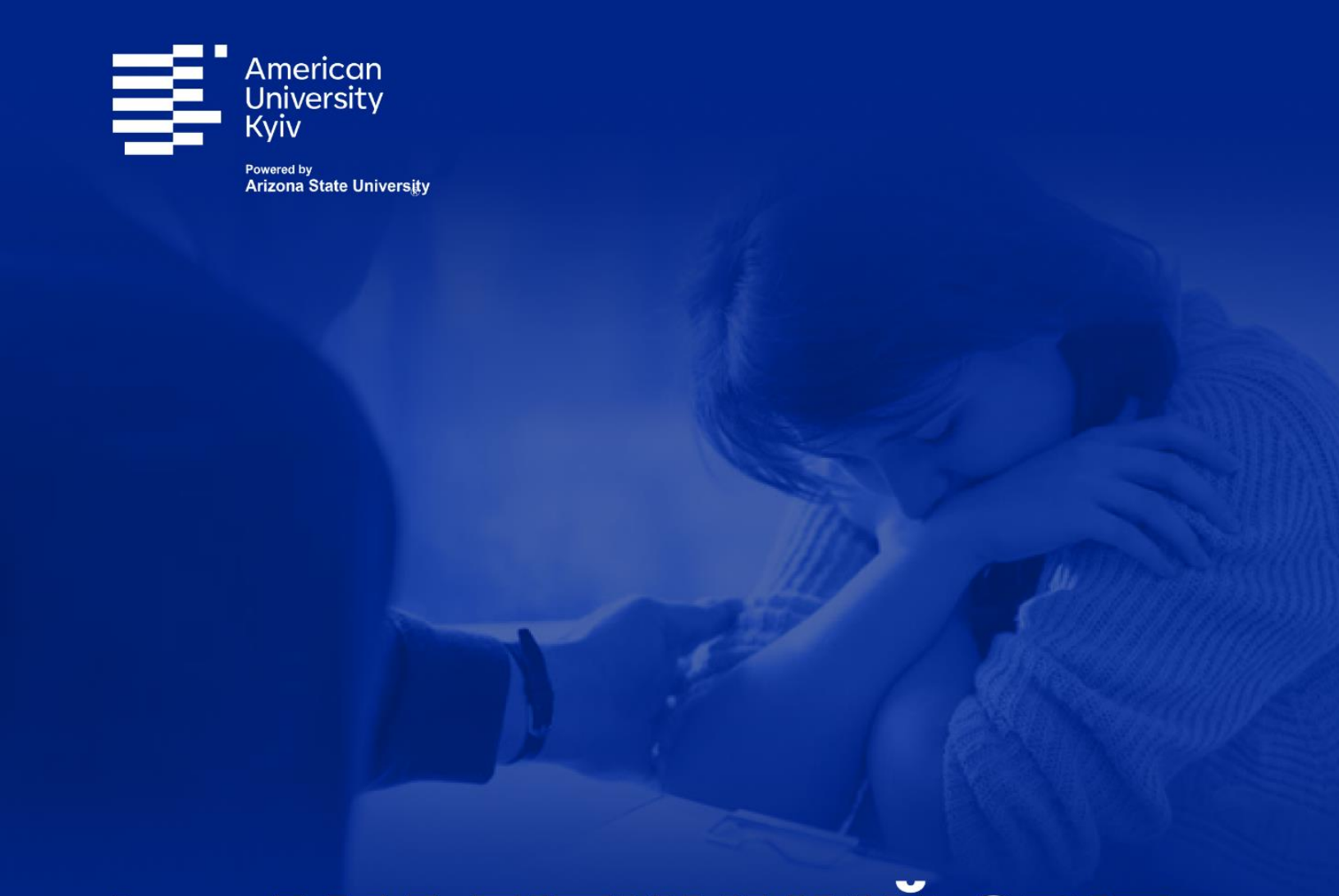
American University Kyiv

Powered by Arizona State University



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

ЧОМУ ЛЮДИ УНИКАЮТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Бар'єри та стереотипи

КИЇВ, ВЕРЕСЕНЬ 2024

Автори звіту:

Владислав Домбровський, старший науковий співробітник, Інститут поведінкових досліджень АЮК

Вадим Юденко, молодший науковий співробітник, Інститут поведінкових досліджень АЮК

Наукові керівники:

Володимир Вахітов, директор, Інститут поведінкових досліджень АЮК

Наталія Заїка, заступниця директора, Інститут поведінкових досліджень АЮК

Дослідження проведено *American University Kyiv* та *Rating Lab*.
Опитування профінансовано *Rating Lab*.

Інститут поведінкових досліджень Американ Юніверсіті Київ
Поштова площа, 3, Київ
ibs@auk.edu.ua
ibs.auk.edu.ua

Зміст

1. КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ 4

2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИБІРКИ 7

3. СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХОЛОГІВ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ 12

4. БАР'ЄРИ ДО ОТРИМАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ 21

5. ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ ТА ДОСВІД ЗВЕРНЕННЯ 28

5.1. Джерела інформації про психологічну допомогу 28
5.2. Попередній досвід звернень за психологічною допомогою 30

6. РІВЕНЬ СТРЕСУ ТА ПОТРЕБА У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДОПОМОЗІ 35

6.1. Загальний рівень стресу 35
6.2. Потреба у психологічній допомозі та власна оцінка психоемоційного стану 39
6.3. Способи покращення власного психоемоційного стану 41
6.4. Досвід війни та рівень стресу 43

7. ДОВІРА ДО ІНШИХ ЛЮДЕЙ 46

8. СТАВЛЕННЯ ДО РІЗНИХ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТУ 55

8.1. Дизайн експерименту 55
8.2. Результати експерименту 57

9. ДОДАТКИ 69

9.1. Запитання опитувальника PSS-10 69
9.2. Регресійний аналіз факторів, що впливають на рівень стресу (PSS-10) 70
9.3. Регресійний аналіз факторів, що впливають на ставлення до різних надавачів послуг у сфері психічного здоров'я 71
9.4. Список рисунків 72
9.5. Список таблиць 74

1. Ключові висновки

Ставлення до психологів та психологічної допомоги

41.7% респондентів загалом **позитивно** ставляться до психологів та психологічної допомоги, 41.7% – **нейтрально** та 16.7% – **негативно**. В цілому більшість людей довіряють психологам та вважають їх допомогу ефективною, але попри позитивне ставлення до психологів, чверть респондентів сумнівається у їх професійності, а понад третина вважає, що свої психологічні проблеми краще вирішувати самостійно, а не з психологом.

Жінки демонструють значно вищий рівень позитивного ставлення (46.9%) у порівнянні з чоловіками (32.9%), а **молодші** (понад 50%) порівняно зі старшими (менше 30%).

Значних відмінностей між **жителями** сіл, міст та великих міст немає.

Респонденти з найнижчим **рівнем доходу** мають найбільш негативне ставлення до психологів: 27.6% ставляться негативно проти 13.8% серед тих, хто має високі доходи.

Загалом 19% респондентів (22% жінок та 14% чоловіків) мають **досвід звернення** за психологічною допомогою. З них 5% проходили курс терапії і по 7% мали один або кілька сеансів.

Серед тих, хто має **досвід звернення** по психологічну допомогу, є чіткий тренд на збільшення довіри до психологів із зростанням тривалості терапії. Серед респондентів, які зверталися по допомогу один раз, – 43.1% позитивно ставляться до психологів; серед тих, хто звертався кілька разів – 68.4%; найвищий рівень довіри демонструють ті, хто пройшов курс терапії, – 84%.

Бар'єри до отримання психологічної допомоги

Серед стереотипів, переконань та обмежень, які можуть слугувати бар'єрами для звернення, **найбільш поширеними** є думка про те, що існують проблеми, з якими психологи не можуть допомогти (70%), висока вартість послуг (65%), культурні стереотипи (61% вважають, що в Україні не прийнято звертатися до психолога), а також складність відкритися сторонній людині (57%).

Найменш поширеними є думки, що звернення до психолога – це прояв слабкості (72% не погодились з цим висловлюванням), та те, що візити до психолога шкодять репутації людини (70% не погоджуються).

Водночас, для багатьох респондентів робота з психологом **не до кінця зрозуміла**. Так, 34% не мають певної думки, щодо тези *«після звернення до психолога стан може погіршитися»*; 30% не впевнені щодо твердження *«психологічна допомога – це занадто довго»*. Це може

вказувати на слабку обізнаність людей, щодо того, як виглядає процес роботи з психологом і чого від нього очікувати.

Серед тих, хто не звертався за професійною психологічною допомогою, брак коштів є основною причиною, через яку вони не зробили це, або не планують цього робити. Ті, хто планує звернутися за допомогою, крім браку коштів, вказують на труднощі з вибором спеціаліста та знаходженням часу як на додаткові бар'єри. Тим, хто не планує звертатися за допомогою, часто важко сформулювати конкретні причини свого рішення.

Джерела інформації про психологічну допомогу

Найбільш популярним джерелом інформації є соціальні мережі (53%). Майже однакова кількість респондентів назвали канали у Telegram, Viber (27%), Інтернет-сайти (24%) та YouTube (22%). Це, разом з високою часткою соціальних мереж, показує, що найчастіше респонденти бачать інформацію через онлайн канали і значно менше у громадських місцях (15%) чи чують від інших людей: друзів, роботу, та лікаря вказують менше 10% респондентів.

Чоловіки та **жінки** мають схожу структуру джерел інформації про психологічну допомогу, проте суттєво відрізняються за трьома джерелами: жінки значно частіше вказують соціальні мережі (58% проти 46%) та вебінари, курси, тренінги (12% проти 5%). Водночас чоловіки частіше кажуть, що взагалі ніде не бачили інформацію про психологічну допомогу (18% проти 10%).

Мешканці сіл частіше вказують, що ніде не бачили інформацію про психологічну допомогу або контакти спеціалістів (11% проти 5%-7% в інших типах населених пунктів), порівняно з жителями міст.

Рівень стресу та способи покращення психоемоційного стану

Низький **рівень стресу** за шкалою PSS-10 *(Perceived Stress Scale)* мають 6% респондентів, помірний – 74%, високий – 20%. Середній рівень стресу – 21.9 (максимально можливе значення за шкалою PSS-10 дорівнює 40). Рівень стресу у **жінок** трохи вищий – 22.4 проти 21.0 у **чоловіків**. З **віком** рівень стресу поступово зменшується. Найбільш вразлива група – молодь від 18 до 29 років, де кожен третій має ознаки високого рівня стресу.

Досвід війни. Дві третини респондентів пережили розлуку із рідними, майже половина – обстріли та бомбардування, 31% – смерть рідних або близьких. Чим більше негативних подій пережила людина, тим вищий у неї рівень стресу за шкалою PSS-10.

Існує зв’язок між **довірою до інших** та рівнем стресу, а також способом вирішення психологічних проблем. Люди з вищим рівнем довіри мають нижчий рівень стресу. Крім того, ті, хто довіряють іншим, частіше відповідають, що психологічні проблеми краще вирішувати із психологом, ніж самостійно.

Найпопулярніші **способи покращення психоемоційного стану**: розмови з друзями або близькими (41%), прогулянки (38%), домашні справи (36%), домашні тварини (35%), спілкування з дітьми (33%). Серед людей з високим рівнем стресу найбільше тих, хто вживає для цього алкоголь (20%).

Ставлення до різних надавачів послуг з психічного здоров'я

За допомогою експериментального дизайну дослідження ми оцінили ставлення респондентів до різних надавачів послуг у сфері психічного здоров'я: сімейних лікарів, психологів, психіатрів, центрів психологічної допомоги, центрів ментального здоров'я.

Серед п'яти запропонованих варіантів респонденти найнижче оцінили ефективність **сімейних лікарів** – лише 26% вважають, що звернення до цього фахівця допоможе вирішити психологічні проблеми. Щодо інших фахівців/установ, то від 51% до 62% респондентів вважають звернення до них ефективним.

Результати дослідження не підтвердили гіпотезу про наявність упереджень щодо **психіатрів**, порівняно з психологами. Оцінки їх ефективності дуже схожі: 54% та 62% відповідно. Крім того, у наймолодшій групі (18-29 років) саме психіатри отримали найвищу оцінку: 83% вважає, що вони допоможуть вирішити проблему.

Центри ментального здоров'я, які почали відкривати цього року, не асоціюються з більшою ефективністю, ніж центри психологічної допомоги.

2. Методологія дослідження та соціально-демографічні характеристики вибірки

Методологія дослідження

Цей аналітичний звіт представляє результати аналізу кількісного дослідження бар'єрів та стереотипів у сфері психологічної допомоги, які поширені серед українців. Дослідження проведене Інститутом поведінкових досліджень при American University Kyiv та Rating Lab.

Метою дослідження було проаналізувати ставлення українців до психологів та інших надавачів психологічної допомоги, визначити основні причини, які заважають людям звертатися по допомогу при психологічних проблемах та оцінити загальний рівень психологічного стресу серед населення.

Опитування було проведено соціологічною групою «Рейтинг» на платформі «Рейтинг Онлайн» з 11 по 23 квітня 2024 року. Опитування відбувалось методом CAWI (Computer Assisted Web Interviewing), запрошення розсилалось через месенджери, на основі випадкової вибірки.

Вибірка охоплювала населення України віком від 18 років і старше в усіх областях, крім тимчасово окупованих територій, які мають доступ до Інтернету на момент опитування. Загалом було опитано 1464 респондента.

Анкета програмувалась на двох мовах за вибором респондента (українська та російська). Медіанна тривалість заповнення анкети – 00:09:47, середня тривалість – 00:09:52.

Участь в опитуванні була добровільною, респонденти були поінформовані про мету збору даних, поінформовані щодо можливості припинити свою участь та погодились на обробку своїх відповідей.

Перед проведенням опитування анкета та методологія дослідження була погоджена етичним комітетом American University Kyiv.

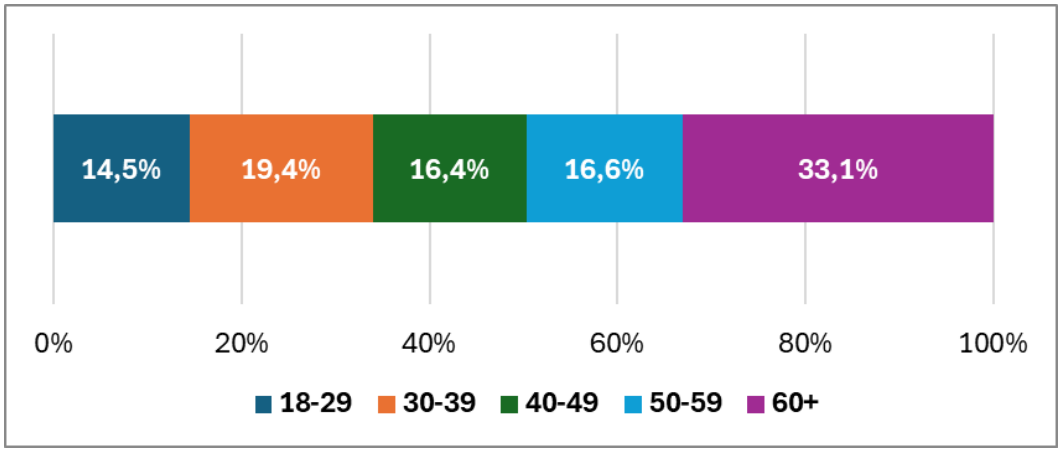
У підготовці цього звіту використовувались незважені дані.

Соціально-демографічні характеристики вибірки

В опитуванні взяли участь 1464 респонденти, з них: 917 (62.6%) жінок та 547 (37.4%) чоловіків.

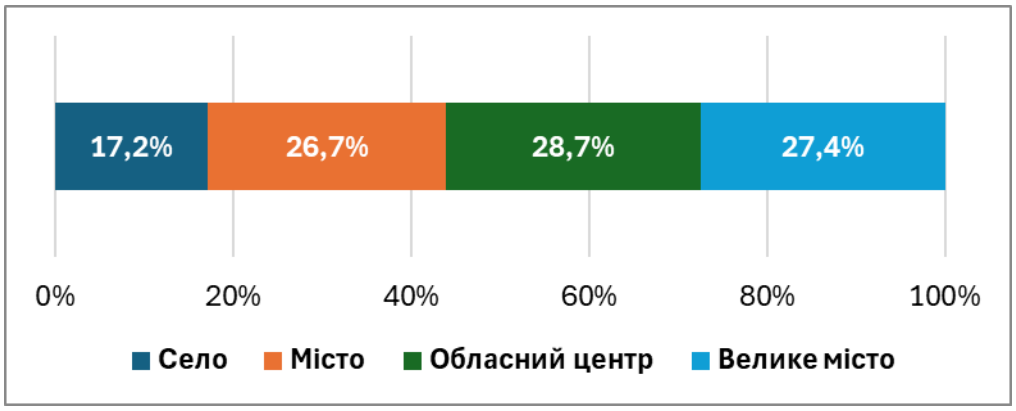
Найбільшу частку серед респондентів становлять особи віком 60 років і старше – 33% (Рисунок 1). Найменшу представленість мають особи віком від 18 до 29 років – 15%.

Рисунок 1. Розподіл респондентів за віком



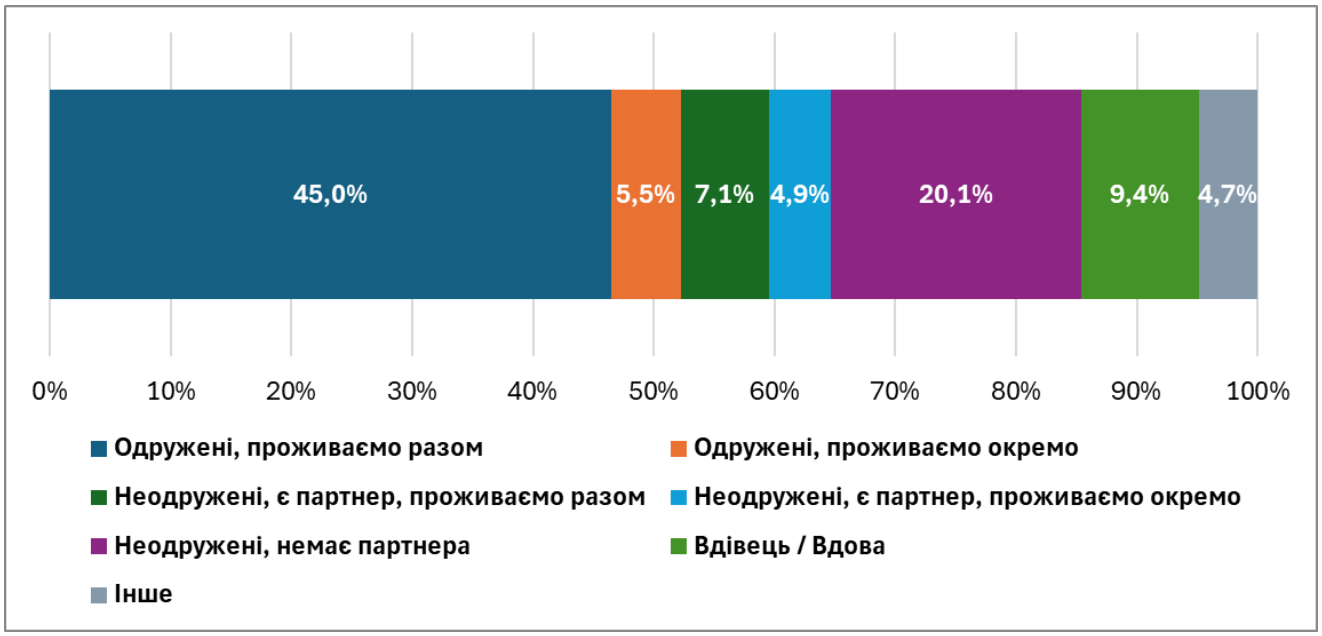
Наступний графік (Рисунок 2) ілюструє розподіл респондентів за типом населеного пункту, в якому вони проживають. Міста, обласні центрі та великі міста (Київ, Харків, Одеса, Львів, Дніпро) представлені достатньо рівномірно. Найменше респондентів, 17.2%, проживає в сільській місцевості.

