectives@gmail.com

Наукове електронне видання на CD-ROM

**ПАВЛОВА Юлія Олександрівна
ПЕТРИЦА Петро Миколайович
ЖАРА Ганна Іванівна
БОДНАР Іванна Романівна
СИНИЦЯ Тетяна Олександрівна**

**ДОСВІД ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ
МОЛОДИХ УКРАЇНЦІВ
ПІД ЧАС ВІЙНИ:
результати соціологічного дослідження**

Редактор Ірина
ЧЕРЕВКО

Комп'ютерне верстання і дизайн
Оксана СІЧЕВСЬКА

Один електронний оптичний диск (CD-ROM). Об'єм даних 4,21 Мб. Тираж 300 прим. Зам. 135. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк, м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (+ 38 066 936 25 49).
E-mail: vezhaprint@gmail.com

Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.



ISBN 978-966-940-508-1



9 789669 405081 >