Рисунок 2. Розподіл респондентів за типом населеного пункту



Щодо сімейного стану (Рисунок 3), половину становлять одружені, більшість з яких (45,0%) проживають разом з партнером, 5,5% - окремо. Неодружені становлять 32.1%, з них 12% мають партнера, а 20% не мають. Вдові та вдівці становлять 9.4%.

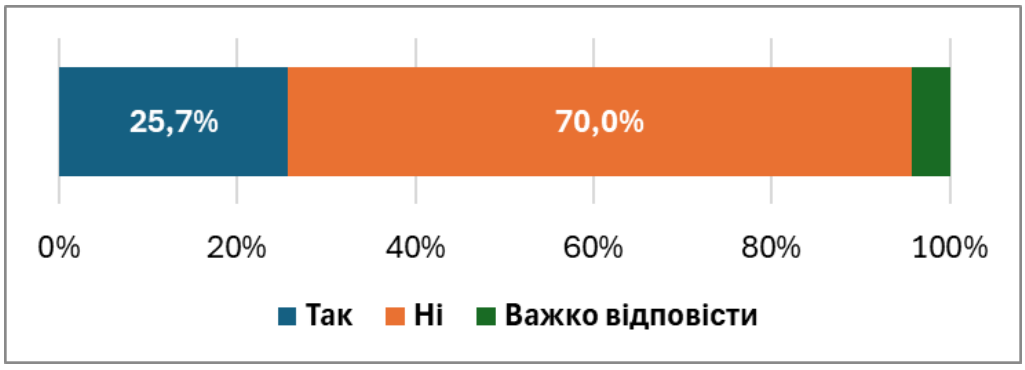
*Рисунок 3. Розподіл респондентів за сімейним статусом**



** 47 респондентів відмовились відповідати*

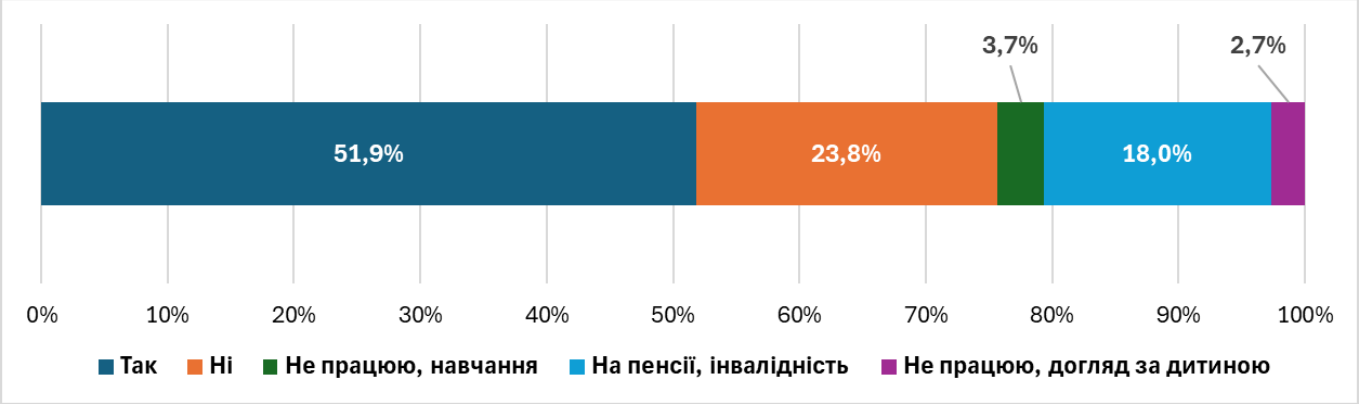
Більшість респондентів не мають дітей до 18 років – 70% (Рисунок 4). Ще 26% респондентів відповіли, що у них є неповнолітні діти.

Рисунок 4. Чи є у Вас діти віком молодше 18 років?



Трохи більше половини опитуваних мають роботу – 52% (Рисунок 5). Приблизно чверть (24%) не мають роботи на даний час. Ще 18% знаходяться на пенсії або не працюють через інвалідність.

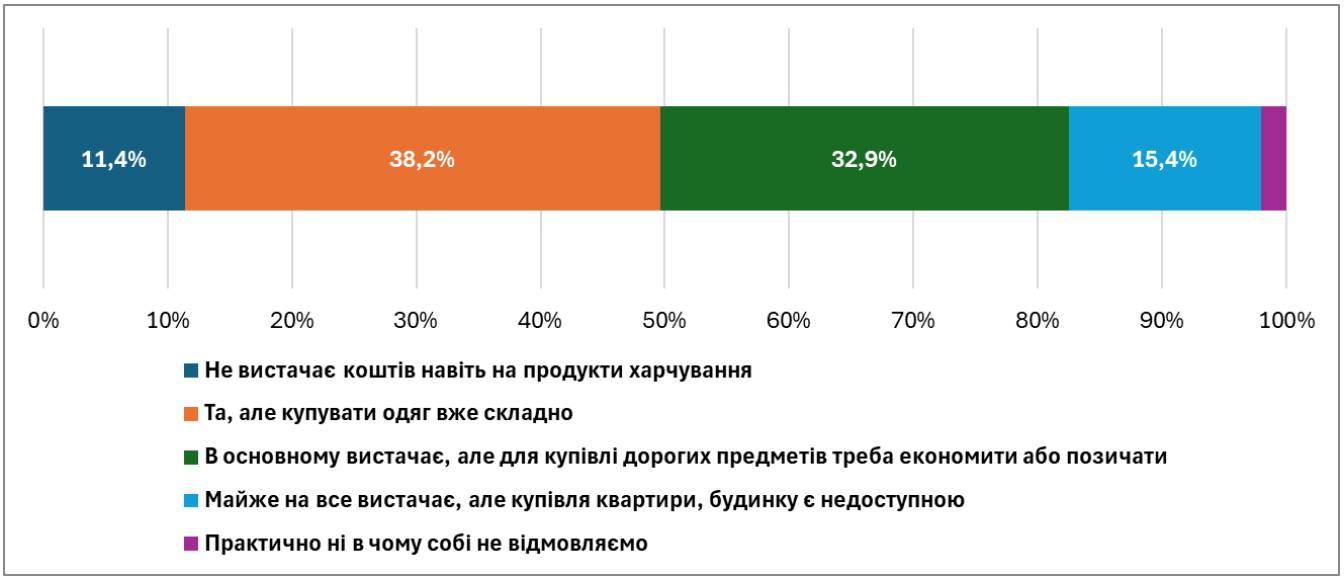
*Рисунок 5. Чи маєте Ви роботу зараз?**



** 70 респондентів обрали «Важко відповісти»*

Рисунок 6 показує розподіл відповідей респондентів на запитання про поточний фінансовий стан. Близько 38% респондентів зазначили, що в основному вистачає коштів, але купувати деякі товари вже складно. Ще 33% відповіли, що в основному вистачає, але потрібно економити або позичати для купівлі дорогих товарів. І лише 15% обрали варіант «майже на все вистачає, але купівля квартири, будинку є недоступною».

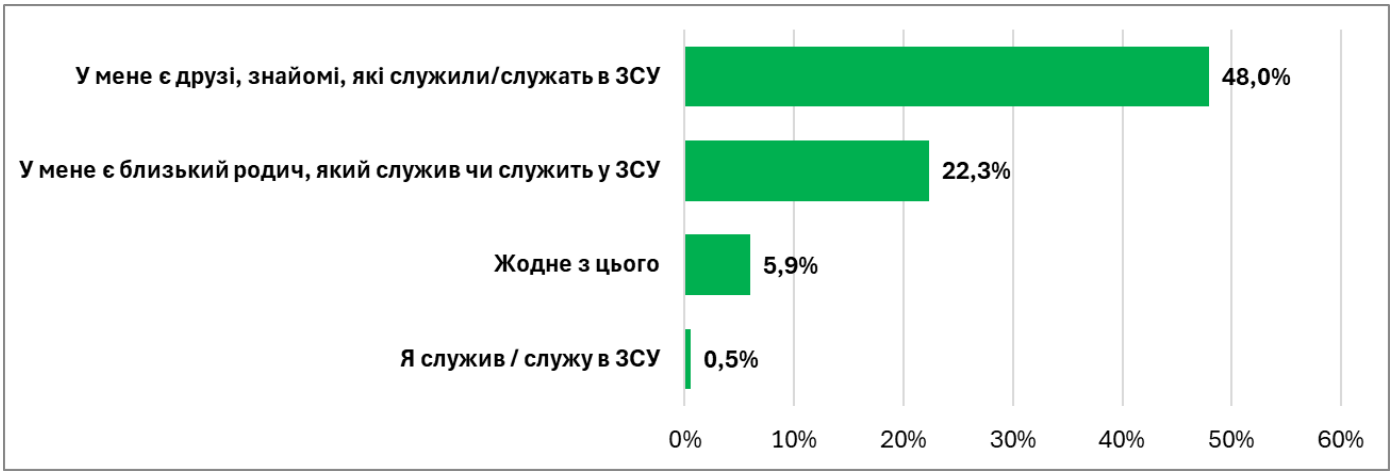
*Рисунок 6. Розподіл респондентів за фінансовим статусом**



** 98 респондентів відмовились відповідати*

Більшість респондентів (48%) мають друзів або знайомих, які служили або служать у ЗСУ (Рисунок 7). Ще 22% зазначили, що служив або служить у ЗСУ їх близький родич. І тільки 6% респондентів повідомили, що ніхто з їхнього оточення не має відношення до ЗСУ.

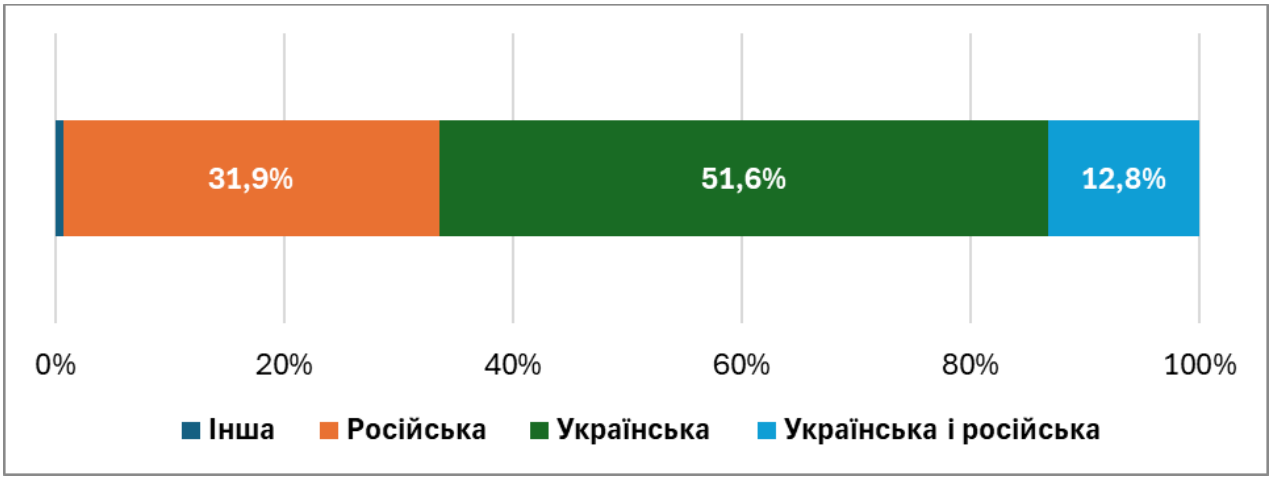
*Рисунок 7. Служба в ЗСУ**



** 42 респонденти обрали «Важко відповісти»*

У побутовому спілкування переважає українська мова (Рисунок 8). Більшість відповіла (52%), що спілкуються виключно українською мовою. Ще 32% використовують російську. При цьому 96% респондентів обрали проходити опитування українською мовою.

*Рисунок 8. Розподіл за мовою спілкування вдома**



** 25 респондентів відмовились відповідати*

3. Ставлення до психологів та психологічної допомоги

Для оцінки того, як респонденти ставляться до психологів та психологічної допомоги, їм були запропоновані наступні питання:

1. Загалом психологам: *не можна довіряти – можна довіряти*.
2. Більшість психологів: *шарлатани – професіонали*.
3. Психологічна допомога в цілому: *неефективна – ефективна*.
4. Свої психологічні проблеми краще вирішувати: *самостійно – з психологом*.

Варіанти відповідей були запропоновані за 7-бальною шкалою Лікерта (де -3 – крайній ступінь недовіри до психологів та психологічної допомоги, 3 – найвищий рівень довіри). Для респондентів варіанти відповідей візуально виглядали так, як показано нижче (Рисунок 9). Таким чином, респондент міг обрати, наскільки він погоджується з певним твердженням або надає перевагу одному із тверджень. Для подальшого аналізу всі відповіді об'єднувались у три категорії. Наприклад, твердження «загалом психологам»:

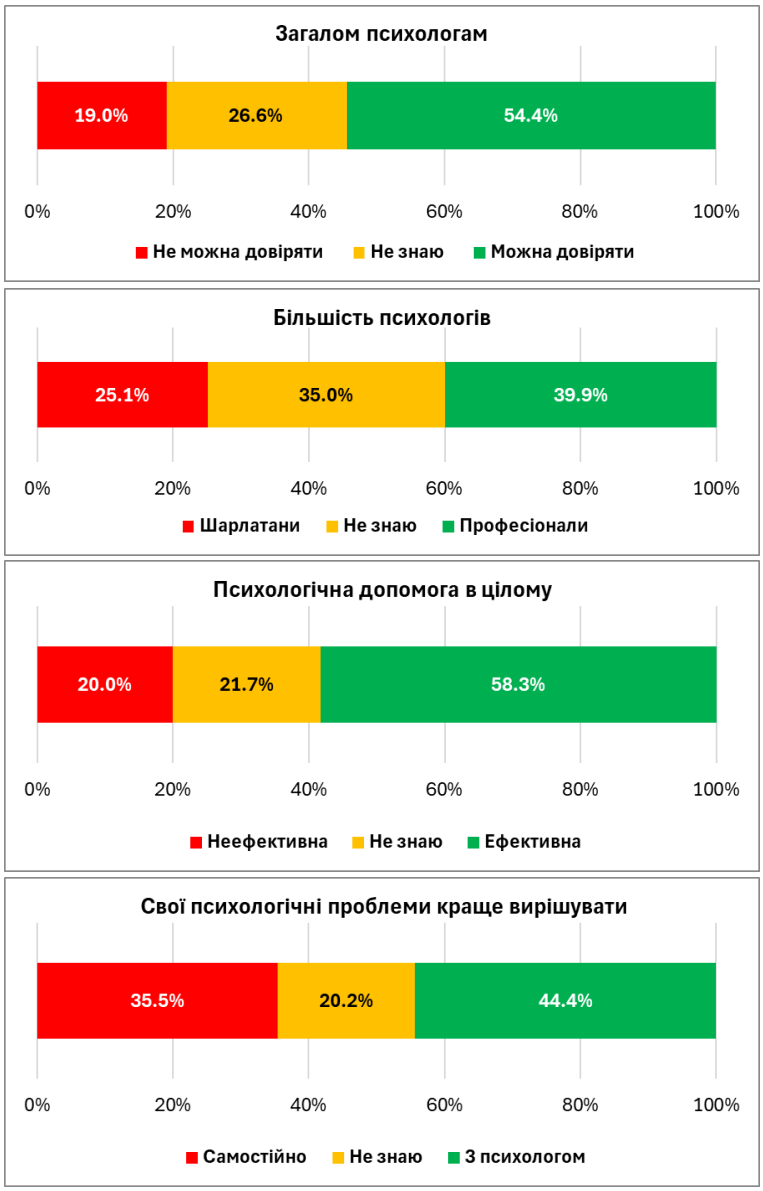
- відповіді від -3 до -1 – «не можна довіряти»
- відповідь 0 – «не знаю»;
- відповіді від 1 до 3 – «можна довіряти».

Рисунок 9. Приклад запитання про ставлення до психологів

Відповіді на запитання розподілилися наступним чином (Рисунок 10). Більшість респондентів довіряє психологам та вважає їх допомогу ефективною: 54.4% та 58.3% відповідно. Попри позитивне ставлення до психологів, багато респондентів сумніваються у їх професійності – 25.1% не вважають більшість психологів професіоналами, а 35% вагаються з відповіддю.

Питання про кращий спосіб вирішення психологічних проблем (самостійно чи з психологом) розділило респондентів: майже половина опитуваних (44.4%) погоджується, що їх варто вирішувати з психологом, але більше третини (35.5%) вважають, що самостійно; кожен п’ятий не зміг визначитися із відповіддю.

Рисунок 10. Ставлення до психологів та психологічної допомоги



Цікавою для дослідження є група, яка найменш схильна звертатися по допомогу. Це респонденти, які категорично вважають, що психологічні проблеми треба вирішувати самостійно, а не з психологом (обрали відповідь -3 на відповідне питання). Таких у вибірці 15.7%. Для них властиво обирати на інші питання цього блоку такі відповіді як: «не можна

довіряти», «шарлатани» і так далі. Також вони частіше, ніж інші респонденти, вказують на існування бар'єрів, які перешкоджають або ускладнюють отримання психологічної допомоги. Наприклад, вони вважають, що:

- «Психологічна допомога – це надто дорого» (52% проти 30% в середньому по вибірці).
- «Психологічна допомога – це занадто довго» (41% проти 14%).

Детальніше про бар'єри у Розділі 4.

Інший аспект, який відрізняє цю групу, – способи покращення власного стану. На запитання «Що Вам допомагає покращити свій психоемоційний стан?» вони рідше за інших вказують друзів (тільки 30% проти 41% в середньому), спорт, прогулянки, а також смачну їжу.

Половина цих людей знаходиться у віці 60+. За останні півроку їх життя набагато погіршилось. Вони стабільно обирали варіант "погіршилося" на запитання про зміни в економічному, фізичному та психологічному станах, а також щодо власної впевненості у майбутньому. Для цієї групи є характерним нижчий рівень довіри до інших людей: індекс довіри становить 10 балів, у порівнянні із 13 балами в середньому по вибірці (більше про оцінку довіри у Розділі 7).

В цілому відповіді на запитання про ставлення до психологів та психологічної допомоги мають високу кореляцію (Таблиця 1). Тобто, якщо людина вважає, що більшість психологів – професіонали, то вона з високою ймовірністю вважатиме психологічну допомогу ефективною. І навпаки.

Таблиця 1. Кореляція між відповідями на запитання про ставлення до психологів

	Довіра до психологів	Професіоналізм психологів	Ефективність психологічної допомоги	Спосіб вирішення психологічних проблем
Довіра до психологів	1.00			
Професіоналізм психологів	0.73	1.00		
Ефективність психологічної допомоги	0.77	0.65	1.00	
Спосіб вирішення психологічних проблем	0.61	0.53	0.66	1.00

Хоча треба відзначити відносно низьку кореляцію між оцінкою професіоналізму психологів та способом вирішення психологічних проблем ($\rho = 0.53$). Це може вказувати на те, що

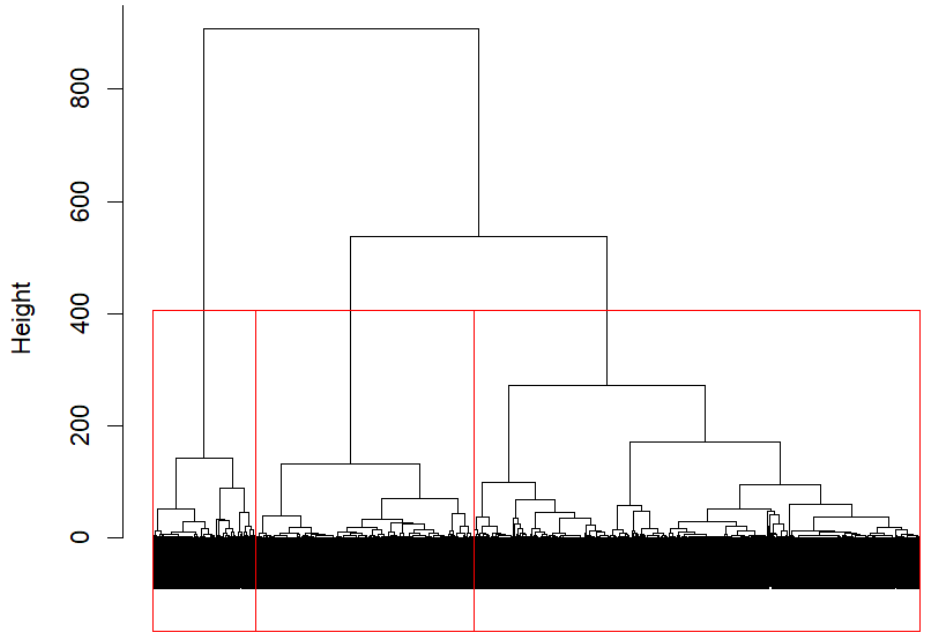
навіть при високій оцінці професіоналізму психологів, деякі люди все одно надають перевагу самостійному вирішенню психологічних проблем.

Ми провели кластерний аналіз, на основі якого сформували три групи людей відповідно до їх ставлення до психологів: негативне, нейтральне, позитивне.

Спочатку, використовувалась ієрархічна кластеризація (для визначення кількості кластерів) методом поєднання між групами (between-groups linkage) на основі квадрату евклідової відстані (Squared Euclidean distance). На другому кроці кластеризації використовувався метод K-means, з розбивкою на кількість кластерів, відповідну до рішення, прийнятого на попередньому етапі.

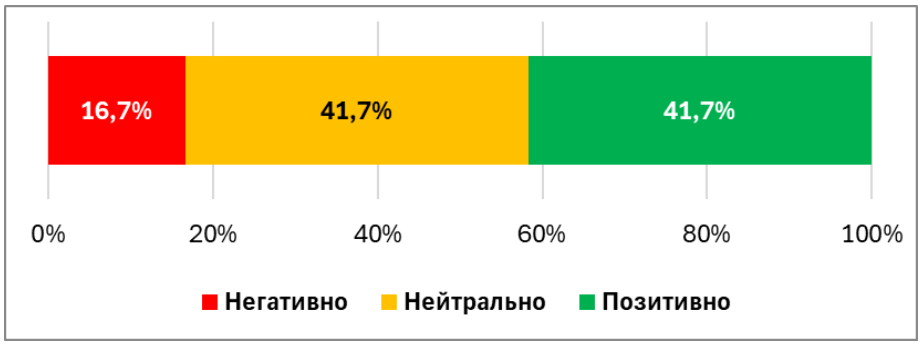
Як можна побачити (Рисунок 11), на дендрограмі чітко видно 3 найбільші кластери. Тому на наступному етапі – кластеризація методом K-means – використовувались саме 3 кластери. Для забезпечення надійності результатів оцінка кластерів проводилася 1000 разів і обиралися найкращі з них. Реалізація була виконана за допомогою статистичного пакету R.

Рисунок 11. Дендрограма ієрархічної кластеризації



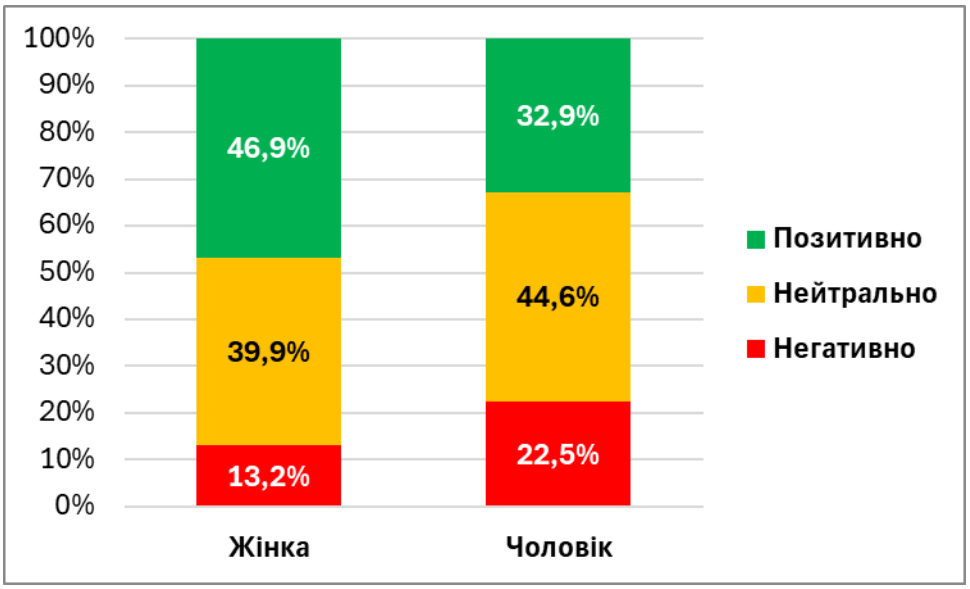
Ми отримали наступні результати (Рисунок 12). Позитивне ставлення до психологів та психологічної допомоги мають 41.7%. Така ж кількість людей із нейтральним ставленням. Ще 16.7% мають негативне ставлення.

Рисунок 12. Кластери ставлення до психологів



У ставленні до психологів та психологічної допомоги є відмінності між жінками та чоловіками (Рисунок 13). Як ми бачимо, жінки демонструють значно вищий рівень позитивного ставлення (46.9%) у порівнянні з чоловіками (32.9%). Ми вважаємо, що ці результати свідчать про необхідність додаткової роботи з чоловіками для підвищення їхньої довіри та обізнаності щодо психологічної допомоги.

Рисунок 13. Кластери ставлення: чоловіки/жінки

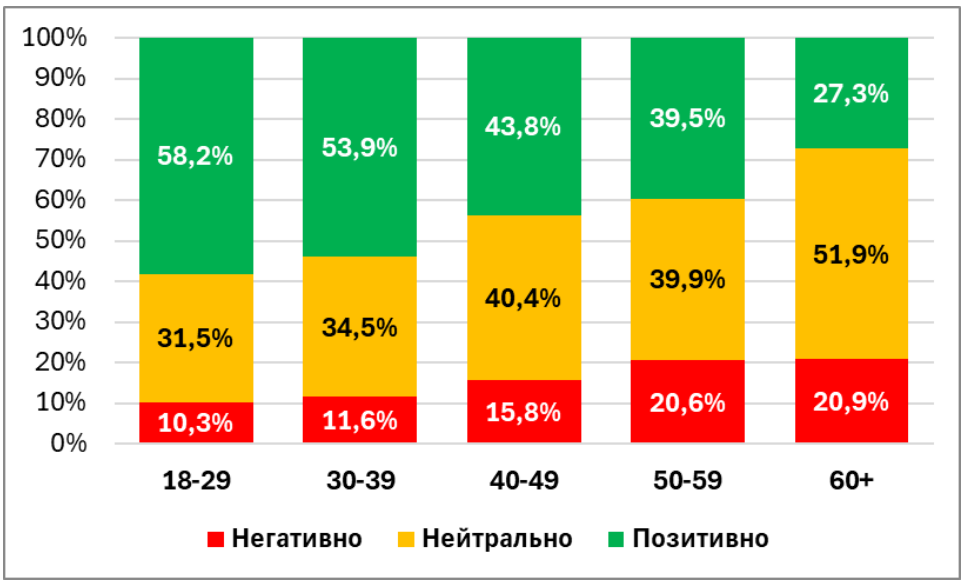


Ми не виявили суттєвих відмінностей у ставленні до психологів у мешканців різних типів населених пунктів.

Розподіл відповідей за віковими групами (Рисунок 14) показує, що з віком ставлення до психологів погіршується. Якщо серед двох наймолодших груп (18-29 та 30-39) більше 50%

респондентів позитивно ставляться до психологів та психологічної допомоги, то в найстаршій групі (60+) позитивно сприймають психологів менше 30% людей.

Рисунок 14. Кластери ставлення: вік

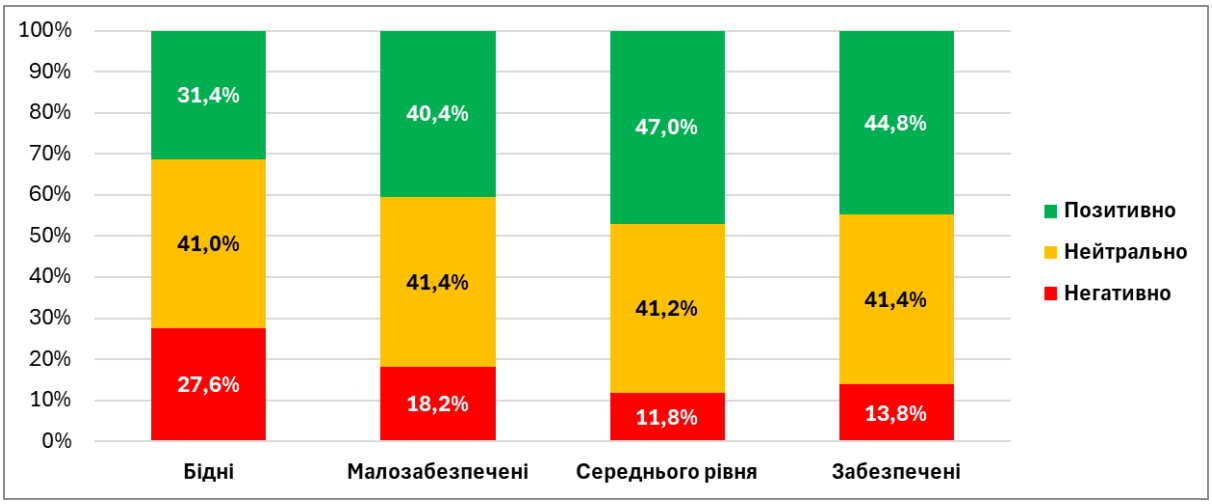


На наш погляд, це може пояснюватись тим, що ставлення до психологів змінювалось з часом. Якщо для старшого покоління психологія була чимось незвичним і майже недоступним, а психіатрію взагалі могли використовувати для політичних репресій, то молодші покоління вже не зіткнулися з “каральною” психіатрією та були більш поінформовані про психічне здоров’я та роботу психологів, тому ідея психологічної допомоги для них є більш прийнятною та звичною.

Порівнюючи ставлення до психологів серед людей з різним рівнем доходів, ми побачили, що з покращенням фінансового стану поступово покращується і ставлення до психологів (Рисунок 15). На рисунку чітко видно, що найбільш негативно ставляться до них ті, кому не вистачає на базові потреби. Серед цієї групи 27.6% респондентів мають негативне ставлення до психологів та психологічної допомоги.

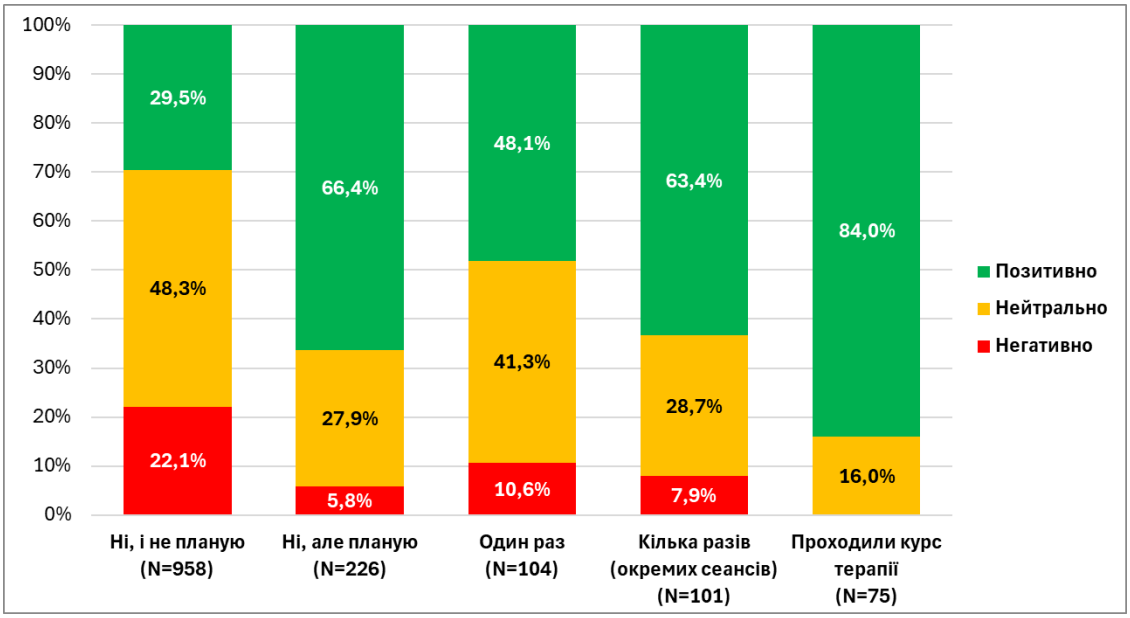
Можливо, що люди, які мають фінансові труднощі, негативно ставляться до психологів через високу вартість послуг, пріоритетність інших нагальних потреб, або стигматизацію, недовіру до професіоналів, а також нестачу обізнаності про переваги психотерапії. Ці чинники в сукупності роблять психологічну допомогу менш доступною і привабливою для цієї групи населення.

Рисунок 15. Кластери ставлення: фінансове благополуччя



Також ми хотіли перевірити, чи впливає попередній досвід терапії на ставлення до психологів. Результати опитування показують, що такий зв'язок є (Рисунок 16). Найбільш негативно до психологів ставляться ті, хто ні разу не зверталися по психологічну допомогу та не планують цього робити (22.1% з них мають негативне ставлення і 29.5% – позитивне).

Рисунок 16. Кластери ставлення: досвід звернення

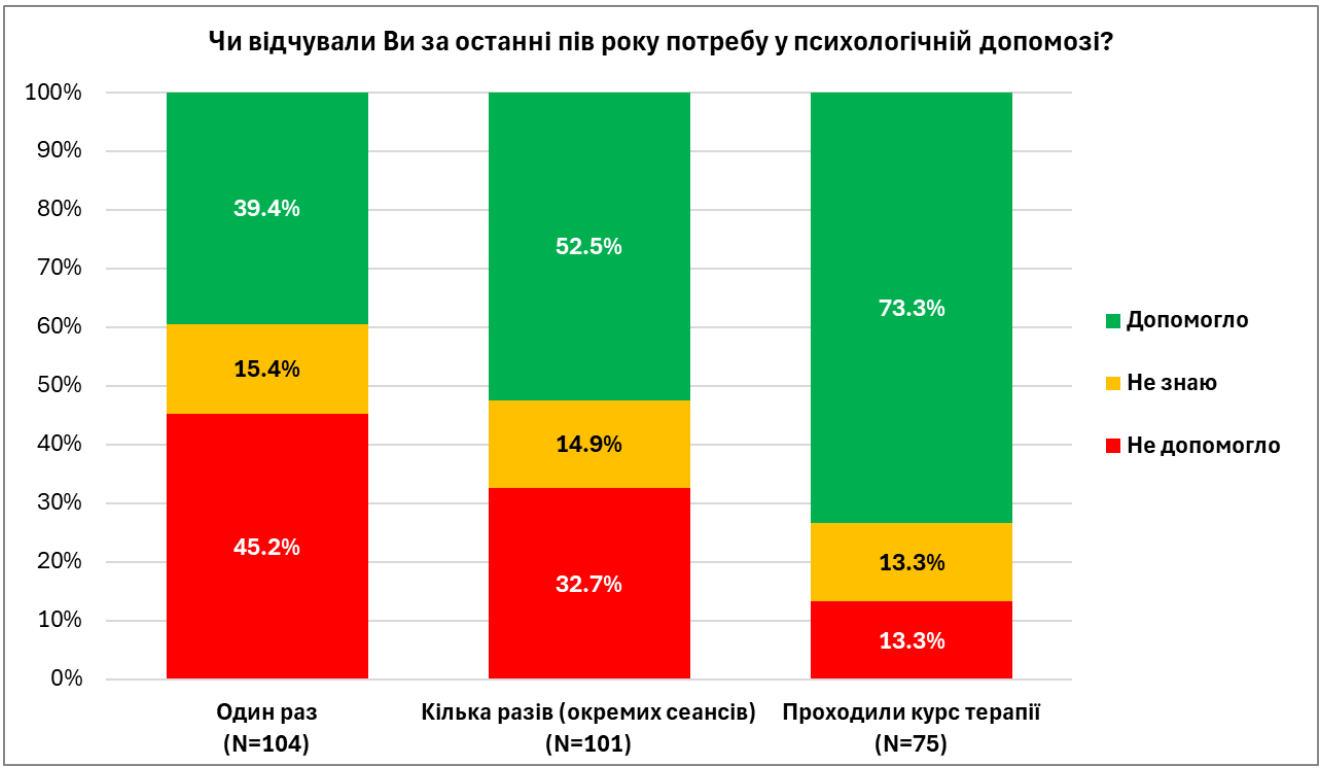


Респонденти, які раніше не зверталися по допомогу, але планують це зробити, мають значно краще ставлення до психологів (66.4% ставляться позитивно і лише 5.8% негативно), що виглядає цілком логічним, адже не маючи довіри, люди не звертаються по допомогу.

Серед тих, хто має досвід звернення по психологічну допомогу, є чіткий тренд на збільшення довіри до психологів із зростанням тривалості терапії. Серед респондентів, які зверталися по допомогу один раз, 48.1% позитивно ставляться до психологів; серед тих, хто звертався кілька разів – 63.4%; найвищий рівень довіри демонструють ті, хто пройшов курс терапії, – 84.0%.

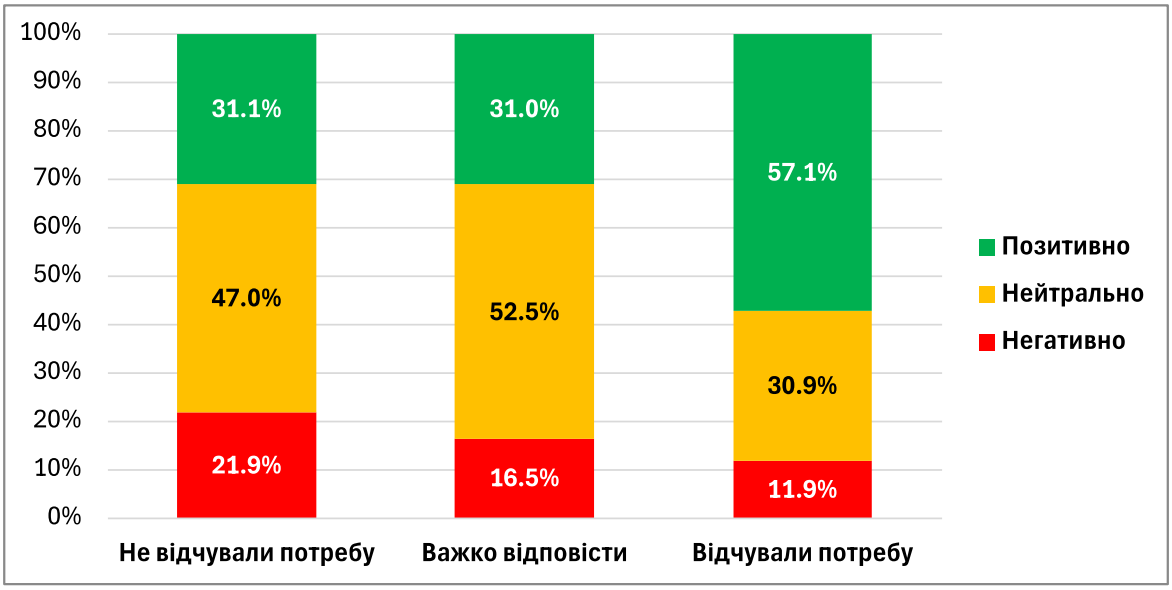
На нашу думку, ці результати свідчать про те, що більшість людей отримують позитивний досвід терапії і вона допомагає у вирішенні їх проблем. При чому чим більш тривала терапія, тим кращі результати. Що підтверджується і відповідями респондентів (Рисунок 17).

Рисунок 17. Попередній досвід терапії та оцінка її ефективності



Інший цікавий аспект – більш позитивне ставлення до психологів серед тих, хто відчував за останні пів року потребу у психологічний допомозі (Рисунок 18). Серед тих, хто мав таку потребу, 57.1% позитивно ставляться до психологів, порівняно з 31.1% тих, хто такої потреби не мав.

Рисунок 18. Кластери ставлення: власна оцінка потреби у психологічній допомозі



Висновки

Ставлення населення до психологів та психологічної допомоги в цілому є **позитивним**. Більшість респондентів довіряють психологам і вважають їх допомогу ефективною (54% та 58% відповідно). Проте значна частка респондентів сумнівається в професіоналізмі психологів – 25% не вважають їх професіоналами і ще 35% вагаються із відповіддю на це запитання.

Велика група респондентів (16% від вибірки) категорично вважає, що **психологічні проблеми варто вирішувати самостійно**. Вони частіше за інших респондентів вказують на існування бар'єрів. Наприклад, що психологічна допомога – це дорого (52% проти 30% в середньому по виборці).

Розподіл відповідей за віковими групами та фінансовим станом показує, що **старші та менш забезпечені респонденти частіше негативно сприймають психологів**. Більш позитивне ставлення характерне для жінок та молоді.

Також виявлено, що **позитивне ставлення корелює з попереднім досвідом терапії**, що свідчить про те, що люди, які вже пройшли терапію, частіше оцінюють її позитивно. Це вказує на потенційну важливість першого досвіду терапії у формуванні подальшого ставлення до неї.

Таким чином, необхідно докласти більше зусиль для **покращення ставлення** серед чоловіків, людей похилого віку та осіб з низьким рівнем доходу. Надання позитивного досвіду терапії може значно покращити їх ставлення. **Усунення вартісних та часових бар'єрів** може розширити доступ та покращити загальне ставлення до лікування.

4. Бар’єри до отримання психологічної допомоги

Для виявлення перешкод для звернень по психологічну допомогу ми надали респондентам перелік потенційних бар’єрів у вигляді тверджень (наприклад, *«психологічна допомога – це занадто довго»*) та запитали, наскільки вони згодні з кожним з них за семибальною шкалою («не згоден» – «згоден»). Твердження з’являлися у довільному порядку та мали для респондента наступний вигляд (Рисунок 19).

Рисунок 19. Приклад запитання про бар’єри

Найбільшими бар’єрами, на які вказали більше половини респондентів, є переконання в тому, що існують проблеми, з якими психологи не можуть допомогти (70.2%), висока вартість послуг (64.8%), культурні стереотипи (60.8% вважають, що в Україні не прийнято звертатися до психолога), а також складність відкритися сторонній людині (57%) (Рисунок 20).

Бар’єри, які вказували найрідше:

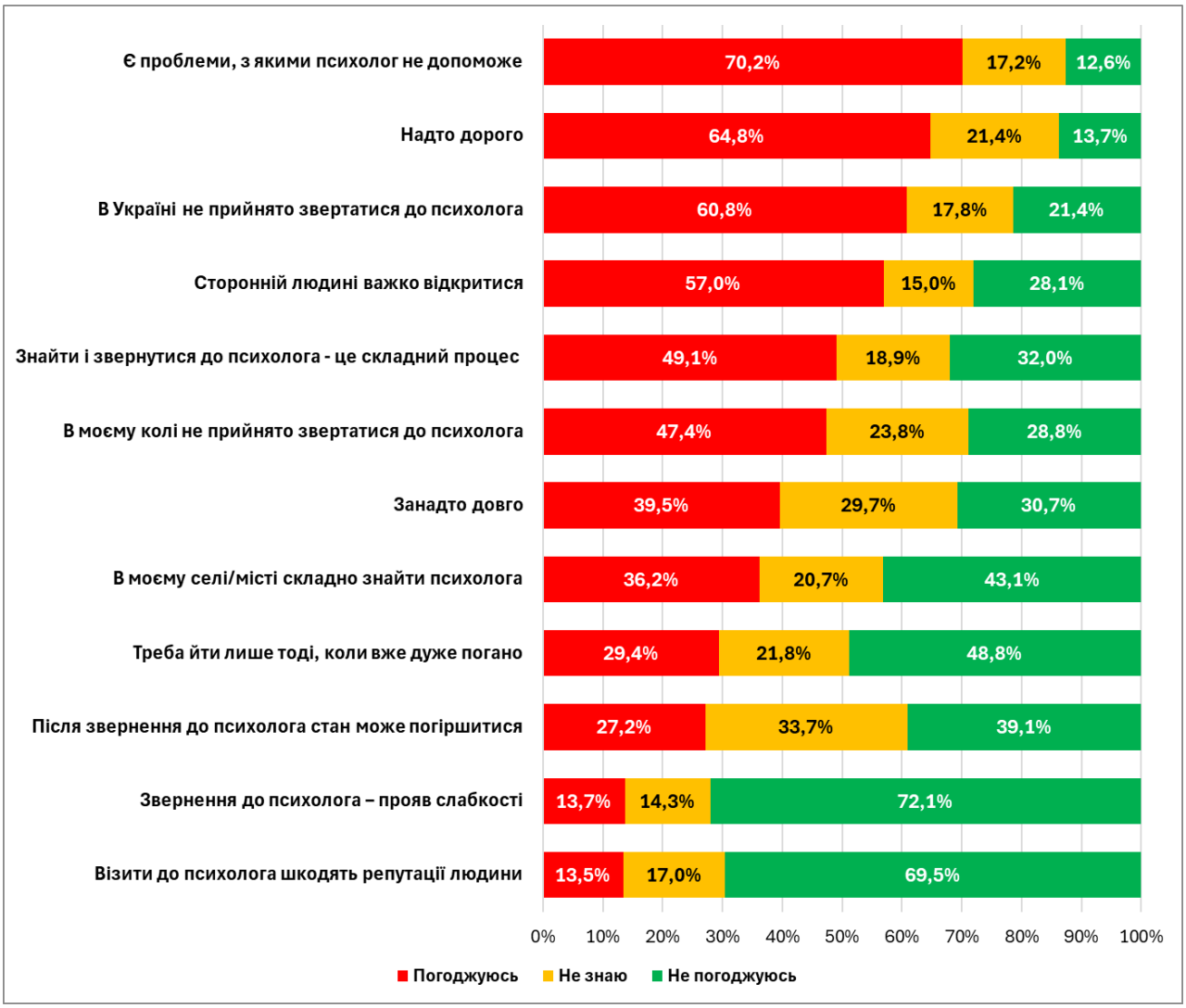
- «звернення до психолога – прояв слабкості» (72% не погодились з цим висловлюванням);
- «візити до психолога шкодять репутації людини» (практично 70% не погоджуються).

Також ми хотіли би звернути увагу на два запитання, в яких третина респондентів не змогла визначитися із відповіддю:

- 33.7% не мають певної думки, щодо тези «після звернення до психолога стан може погіршитися»;
- 29.7% не впевнені щодо твердження «психологічна допомога – це занадто довго».

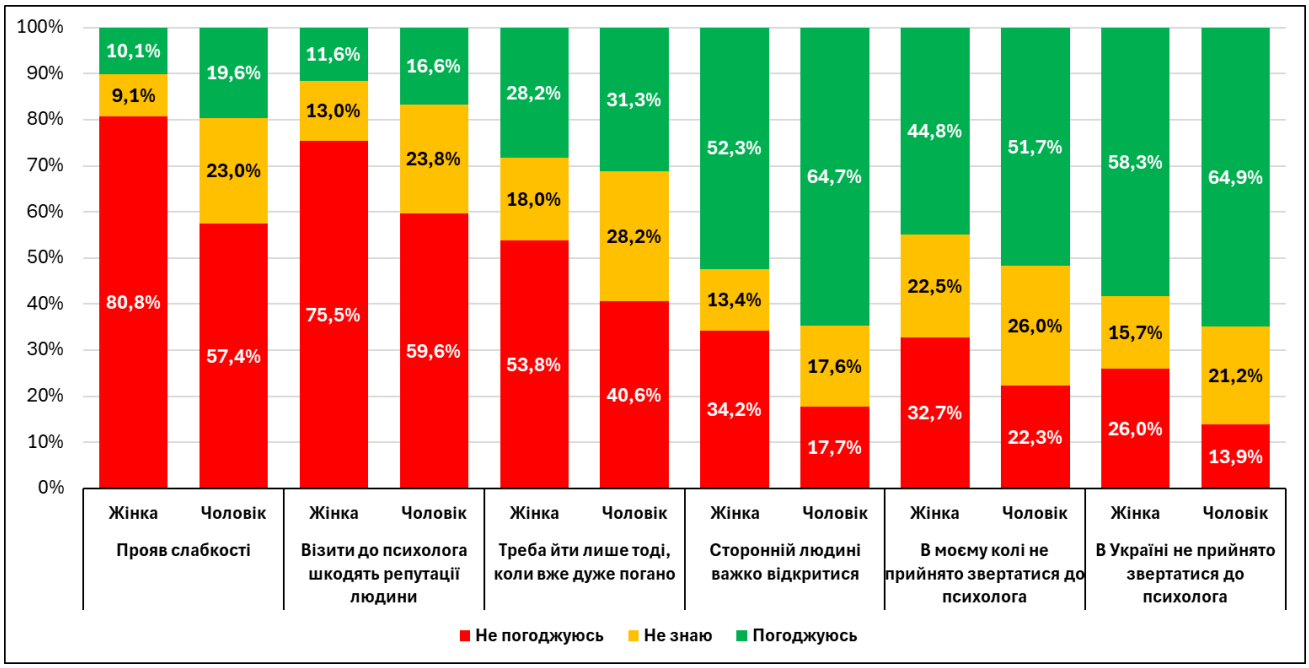
На наш погляд, це може вказувати на слабку обізнаність людей, щодо того, як виглядає процес роботи з психологом і чого від нього очікувати.

Рисунок 20. Відповіді на питання про бар'єри до звернення по психологічну допомогу



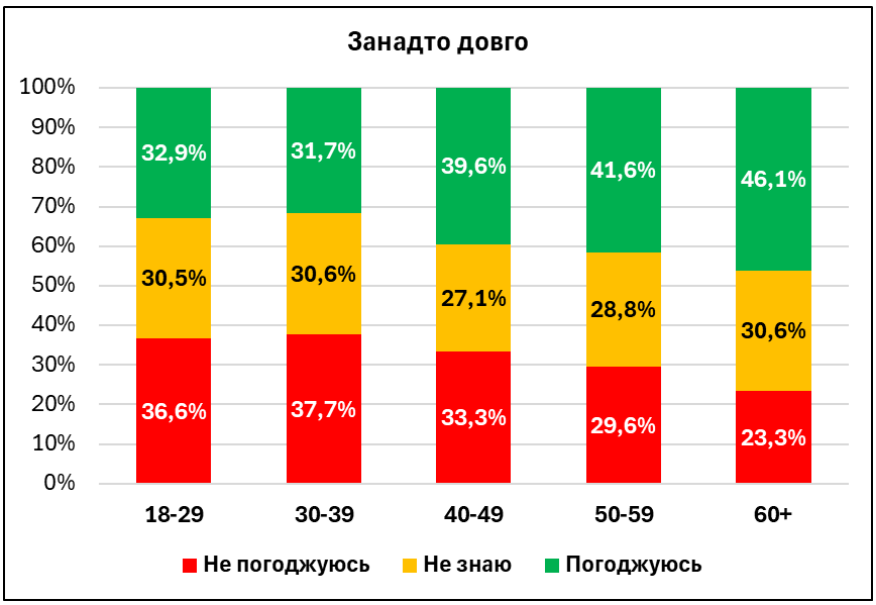
На наступному графіку наведено лише ті бар'єри, за якими були найбільші відмінності у відповідях між чоловіками та жінками (Рисунок 21). Перший з них – твердження про те, що звернення до психолога є проявом слабкості. Переважна більшість жінок (80%) не погоджуються з цим твердженням, у порівняні з 57% у чоловіків. Також суттєво розрізняються позиції по твердженню «сторонній людині важко відкритися». З ним погодилися 52% жінок і 65% чоловіків. Є велика різниця і у позиції щодо «візити до психолога шкодять репутації людини»: з чим не погоджуються 76% жінок і лише 60% чоловіків. І останнє, на що ми хотіли б звернути увагу, – більша невизначеність (відсоток тих, хто не зміг визначитися із відповіддю) по всім питанням серед чоловіків.

Рисунок 21. Бар'єри: чоловіки та жінки



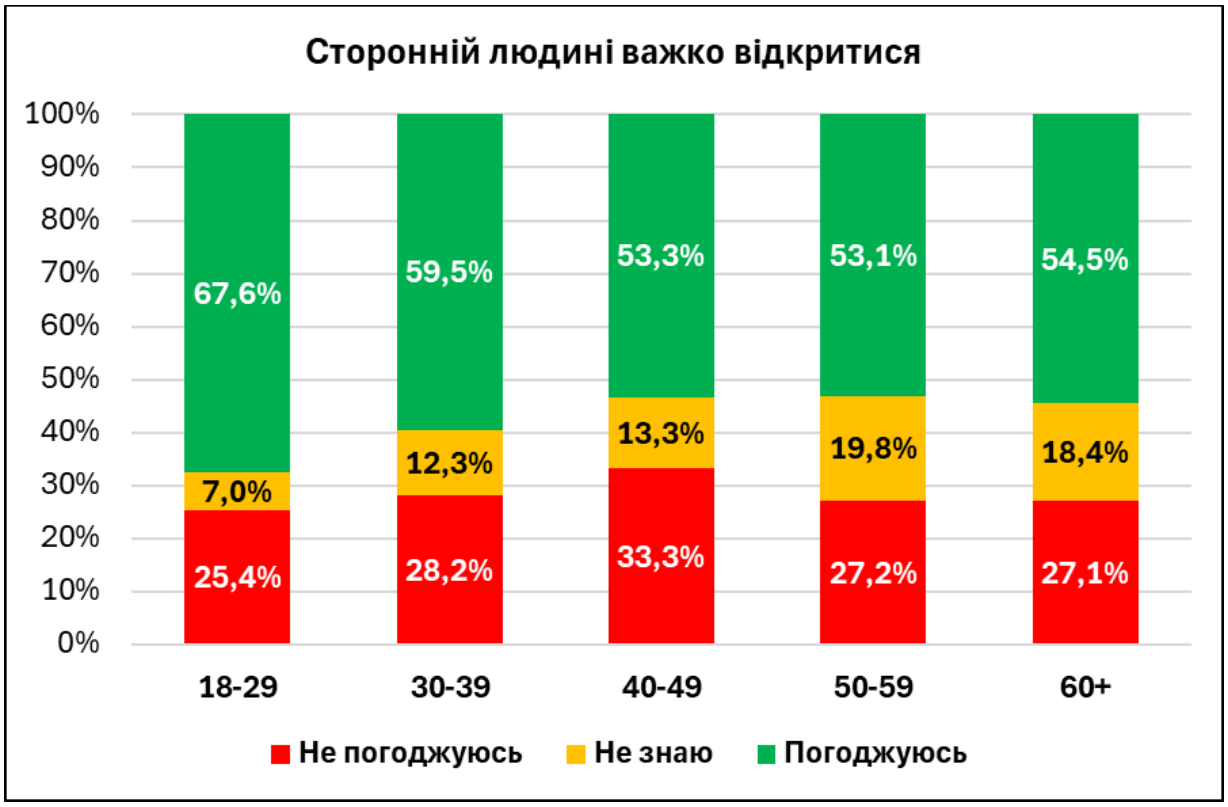
Наступний параметр – вік. Ми хочемо зупинитися лише на тих бар'єрах, по яким є чіткі вікові тренди. Почнемо із твердження *«психологічна допомога – це занадто довго»* (Рисунок 22). По-перше, із віком зростає відсоток тих, хто погоджується із даним твердженням (18-29 років – 33%; 60+ – 46%). По-друге, для всіх вікових груп характерна велика кількість (від 27% до 30%) людей, які не змогли визначитись із відповіддю.

Рисунок 22. Бар'єр «тривалість терапії»: вік



Наступний бар’єр *«сторонній людині важко відкритися»* (Рисунок 23). Даний бар’єр є найбільш актуальним для молоді (18-29 років). В цій віковій групі 68% респондентів погодились із твердженням. Це найбільше значення серед всіх вікових груп. На другому місці – 30-39 років, серед яких 60% також погоджуються з даним твердженням. Другий тренд – збільшення з віком кількості тих, хто не може визначитись із відповіддю (з 7% до 18%).

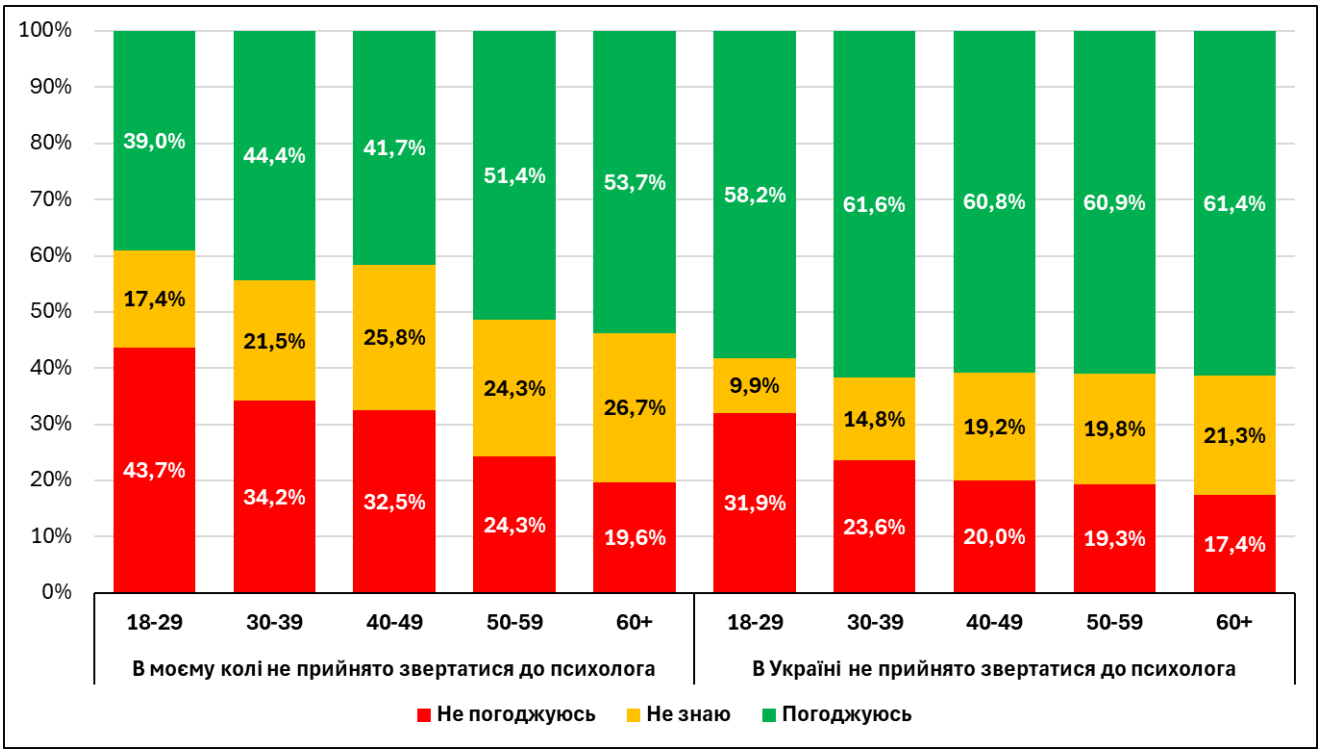
Рисунок 23. Бар'єр «сторонній людині важко відкритися»: вік



Розглянемо наступні твердження разом: *«в моєму колі не прийнято звертатися до психолога»* та *«в Україні не прийнято звертатися до психолога»* (Рисунок 24). По першому ми бачимо, що з віком зростає кількість тих, хто погоджується (з 39% до 54%), а також зростає відсоток тих, хто не може визначитися із відповіддю (з 17% до 27%). Таким чином, у старших вікових категоріях звернення до психолога не є чимось поширеним або звичним.

Щодо другого запитання, то усі вікові групи демонструють високий рівень згоди (в районі 60%) з цим твердженням. З віком стабільно зменшується відсоток тих, хто не погоджується з даним твердженням (з 32% до 17%), а також зростає кількість тих, хто не може визначитися (з 10% до 21%).

Рисунок 24. Бар'єри «групова та соціальна норми»: вік



Таким чином, у всіх вікових групах трохи вищий відсоток незгодних з першим твердженням ("в моєму колі не прийнято звертатися до психолога") у порівнянні з другим («в Україні не прийнято …»). Це може вказувати на те, що окремі соціальні, вікові групи можуть бути більше толерантними, ніж суспільство в цілому.

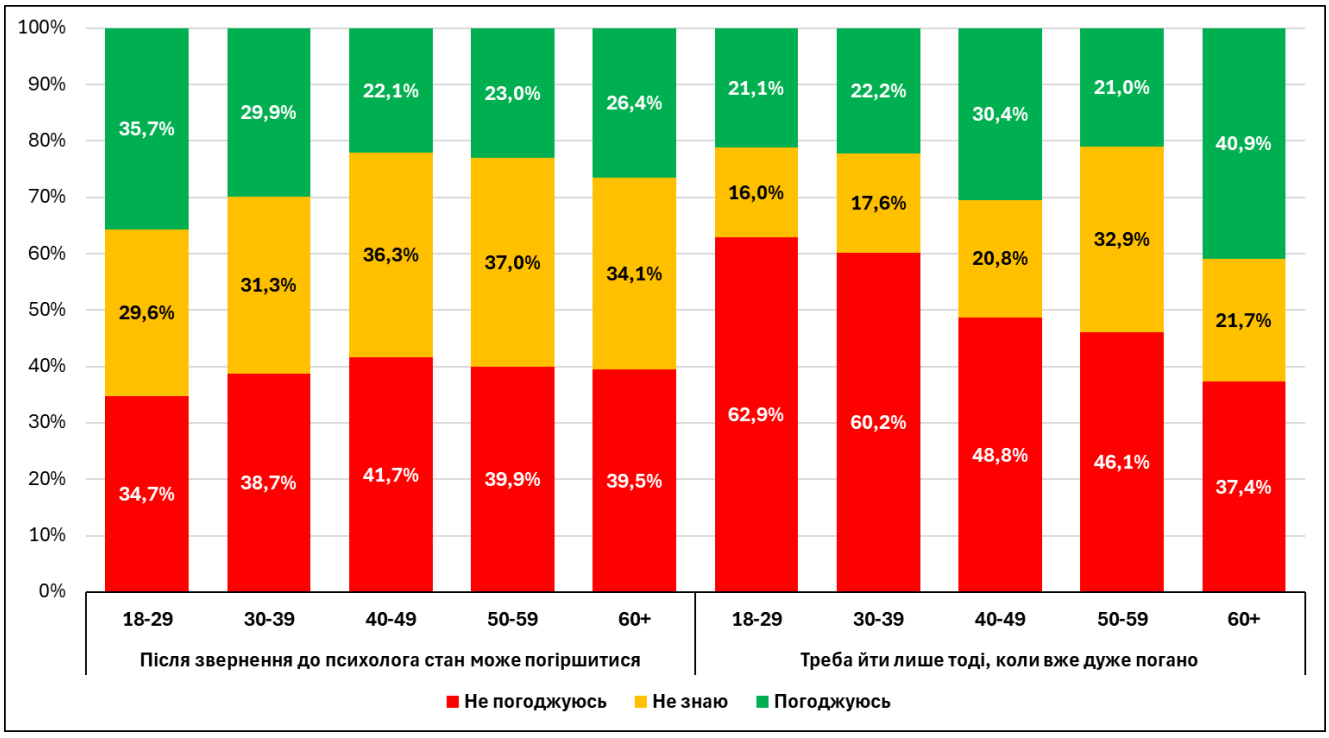
Вищий відсоток тих, хто «не знає» про прийнятність звернення у своєму колі порівняно з відношенням в цілому у суспільстві, може вказувати на те, що питання психологічної допомоги не є поширеною темою для обговорень, і тому респондентам важко оцінити ставлення до нього з боку знайомих та друзів.

Остання пара тверджень: *«після звернення до психолога стан може погіршитися»* та *«до психолога треба йти лише тоді, коли вже дуже погано»* (Рисунок 25). По першому твердженню привертає увагу велика кількість респондентів у всіх вікових категоріях, які не змогли визначитися із відповіддю (від 30% до 37%). На наш погляд, це може вказувати на певний брак знань про процес психологічних консультацій та що саме від них можна очікувати.

По другому існує два чітких тренди. По-перше, є дві вікові групи (18-29 та 30-39), у яких переважна більшість респондентів не погоджуються з твердженням. Тобто вони вважають, що до психолога можна звертатися не тільки тоді, коли дуже погано, але і при легких станах або просто за потреби консультації.

По-друге, з віком зростає кількість тих, хто погоджується з ним. Таким чином, старші люди більше схильні відкладати звернення за допомогою до моменту, коли ситуація стає критичною. Молодші респонденти мають більш позитивне ставлення до раннього звернення за допомогою.

Рисунок 25. Бар'єри «стан може погіршитися» та «йти, коли погано»: вік



Висновки

Найбільш поширеними бар'єрами є переконання, що існують проблеми, з якими психологи не можуть допомогти (70% респондентів), висока вартість послуг (65%), культурні стереотипи (61% вважають, що в Україні не прийнято звертатися до психолога), а також складність відкритися сторонній людині (57%). **Найменш значущими бар'єрами** є страх, що звернення до психолога є проявом слабкості (72% не погоджуються) та що це може нашкодити репутації (70% не погоджуються).

Розподіл бар'єрів за гендерною ознакою показує, що серед чоловіків більш поширена думка, що звернення по психологічну допомогу є ознакою слабкості (20% проти 10% серед жінок). Також чоловікам важче відкритися незнайомим людям (65% проти 52% серед жінок). В цілому чоловіки більш невпевнені щодо більшості бар'єрів.

Віковий аналіз виявив, що старші респонденти частіше погоджуються з твердженням, що психологічна допомога займає занадто багато часу (33% у групі 18-29 років і 46% у групі 60+

років). Молодші респонденти (18-29 років) найчастіше зазначають складність відкритися сторонній людині (68%), тоді як цей показник знижується у старших вікових групах. Старші люди частіше вважають, що в їхньому соціальному оточенні не прийнято звертатися до психолога.

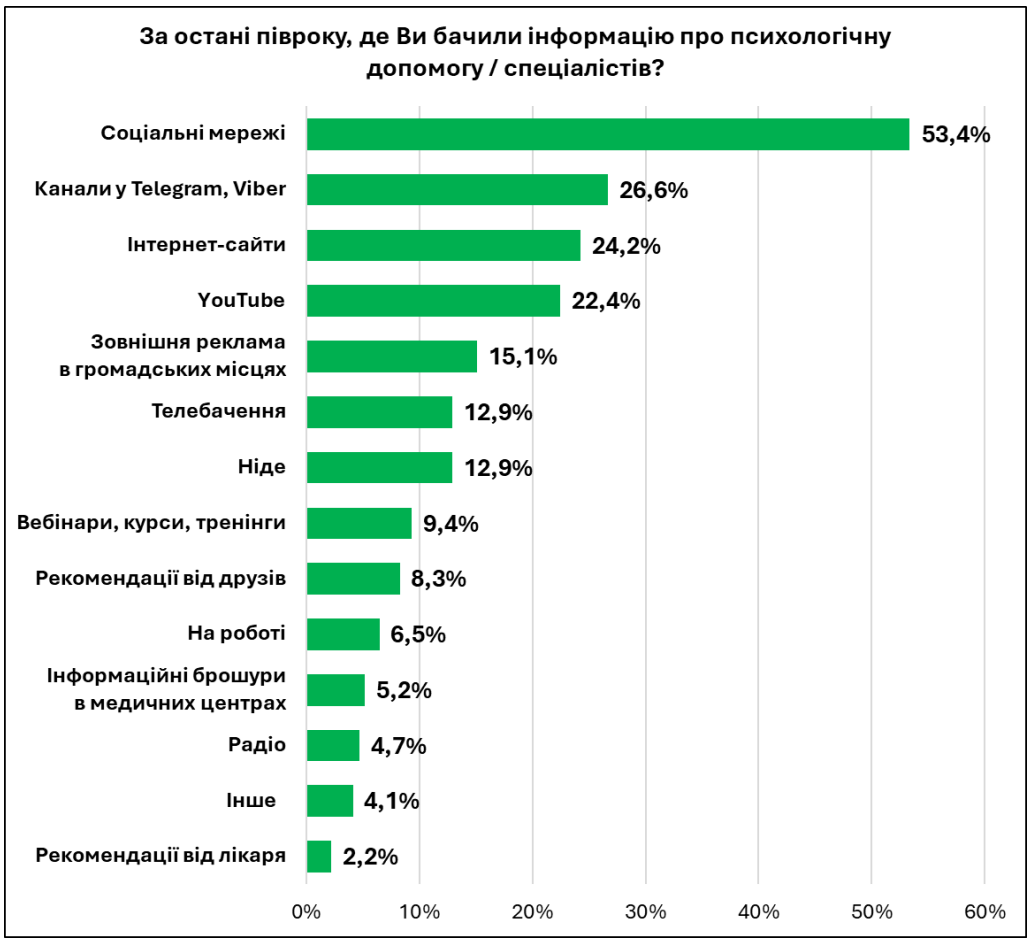
Близько третини респондентів не впевнені, чи може терапія погіршити їхній стан, що свідчить про **брак знань про процес лікування**. Молодші люди більш відкриті до звернення за допомогою до того, як проблеми стануть серйозними, тоді як старші групи схильні зволікати, поки ситуація не стане критичною. Цей аспект, як і значна невизначеність серед чоловіків у питаннях бар'єрів, підкреслює **необхідність підвищення обізнаності** та зниження стигматизації психологічної допомоги серед різних груп населення.

5. Джерела інформації та досвід звернення

5.1. Джерела інформації про психологічну допомогу

Аби дізнатися, звідки українці дізнаються про психологічну допомогу, включаючи контакти спеціалістів, ми запитали їх про джерела такої інформації. Найбільш популярними є соціальні мережі (Рисунок 26). Для багатьох це взагалі єдине джерело (40% респондентів вказали лише його). Майже однакова кількість респондентів назвала канали у Telegram, Viber (26.6%), Інтернет-сайти (24.2%) та YouTube (22.4%). Що, разом з високою часткою соціальних мереж, показує, що найчастіше респонденти бачать інформацію через онлайн канали і менше у громадських місцях (15.1%) чи чують від інших людей: друзів, роботу, та лікаря вказують менше 10% респондентів.

*Рисунок 26. Джерела інформації про психологічну допомогу**



**Респонденти могли обрати декілька варіантів відповідей*

Чоловіки та жінки мають схожу структуру джерел інформації про психологічну допомогу (Таблиця 2), проте суттєво відрізняються за трьома джерелами. Так жінки значно частіше вказують соціальні мережі (58% проти 46%) та вебінари, курси, тренінги (12% проти 5%). Водночас чоловіки частіше кажуть, що взагалі ніде не бачили інформацію про психологічну допомогу (18% проти 10%).

Таблиця 2. Джерела інформації про психологічну допомогу: жінки та чоловіки

	Жінки	***Чоловіки***
Соціальні мережі	**57.91%**	**45.70%**
Канали у Telegram, Viber	26.72%	25.78%
Інтернет-сайти	23.23%	25.59%
YouTube	20.28%	25.05%
Зовнішня реклама в громадських місцях	14.50%	14.63%
Вебінари, курси, тренінги	**12.21%**	**4.94%**
Телебачення	11.56%	14.63%
Рекомендації від друзів	9.81%	5.85%
На роботі	6.32%	6.03%
Інформаційні брошури в медичних центрах	5.32%	4.94%
Радіо	3.27%	6.95%
Рекомендації від лікаря	2.73%	1.46%
Інше	3.27%	5.48%
Ніде	**9.81%**	**18.46%**

Всі вікові категорії вказують соціальні мережі, канали у Telegram та Viber, YouTube та інтернет-сайти частіше за інші джерела (Таблиця 3). При цьому молодші респонденти частіше обирають Youtube, а старші - соціальні мережі. Для групи 18-29 рекомендації друзів є досить популярним джерелом інформації (7%) у порівнянні з групою 30-59, де цей відсоток коливається від 3% до 4%. Популярність Youtube в якості джерела поступово зменшується з віком з 15% до 9%. Telegram та Viber є однаково популярними серед респондентів віком 18 – 59 років (приблизно 14%), що суттєво вище, ніж у групи 60+ (9%). Респонденти старше 50 років частіше вказують, що ніде не бачили інформацію про психологічну допомогу.

Таблиця 3. Джерела інформації про психологічну допомогу: віковий розподіл

	18-29	***30-39***	***40-49***	***50-59***	***60+***
Соціальні мережі	**22,34%**	**22,86%**	**28,17%**	**26,32%**	**29,47%**
YouTube	**15,12%**	**12,14%**	**7,74%**	**8,63%**	**9,21%**
Канали у Telegram, Viber	**13,40%**	**14,29%**	**14,09%**	**14,53%**	**8,95%**
Інтернет-сайти	9,97%	11,14%	10,91%	12,63%	13,42%
Зовнішня реклама в громадських місцях	8,25%	8,43%	7,34%	6,53%	5,00%
Рекомендації від друзів	**6,87%**	**4,00%**	**3,97%**	**3,37%**	**2,37%**
Телебачення	4,81%	6,29%	6,35%	4,63%	7,89%
Ніде	**4,47%**	**4,00%**	**4,17%**	**7,79%**	**10,39%**
Вебінари, курси, тренінги	4,12%	4,71%	6,35%	4,84%	3,55%
На роботі	2,92%	3,29%	2,98%	4,42%	1,97%
Інформаційні брошури в медичних центрах	2,58%	3,57%	2,38%	1,26%	2,24%
Інше	2,41%	2,00%	1,98%	2,11%	1,58%
Радіо	2,06%	2,57%	1,98%	1,68%	2,63%
Рекомендації від лікаря	0,69%	0,71%	1,59%	1,26%	1,32%

В розрізі населених пунктів суттєвої різниці не виявлено. Єдина відмінність – респонденти з сіл частіше вказують, що ніде не бачили інформацію про психологічну допомогу або контакти спеціалістів (11% проти 5%-7% в інших типах населених пунктів).

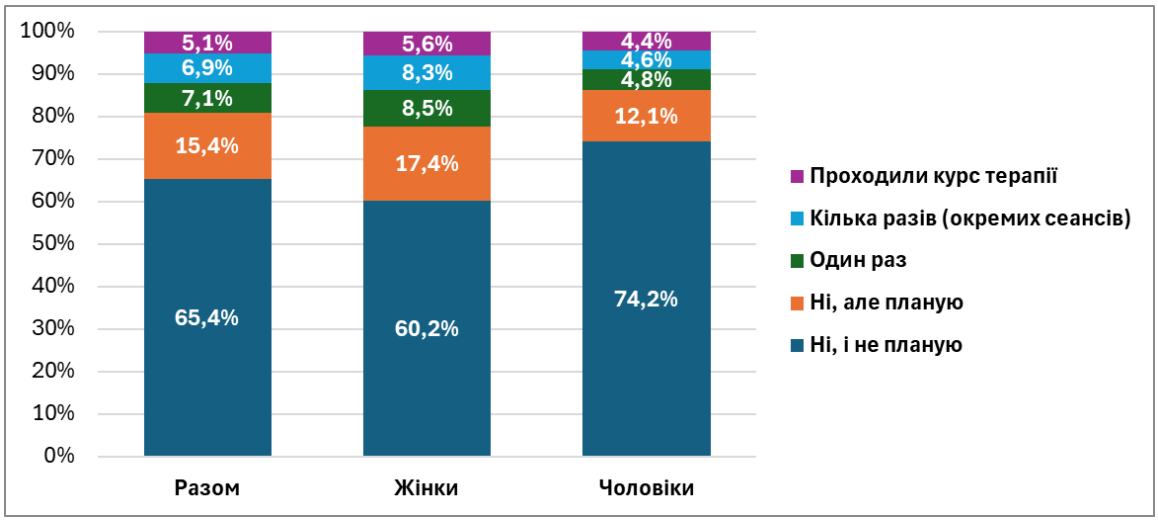
5.2. Попередній досвід звернень за психологічною допомогою

Окремий блок запитань досліджував, чи мали респонденти попередній досвід терапії. Головне запитання було *«Чи зверталися Ви коли-небудь за професійною психологічною допомогою?»* (Рисунок 27). В цілому по вибірці 19% респондентів (22% жінок та 14% чоловіків) мають досвід звернення за психологічною допомогою. З них, 5% проходили курс терапії, по 7% мали один чи декілька сеансів.

Чітко вказують на незацікавленість у зверненні до психологів 65% респондентів (відповідь «ні, і не планую»). У жінок цей відсоток менший (60%), чоловіки більше категоричні (74%).

Ще 15% готові розглядати або планують звернення за психологічною допомогою. Серед жінок ця готовність вища (17% проти 12% серед чоловіків).

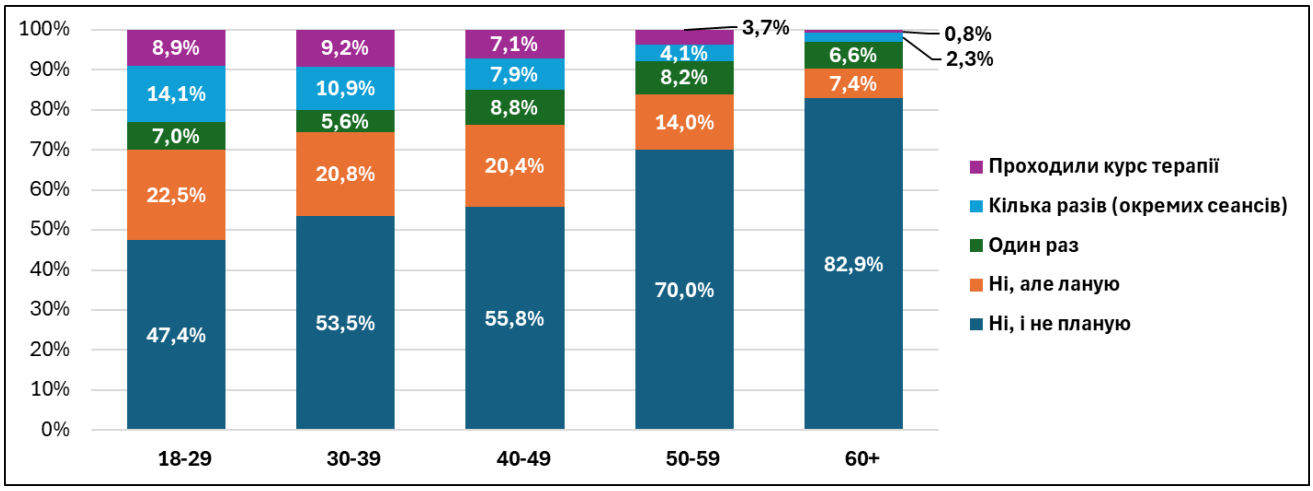
Рисунок 27. Досвід отримання психологічної допомоги



Підсумовуючи, 65% людей не мають досвіду терапії і не планують звертатися. 15% роздумують або планують звернення до психологу. І ще 19% проходили, як мінімум, один сеанс.

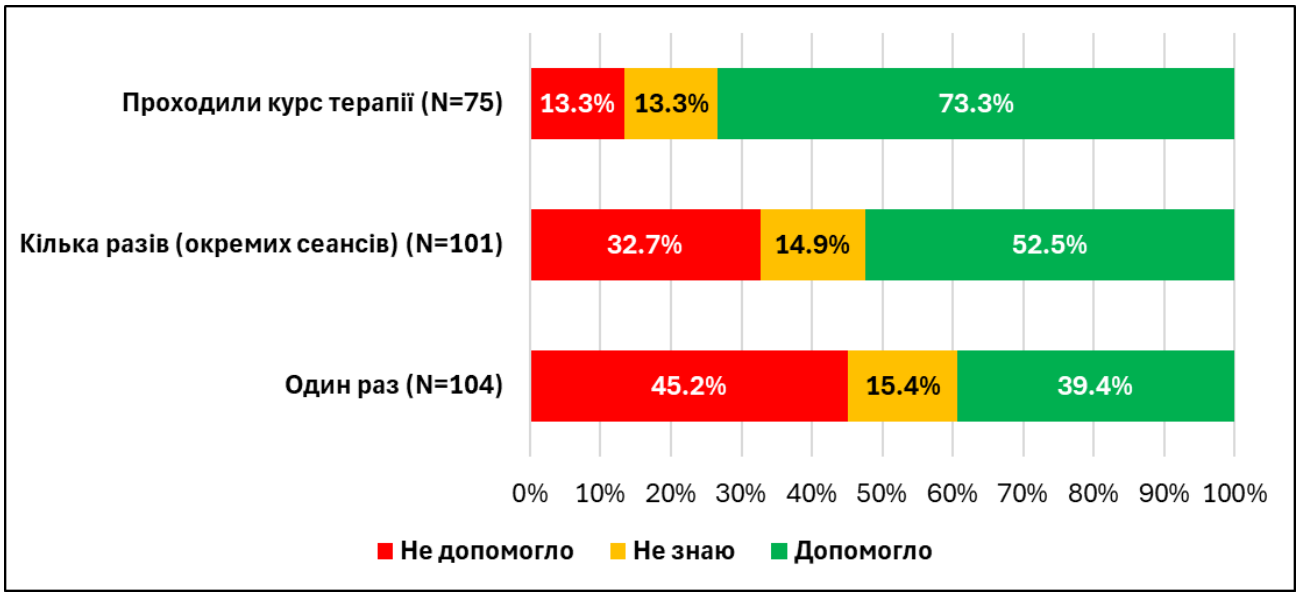
Досить очікувано виглядає розподіл відповідей за віковими категоріями (Рисунок 28). З віком зростає кількість тих, хто не мав досвіду терапії та не планує звертатися до психологів (з 47% до 83%). Також зменшується кількість тих, хто не мав такого досвіду, але планує (з 23% до 7%). Схожа ситуація і з відсотком тих, хто проходив кілька окремих сеансів або курс терапії. І лише відсоток тих, хто мав разовий досвід роботи з психологом є схожим серед всіх вікових категорій (від 6% до 9%).

Рисунок 28. Досвід отримання психологічної допомоги: розподіл за віком



Розглянемо детальніше тих, хто мав досвід терапії (відповіді *«один раз»*, *«кілька разів (окремих сеансів)»*, *«проходили курс терапії»*). На наступному графіку відображено розподіл відповідей на запитання *«Наскільки звернення допомогло вирішити проблему?»* (Рисунок 29). Із зростанням кількості сеансів суттєво зростає і оцінка їх ефективності (відповіді *«допомогло»*): з 39% для однієї зустрічі з терапевтом до 73%, якщо респондент пройшов курс терапії.

Рисунок 29. Попередній досвід терапії та власна оцінка її ефективності



Те, що ми бачимо, наглядно ілюструє одну з наріжних проблем психологічної допомоги, – для того, щоб людина відчула покращення, недостатньо одного сеансу з психологом. Наприклад, протокол Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги Великої Британії (NICE) рекомендує від 12 до 15 щотижневих сесій для лікування генералізованого тривожного розладу[1]. Національна служба охорони здоров'я Великобританії вказує, що у випадку використання когнітивно-поведінкової терапії тривалість терапії може складати від 6 до 20 щотижневих сеансів[2]. Тому після одного або декількох сеансів частина людей може відчувати розчарування, бо не бачать швидких результатів. Яких і не може бути, бо терапія вимагає певної тривалості спільної роботи.

Щодо формату роботи, то більшість респондентів спілкувалися з психологом офлайн (тобто наживо) – 59%. На другому місці спілкування онлайн або телефоном – 23%. На третьому –

[1] Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/Recommendations

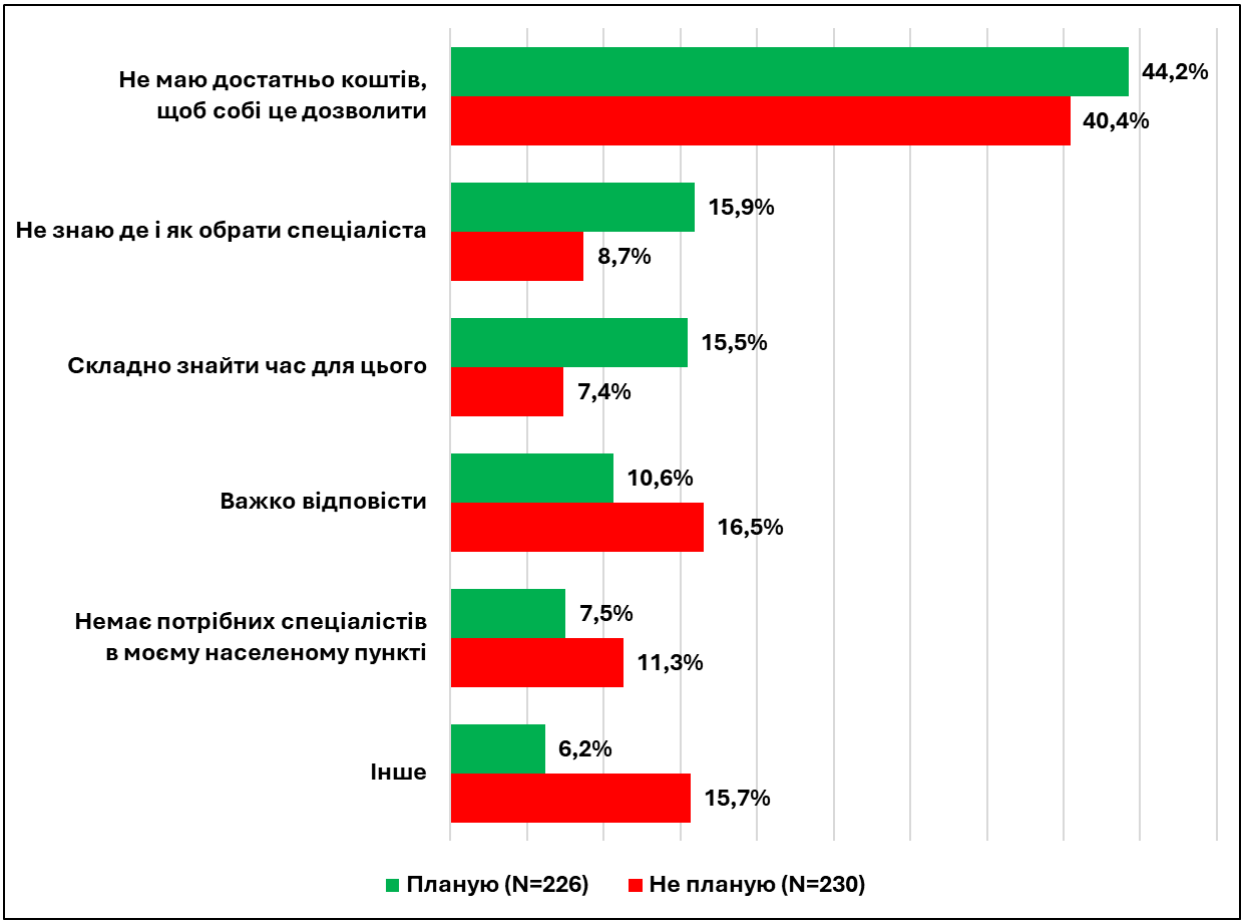
[2] How it works - Cognitive behavioural therapy (CBT) https://www.nhs.uk/mental-health/talking-therapies-medicine-treatments/talking-therapies-and-counselling/cognitive-behavioural-therapy-cbt/how-it-works/

змішаний формат (15%). Наші дані також показують, що формат спілкування не впливав на ефективність терапії і більш важливою була саме тривалість роботи.

Окремо ми дослідили групу людей, які відповіли, що потребували психологічної допомоги протягом останніх 6 місяців, але за допомогою не звернулися. Дана група включає людей, які не звернулися та не планують це робити, а також тих, хто не звернувся, але планує це зробити. До неї входить близько 18% від загальної вибірки. Причини, які завадили їх зверненню, представлені на наступному рисунку (Рисунок 30).

На першому місті для обох груп нестача коштів («*Не маю достатньо коштів, щоб собі це дозволити*»). Серед тих, хто не планує звертатися за допомогою, на другому місті відповідь «важко відповісти» (16.5%), на третьому – «інше» (15.7%). Серед тих, хто планує звернення, на другому та третьому місцях з практично ідентичним результатом знаходяться відповіді «не знаю, де і як обрати спеціаліста» та «складно знайти час для цього».

Рисунок 30. Розподіл відповідей на запитання «Чому Ви не звернулись за психологічною допомогою?»



На нашу думку, цей результат свідчить про те, що люди, які планують звертатися до психолога, вже прийняли рішення, тому причини, які вони вказують є конкретними зовнішніми завданнями, обмеженнями, які їм потрібно розв'язати: знайти потрібні суму, обрати спеціаліста та визначити час. Ті, хто не планує звертатися, могли не розмірковувати над тим, чому вони так вирішили, і тому частина з них не мають чіткої відповіді на дане запитання.

Висновки

Найпопулярнішим джерелом інформації є соціальні мережі, які зазначили 53% респондентів (для 40% це єдине джерело). Інші популярні джерела включають Telegram/Viber (26.6%), інтернет-сайти (24.2%) та YouTube (22.4%).

Віковий аналіз показав, що молодші респонденти частіше використовують YouTube (15% серед групи 18-29 років), тоді як старші вікові групи більше покладаються на соціальні мережі. Важливо зазначити, що з віком зростає відсоток тих, хто взагалі не бачить інформації про психологічну допомогу (від 4.5% серед молоді до 10.4% серед людей 60+ років).

Щодо **попереднього досвіду звернень**, лише 5% респондентів пройшли повний курс терапії, 7% мали кілька сеансів, а ще 7% обмежились лише одним сеансом. Значна частка респондентів (65%) не має досвіду терапії і не планує звертатися, причому чоловіки більш категоричні у цьому питанні (74% проти 60% у жінок). Водночас 15% респондентів планують або розглядають можливість звернення по допомогу, що частіше трапляється серед жінок (17% проти 12% у чоловіків).

З віком зростає кількість тих, хто не мав досвіду терапії та не планує звертатися до психологів (з 47% до 83%). Також зменшується кількість тих, хто не мав такого досвіду, але планує (з 23% до 7%).

Молодші люди більш відкриті до терапії, тоді як старші менш схильні звертатися за допомогою. **Ефективність терапії зростає** зі збільшенням кількості відвіданих сеансів.

Брак коштів є основною **причиною, через яку люди не звертаються за допомогою**. Ті, хто планує звернутися за допомогою, вказують на труднощі з вибором спеціаліста та знаходженням часу як на додаткові бар'єри. Тим, хто не планує звертатися за допомогою, часто важко сформулювати конкретні причини свого рішення.

6. Рівень стресу та потреба у психологічній допомозі

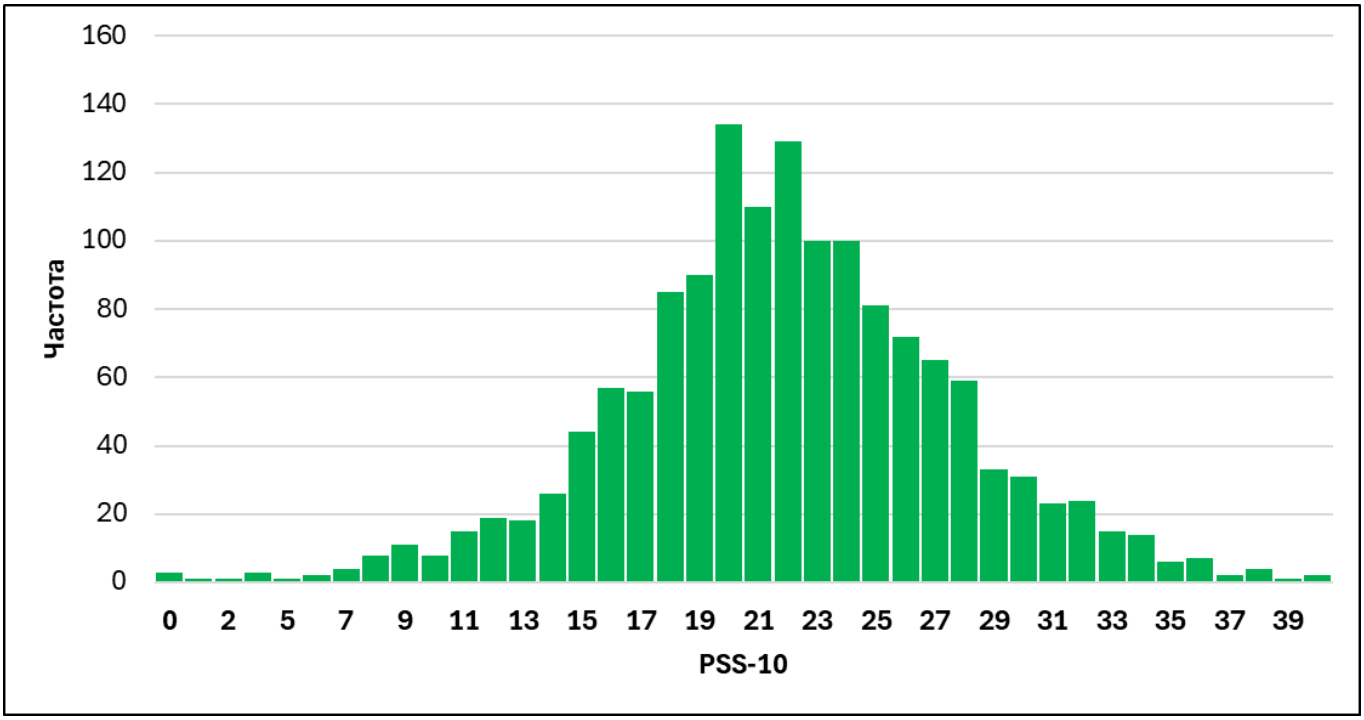
6.1. Загальний рівень стресу

Оцінка рівня суб'єктивного (сприйнятого) стресу проводилася із використанням опитувальника PSS-10[3] (*Perceived Stress Scale*), який є стандартним методом вимірювання стресу і широко використовується в дослідженнях. Він оцінює, наскільки неконтрольованим, перевантаженим та непередбачуваним респондент сприймає своє життя протягом останнього місяця.

Опитувальник складається з 10 питань (див. Додаток 9.1), на кожне з яких респондент обирає відповідь за шкалою: «Ніколи», «Майже ніколи», «Іноді», «Досить часто», «Дуже часто». В нашій анкеті використовувалась 7-бальна шкала від 1 – «Ніколи» до 7 – «Постійно». Після чого відповіді перекодовувалися для забезпечення сумісності із стандартною шкалою.

Загальний розподіл відповідей представлений нижче (Рисунок 31).

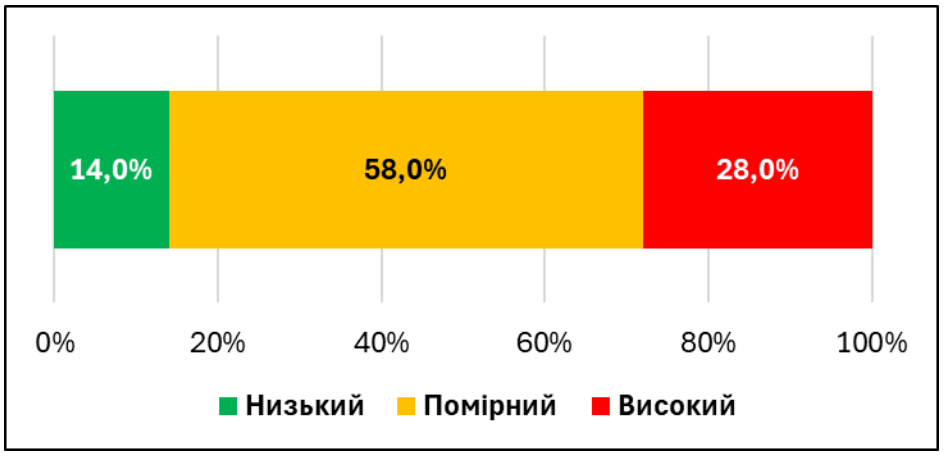
Рисунок 31. Розподіл оцінок Шкали сприйнятого стресу (PSS-10)



[3] Наприклад, https://www.das.nh.gov/wellness/docs/percieved%20stress%20scale.pdf

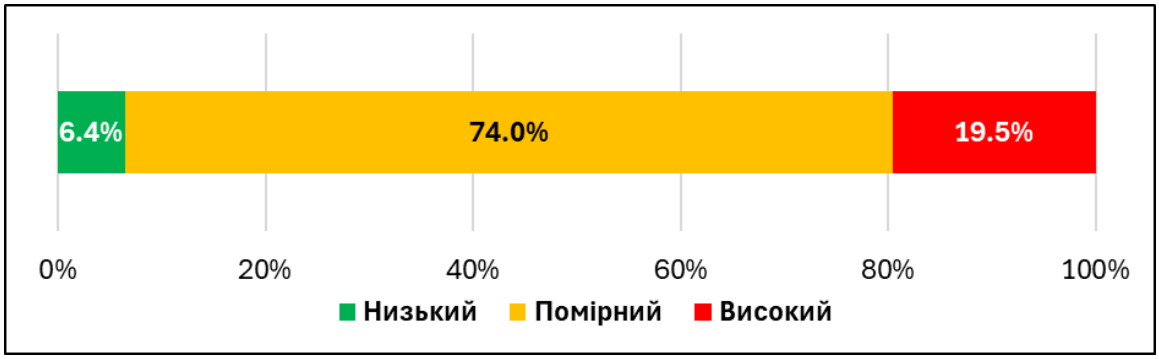
Першим кроком в оцінці рівня стресу була категоризація на групи за рівнем стресу сформована в результаті кластеризації респондентів методом K-means. Це дозволило виявити три основні кластери за рівнем стресу серед респондентів: низький – 14% респондентів, помірний – 58% і високий 28% (Рисунок 32).

Рисунок 32. Групи за рівнем стресу (кластерізація)



Для того, щоб забезпечити порівнянність отриманих нами результатів з дослідженнями проведеним в інших країнах світу, ми також розрахували групи за рівнем стресу виходячи із загальноприйнятих діапазонів. Значення в діапазоні від 0 до 13 балів вважаються низьким стресом. Від 14 до 26 – помірним. Від 27 до 40 – високим стресом. В цілому по вибірці низький рівень стресу мають 6% людей, помірний – 74% та високий – 20% (Рисунок 33). **Всі наступні рисунки у цьому розділі побудовані виходячи із даних діапазонів.**

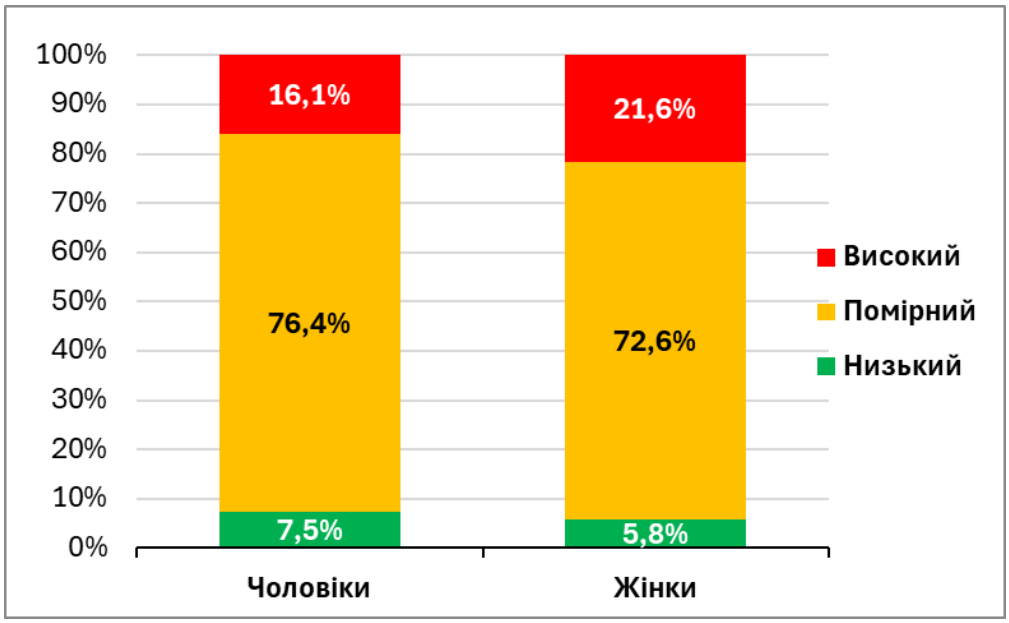
Рисунок 33. Рівень стресу (PSS-10) серед респондентів



Середнє значення рівня стресу по нашій вибірці складає 21.9 бали. Для того, щоб оцінити тягар війни, можна порівняти це значення із даними міжнародного дослідження поширеності психологічного стресу під час глобальної пандемії COVID-19[4]. Воно було проведено серед 1685 респондентів із 57 країн світу і середнє значення стресу по всім країнам склало 19.1 бали. Тобто українське значення на 2.8 пункти вище, навіть якщо порівнювати його із достатньо складним періодом пандемії.

У жінок рівень сприйнятого стресу в середньому вищий, ніж у чоловіків. Так, середнє значення для чоловіків – 21.0, а для жінок – 22.4. Детальна розбивка за рівнями стресу представлена на Рисунок 34. Як бачимо, серед жінок 22% мають ознаки високого рівня стресу, тоді як серед чоловіків таких 16%.

Рисунок 34. Рівень стресу (PSS-10) в залежності від статі

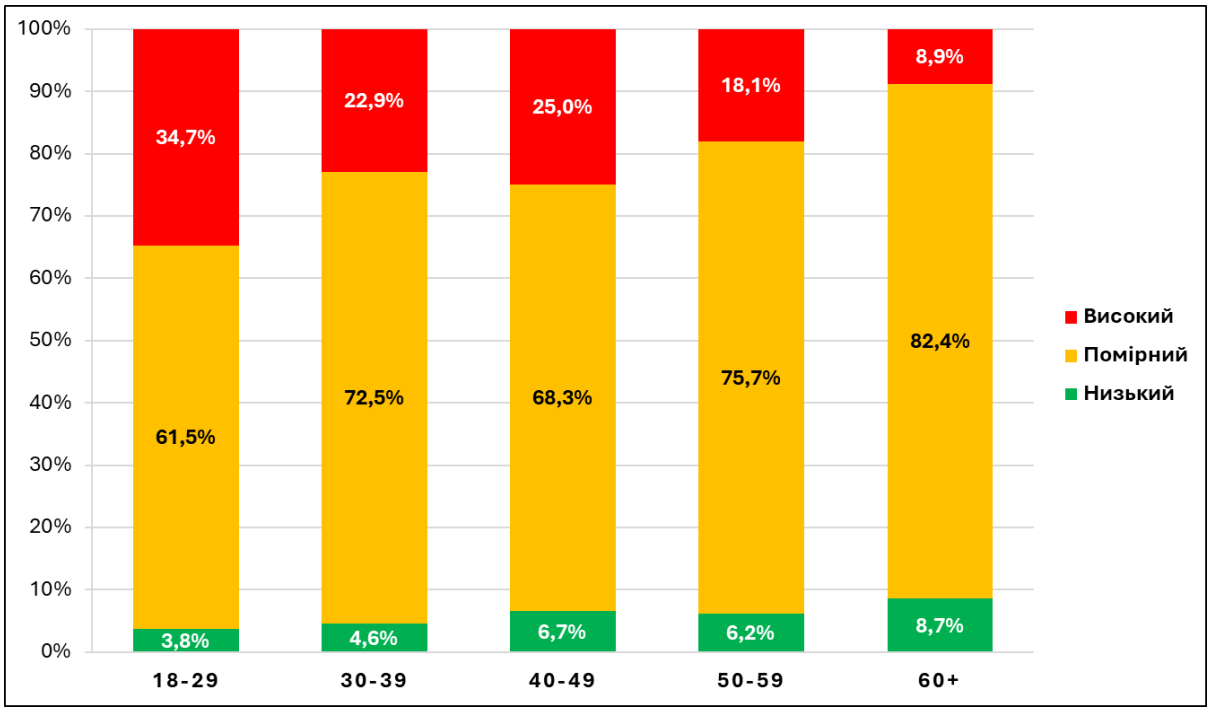


Рівень стресу у мешканців сіл, міст, обласних центрів та великих міст України відрізняється не дуже суттєво. Низький стрес мають від 5% (села, обласні центри) до 7% опитуваних (міста, великі міста). Значення помірного стресу коливаються від 71% для міст до 78% у обласних центрах. Найбільше людей із високим рівнем стресу у містах (22%), найменше – в обласних центрах (17%).

[4] Adamson MM, Phillips A, Seenivasan S, Martinez J, Grewal H, Kang X, Coetzee J, Luttenbacher I, Jester A, Harris OA, Spiegel D. International Prevalence and Correlates of Psychological Stress during the Global COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020 Dec 10;17(24):9248. doi: 10.3390/ijerph17249248. PMID: 33321950; PMCID: PMC7763004.

З віком суттєво зменшується відсоток тих, хто має ознаки високого стресу (з 35% до 9%), та трохи збільшується відсоток тих, у кого низький рівень стресу (з 4% до 9%). Найбільш вразливою віковою групою є молодь від 18 до 29 років, у якій майже кожен третій має ознаки високого рівня стресу (Рисунок 35).

Рисунок 35. Рівень стресу (PSS-10) для різних вікових категорій



Схожа динаміка характерна і для інших країн. У США проводилося дослідження у громадах, в якому було опитано 2000 респондентів[5]. Ці дані використовуються у якості референтних значень, наприклад, компанією NovoPsych, яка є австралійським постачальником програмного забезпечення для психологів та інших фахівців у галузі психічного здоров'я[6].

У таблиці наводяться середні значення індексу PSS для різних вікових груп у США та Україні (Таблиця 4). Як ми можемо побачити, українські значення по всім віковим категоріям суттєво перевищують референтні значення, але патерн зберігається – з віком середнє значення рівня стресу поступово зменшується.

[5] Cohen, S. and Janicki-Deverts, D. (2012), Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009†. Journal of Applied Social Psychology, 42: 1320-1334. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x

[6] Perceived Stress Scale (PSS-10). Psychometric Properties. https://novopsych.com.au/assessments/well-being/perceived-stress-scale-pss-10/

Таблиця 4. Порівняння середніх значень PSS-10 для США та України

	Вік					
	< 25	*25-34*	*35-44*	*45-54*	*55-64*	*> 64*
Україна (2024)	24.29	23.52	22.81	22.05	20.54	20.18
США (2012)	16.78	17.46	16.38	16.94	14.50	11.09

Додатковий регресійний аналіз соціально-демографічних факторів, що впливають на рівень стресу (PSS-10) (див. Додаток 9.2), показав, що найбільш негативний вплив на нього мають фінансові фактори. У тих, хто не має роботи, рівень стресу вище, ніж у людей, які працюють, або не працюють через наступні причини: догляд за дитиною, навчання. Ті, хто вийшов на пенсію або мають інвалідність, мають вищі рівні стресу.

Характеристики, що пов'язані з низьким/нижчим рівнем стресу:

- Вік. Чим старша людина, тим нижче рівень стресу.
- Стать. Чоловіки мають нижчий рівень стресу, ніж жінки.

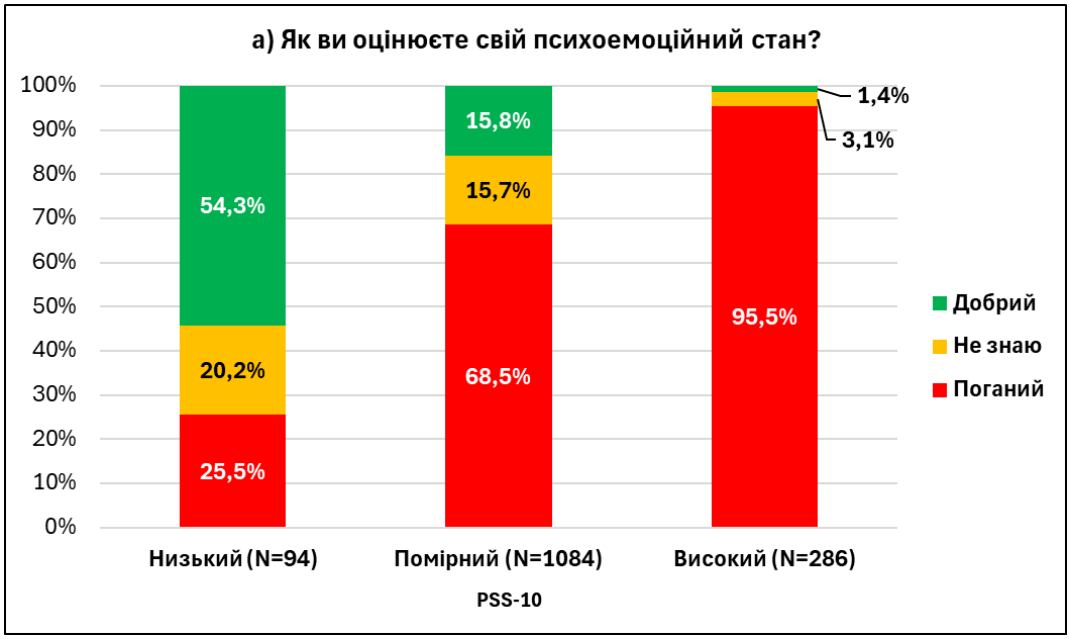
6.2. Потреба у психологічній допомозі та власна оцінка психоемоційного стану

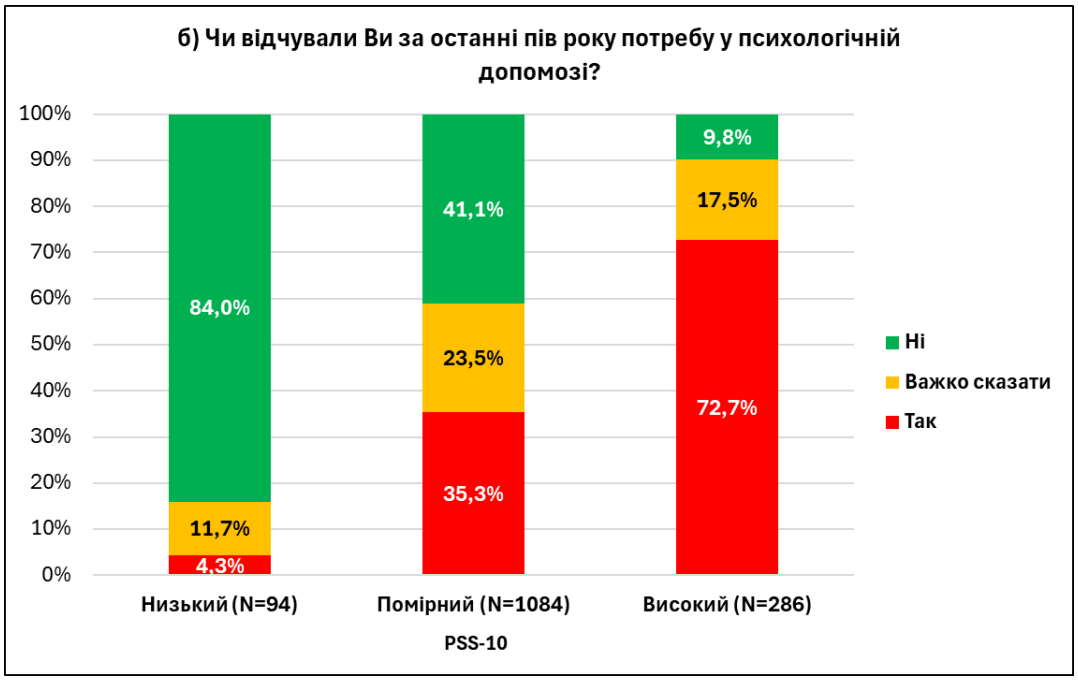
Окрім вимірювання рівня сприйнятого стресу, ми також запитали респондентів про потребу у психологічній допомозі та попросили оцінити власний психоемоційний стан за останній місяць. Відповіді на ці запитання корелюють із рівнем стресу за шкалою PSS-10 (Рисунок 36).

Простежується зв’язок між оцінкою власного психоемоційного стану (Рисунок 36, а) за останній місяць та рівнем стресу, який показує опитувальник PSS-10. Як можна побачити, із зростанням рівню стресу збільшується частка респондентів, які оцінюють власний психоемоційний стан як поганий (з 26% для низького стресу до 96% для високого).

Аналогічний зв’язок існує і між рівнем стресу та потребою у психологічній допомозі (Рисунок 36, б). Серед тих, хто має симптоми вищого стресу, більше людей, які відчували потребу у психологічній допомозі (4% – низький стрес, 73% – високий).

Рисунок 36. Зв'язок між рівнем стресу (PSS-10) та а) власною оцінкою психоемоційного стану, б) потребою у психологічній допомозі





Таким чином, респонденти достатньо добре розуміють і адекватно оцінюють свій психоемоційний стан, а також найчастіше усвідомлюють потребу у зверненні по допомогу.

6.3. Способи покращення власного психоемоційного стану

Наступне запитання, яке ми хотіли дослідити, – способи покращення власного психоемоційного стану, які респонденти використовують найчастіше. До найпопулярніших способів покращити власний стан належать: розмови з друзями або близькими (41%), прогулянки (38%), зайнятість домашніми справами (36%), домашні тварини (35%) та спілкування з дітьми (33%) (Рисунок 37). Найменш популярними є шопінг (10%), церква (8%) та духовні практики (6%).

*Рисунок 37. Способи покращення власного психоемоційного стану**

** респондент міг обрати кілька варіантів*

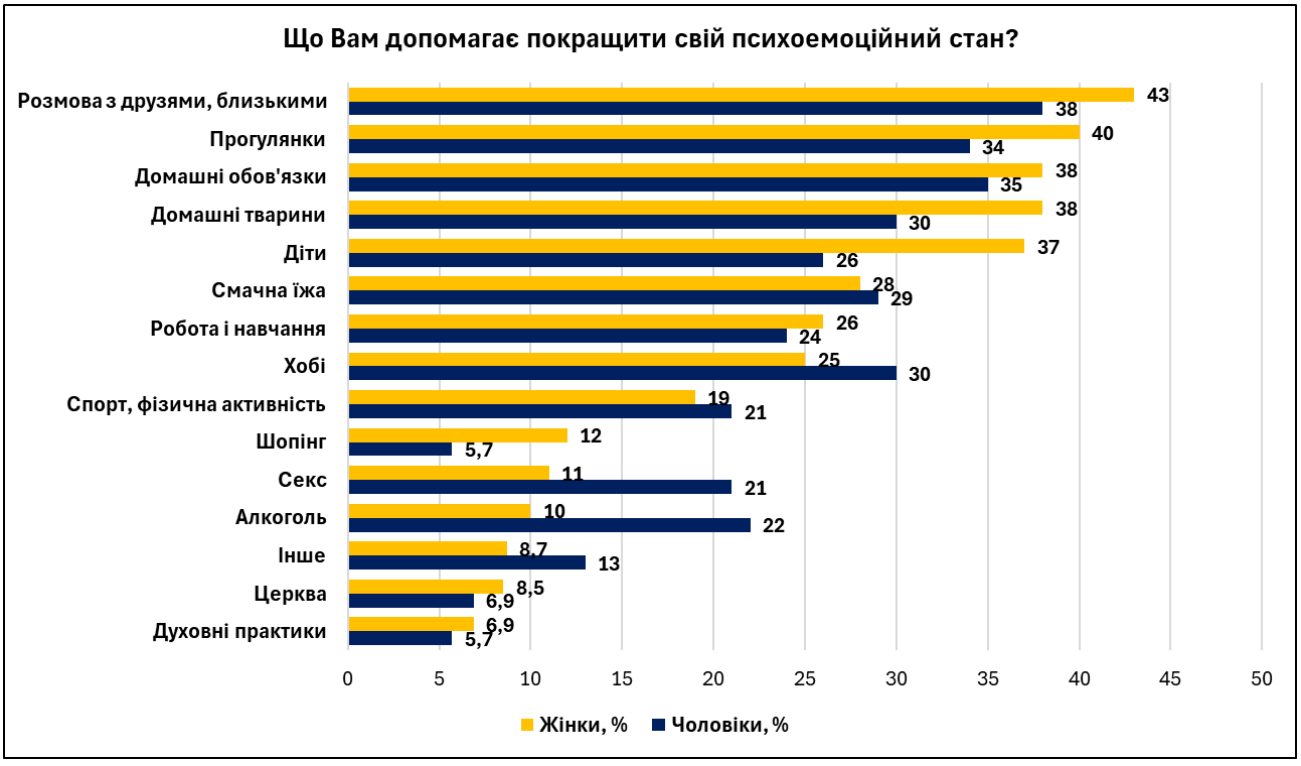
Люди, які мають низький та помірний рівень стресу, частіше, у порівнянні з тими, хто має високий рівень стресу, вказують, що їх психологічно підтримують: розмови з друзями та близькими, домашні обов’язки, діти, робота та навчання, а також спорт і фізична активність (Таблиця 5). Респонденти з високим рівнем стресу набагато частіше вказують, що вони покращують свій психоемоційний стан через вживання смачної їжі та алкоголю.

*Таблиця 5. Способи покращення власного стану при різних рівнях стресу**

Що допомагає покращити власний стан?	Рівень стресу		
	Низький	Помірний	Високий
Розмова з друзями, близькими	*46%*	*43%*	*33%*
Домашні обов'язки	*43%*	*39%*	*24%*
Діти	*39%*	*35%*	*23%*
Домашні тварини	39%	35%	36%
Прогулянки	39%	38%	34%
Робота і навчання	*35%*	*26%*	*18%*
Спорт, фізична активність	*31%*	*20%*	*17%*
Хобі	28%	28%	26%
Смачна їжа	*23%*	*28%*	*33%*
Секс	19%	15%	12%
Церква	9.6%	7.7%	8.0%
Алкоголь	*8.5%*	*14%*	*20%*
Шопінг	7.4%	10.0%	10%
Духовні практики	7.4%	7.1%	3.5%
Інше	7.4%	9.7%	13%

** Зелений колір – способи, які частіше використовують люди з низьким рівнем стресу. Червоний – з високим.*

Рисунок 38. Способи покращення власного стану для жінок та чоловіків



Для чоловіків та жінок найпопулярніші способи зняття стресу однакові: спілкування з друзями та близькими, прогулянки, зайнятість домашніми обов'язками (Рисунок 38). Водночас деякі способи покращити свій стан жінки обирають значно частіше, ніж чоловіки. Це спілкування із дітьми (37% жінок та 26% чоловіків), домашні тварини (38% та 30%), а також шопінг (12% та 5.7%). Чоловіки ж частіше, у порівнянні з жінками, надають перевагу алкоголю (22% чоловіків, 10% жінок), сексу (21% та 11%) та хобі (30% та 25%).

6.4. Досвід війни та рівень стресу

Для оцінки впливу особистого досвіду війни на рівень стресу ми запитали респондентів про те, свідками або учасниками яких воєнних подій вони були. Такі події, як розлука з рідними, обстріли, вимушений переїзд, є чинниками стресу. Чим більше подібних подій переживає людина, тим вищий рівень стресу вона відчуває. Згодом ті, хто вміють управляти стресом, поступово адаптуються. В іншому випадку, негативний вплив стресу накопичується і поступово приводить до виникнення стресового розладу. Детальніше про вплив стресогенних факторів, зв'язок психологічного стресу та наслідків для здоров'я можна почитати, наприклад, у статті Кроссвела і Локвуда[7].

Відповіді на запитання «Чи були Ви за час військових дій свідком або учасником таких подій?» розподілилися наступним чином (

Рисунок 39). Майже дві третини респондентів пережили розлуку із рідними та близькими. Близько половини були свідками обстрілів та бомбардувань. Кожен третій (31%) пережив смерть рідних або близьких. Лише 12% не зіткнулися з жодною із перелічених подій.

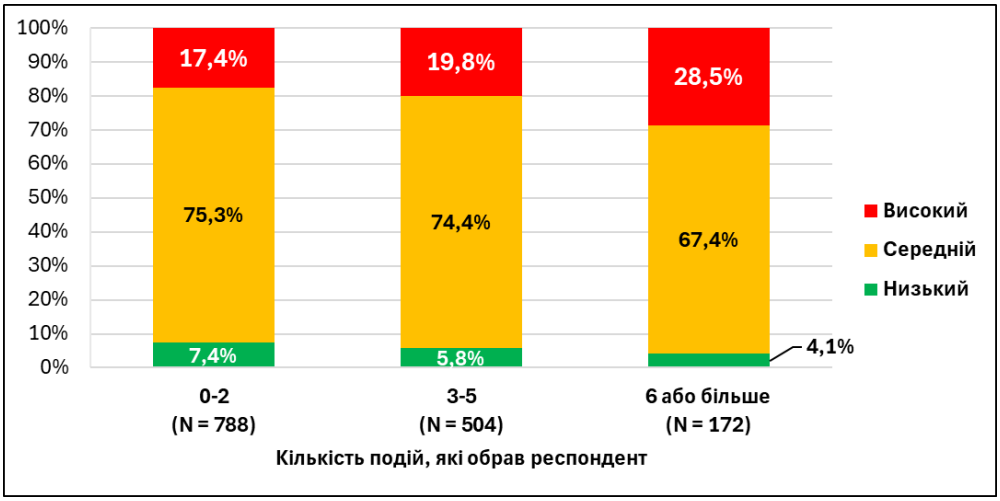
[7] Crosswell AD, Lockwood KG. Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. Health Psychology Open. 2020;7(2). doi:10.1177/2055102920933072

*Рисунок 39. Досвід війни**

** респондент міг обрати кілька варіантів*

Серед тих, хто відчував на собі вплив більшої кількості негативних факторів, більше людей із ознаками високого рівня стресу: 29% проти 17% (Рисунок 40). Таким чином, наші дані підтверджують, що із зростанням кількості негативних подій, який переживає людина, зростає і рівень стресу.

Рисунок 40. Залежність рівня стресу від кількості негативних подій, свідком або учасником яких став респондент



Висновки

Низький **рівень стресу** мають 6% респондентів, помірний – 74%, високий – 20%. Середній рівень стресу – 21.9 (максимально можливе значення за шкалою PSS-10 дорівнює 40). Рівень стресу у **жінок** трохи вищий: жінки – 22.4, чоловіки – 21.0.

Рівень стресу у мешканців сіл, міст, обласних центрів та великих міст України відрізняється несуттєво.

З віком рівень стресу поступово зменшується. Найбільш вразлива група – молодь від 18 до 29 років, де кожен третій має ознаки високого рівня стресу.

Власна оцінка психоемоційного стану та потреби у психологічній допомозі корелює з рівнем стресу. Серед людей з високим рівнем стресу суттєво більше як тих, хто оцінює власний психоемоційний стан як поганий, так і тих, хто відчував потребу у психологічній допомозі.

Найпопулярніші **способи покращення психоемоційного стану**: розмови з друзями або близькими (41%), прогулянки (38%), домашні справи (36%), домашні тварини (35%), спілкування з дітьми (33%). Серед людей з високим рівнем стресу найбільше тих, хто вживає для цього алкоголь (20%).

Жінки частіше обирають спілкування із дітьми, домашніх тварин, шопінг та прогулянки, Чоловіки - алкоголь, секс і хобі для покращення психоемоційного стану.

Досвід війни. Дві третини респондентів пережили розлуку із рідними, майже половина – обстріли та бомбардування, 31% – смерть рідних або близьких. Вищий рівень стресу пов'язаний з більшою кількістю пережитого негативного досвіду.

7. Довіра до інших людей

Багато досліджень показують існування зв’язку між довірою до світу, міжособистісною довірою та психологічним благополуччям та здоров’ям. Наприклад, дослідження, проведене в Японії, виявило значний позитивний зв'язок між міжособистісною довірою та якістю життя дорослих японців. Люди з більшою міжособистісною довірою повідомили про кращу якість життя у всіх сферах – фізичній, психологічній та соціальній[8].

Інше дослідження[9] вказує на те, що довіра до інших може слугувати захисним фактором від негативного впливу стресових життєвих подій. Люди, які довіряють іншим, виявляються більш стійкими до стресу, тоді як ті, хто менше довіряє, схильні відчувати більший дистрес, коли стикаються з життєвими проблемами. Пояснюється це тим, що люди, які довіряють іншим, як правило, більш схильні шукати і приймати допомогу від своєї соціальної мережі у важкі часи.

В цілому люди з високим рівнем базової довіри до світу, як правило, мають менший рівень стресу, оскільки довіра знижує тривожність. Ця базова довіра формується в дитинстві і потім підтримується соціальними зв'язками, такими як сім'я та друзі. Соціальна ж підтримка є одним з факторів, який суттєво знижує негативні наслідки стресу.

Недовіра ж, навпаки, призводить до підозрілості, формування ірраціональних установок, негативного ставлення до людей та світу. Це ускладнює побудову та підтримання стосунків з іншими людьми та позбавляє людину такої важливої соціальної підтримки у складні моменти життя. Як результат збільшується рівень стресу.

Вміння довіряти вважається одним із показників психологічного здоров'я [10] та сприяє співпраці і взаємодії з іншими людьми, що особливо важливо в умовах колективних травм, таких як війна. Тому ми вирішили включити в анкету запитання, які дозволяють оцінити рівень міжособистісної довіри та перевірити її зв’язок з рівнем стресу.

В рамках опитування респондентам було задано три запитання (у дужках – шкала відповідей):

1) Як Ви вважаєте, в цілому більшості людей можна довіряти чи варто бути обережним, маючи справу з людьми? *(0 – потрібно бути обережним, 10 – більшості людей можна довіряти)*

[8] Tokuda Y, Jimba M, Yanai H, Fujii S, Inoguchi T (2008) Interpersonal Trust and Quality-of-Life: A Cross-Sectional Study in Japan. PLOS ONE 3(12): e3985. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003985

[9] Schill, T., Toves, C., & Ramanaiah, N. (1980). Interpersonal Trust and Coping with Stress. Psychological Reports, 47, 1192 - 1192. https://doi.org/10.2466/pr0.1980.47.3f.1192.

[10] Наприклад, Why Trust Matters https://www.psychologytoday.com/us/basics/trust

2) Як Ви вважаєте, більшість людей намагаються за нагоди використати або ошукати інших, чи поводяться чесно та порядно? *(0 – більшість людей намагатимуться використати або ошукати, 10 – більшість людей будуть старатися поводити себе чесно та порядно)*
3) На Вашу думку, люди в основному намагаються допомагати іншим або дбають про власний інтерес? *(0 – люди в основному дбають про власний інтерес, 10 – люди в основному намагаються допомагати іншим)*

Також ми додали запитання про роль Бога у житті людини, щоб дослідити зв'язок релігії та ставлення до психологічної допомоги:

4) Наскільки Бог є важливим у Вашому житті? *(0 – зовсім не важливий, 10 – дуже важливий)*

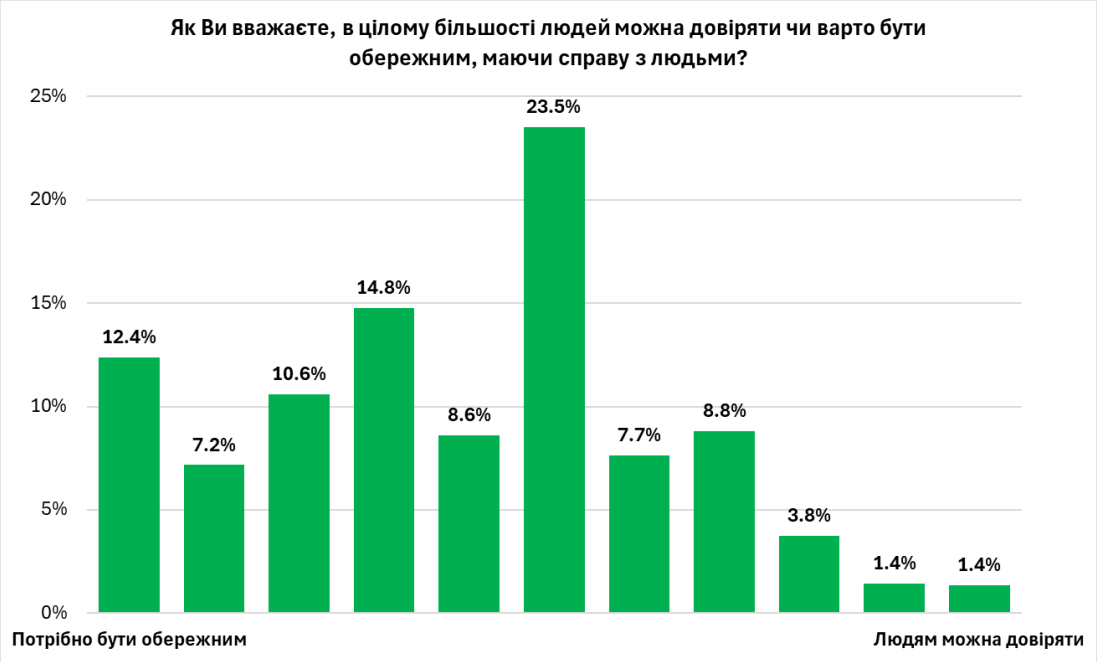
Перші три запитання повністю відповідають запитанням анкети *European Social Survey* (ESS), що дозволить нам порівнювати отримані результати із десятою (або будь-якими іншими) хвилею опитування ESS (2020 рік), в якій взяли участь 22 європейських країни[11]. Також ми зможемо оцінити зміну рівня довіри в України, використавши дані соціологічного дослідження, виконаного Інститутом соціології НАН України у 2005 році[12]. Воно проводилось як частина другої хвилі «Європейського соціального дослідження» (ESS).

Відповіді на перше питання про довіру показують, що більшість українців схильні бути обережними, маючи справу з іншими людьми (Рисунок 41). При чому чоловіки є більш обережними у порівнянні із жінками: середнє значення для чоловіків – 3.6, для жінок – 4.0.

[11] European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2023) ESS10 - integrated file, edition 3.2 [Data set]. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. https://doi.org/10.21338/ess10e03_2.

[12] Євген Головаха, Андрій Горбачик, Наталія Паніна. Україна та Європа: результати міжнародного порівняльного соціологічного дослідження. – К.: Інститут соціології НАН України, 2006. – 142 с.

Рисунок 41. ESS1: Людям можна довіряти чи варто бути обережним



Якщо порівняти з даними *European Social Survey*[13], Україна за цим показником знаходиться на рівні Португалії, яка займає 19 місце з 22 (Таблиця 6, *ESS1*).

Таблиця 6. Порівняння України з даними десятої хвилі European Social Survey

ESS1: «потрібно бути обережним – людям можна довіряти» (ppltrst*)		ESS2: «намагаються використати інших – поводяться чесно та порядно» (pplfair*)		ESS3: «дбають про власний інтерес – намагаються допомагати іншим» (pplhlp*)	
Країна	Середнє значення	Країна	Середнє значення	Країна	Середнє значення
1. Фінляндія	6.9	1. Фінляндія	7.0	1. Ісландія	6.5
2. Норвегія	6.7	2. Ісландія	7.0	2. Фінляндія	6.3
3. Ісландія	6.5	3. Норвегія	7.0	3. Норвегія	6.3
…	…	…	…	…	…
19. Португалія	3.9	19. Словаччина	4.7	17. Словаччина	4.3
Україна	**3.9**	**Україна**	**4.7**	**Україна**	**4.2**
20. Чорногорія	3.9	20. Болгарія	4.2	18. Греція	4.1
21. Північна Македонія	3.6	21. Північна Македонія	4.1	…	…
22. Болгарія	3.6	22. Чорногорія	4.0	22. Північна Македонія	3.4

** назви змінних у базі ESS*

[13] European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2023) ESS10 - integrated file, edition 3.2 [Data set]. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. https://doi.org/10.21338/ess10e03_2.

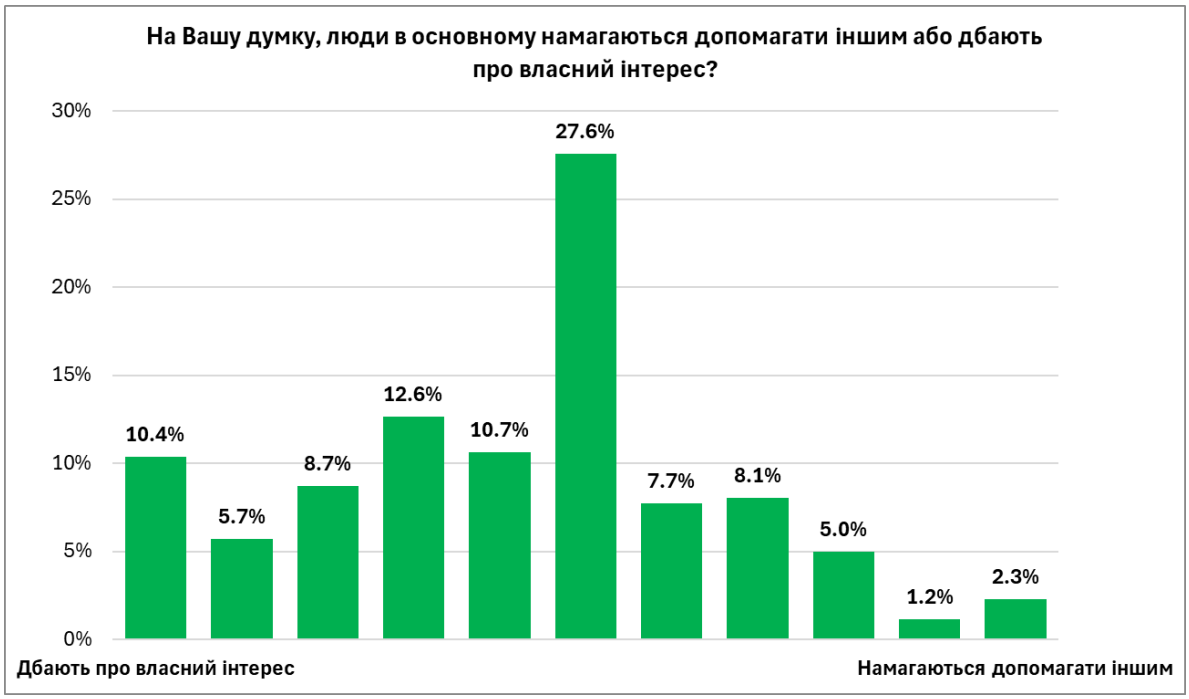
Розподіл відповідей на друге запитання (*більшість людей намагається за нагоди ошукати інших, чи поводиться чесно та порядно?)* більш рівномірний (Рисунок 42). Середнє значення – 4.7 (чоловіки – 4.3, жінки – 4.9).

Рисунок 42. ESS2: Люди намагаються використати інших чи поводяться чесно

Нашими сусідами за даним показником є Словаччина та Болгарія (Таблиця 6, *ESS2*). Максимальне середнє значення у Фінляндії – 7.0.

За останнім питання в блоці про довіру (*люди в основному намагаються допомагати іншим або дбають про власний інтерес?)* середнє значення по вибірці – 4.2 (Рисунок 43). Жінки знову демонструються вищий рівень довіри: 4,4 порівняно з 3,9 у чоловіків.

Рисунок 43. ESS3: Люди дбають про власний інтерес або допомагають іншим



Цей результат знаходиться на рівні Словаччини та Греції, згідно з дослідженням *European Social Survey* (Таблиця 6, *ESS3*). Максимальне значення у Ісландії – 6.5, мінімальне у Північної Македонії – 3.4.

У порівнянні з результатами опитування 2005 року, в Україні трохи зменшилася довіра до інших людей, водночас, зросла впевненість, що люди радше хочуть допомогти іншим, ніж дбають про власний інтерес (Таблиця 7). Можливо, останнє є наслідком згуртованості та взаємодопомоги, які багато українців проявили під час війни проти РФ. Думка щодо того, чи люди поводяться чесно чи використовують інших, майже не змінилася.

Таблиця 7. Зміна рівня довіри в Україні (2024 р. до 2005 р.)

Питання	Середнє значення		Зміна
	2005[14]	2024	
ESS1: "Людям можна довіряти чи варто бути обережним *(0 – бути обережним, 10 – довіряти)*"	4.5	3.9	-0.6
ESS2: "Люди намагаються використати інших чи поводяться чесно *(0 – використати, 10 – поводяться чесно)*"	4.8	4.7	-0.1
ESS3: "Люди дбають про власний інтерес або намагаються допомогти іншим *(0 – власний інтерес, 10 – допомогти іншим)*"	3.8	4.2	+0.4

[14] Євген Головаха, Андрій Горбачик, Наталія Паніна. Україна та Європа: результати міжнародного порівняльного соціологічного дослідження. – К.: Інститут соціології НАН України, 2006. – 142 с.

Думки респондентів щодо важливості Бога у їхньому житті сильно поляризовані: 22.5% вказують, що бог «дуже важливий»; 19.0% – «зовсім не важливий»; 17.3% обирають варіант посередині (Рисунок 44). Всі інші категорії мають значно менші частки. Таким чином існують дві великі групи із протилежними поглядами на важливість релігії у житті.

Рисунок 44. Роль Бога у житті людини

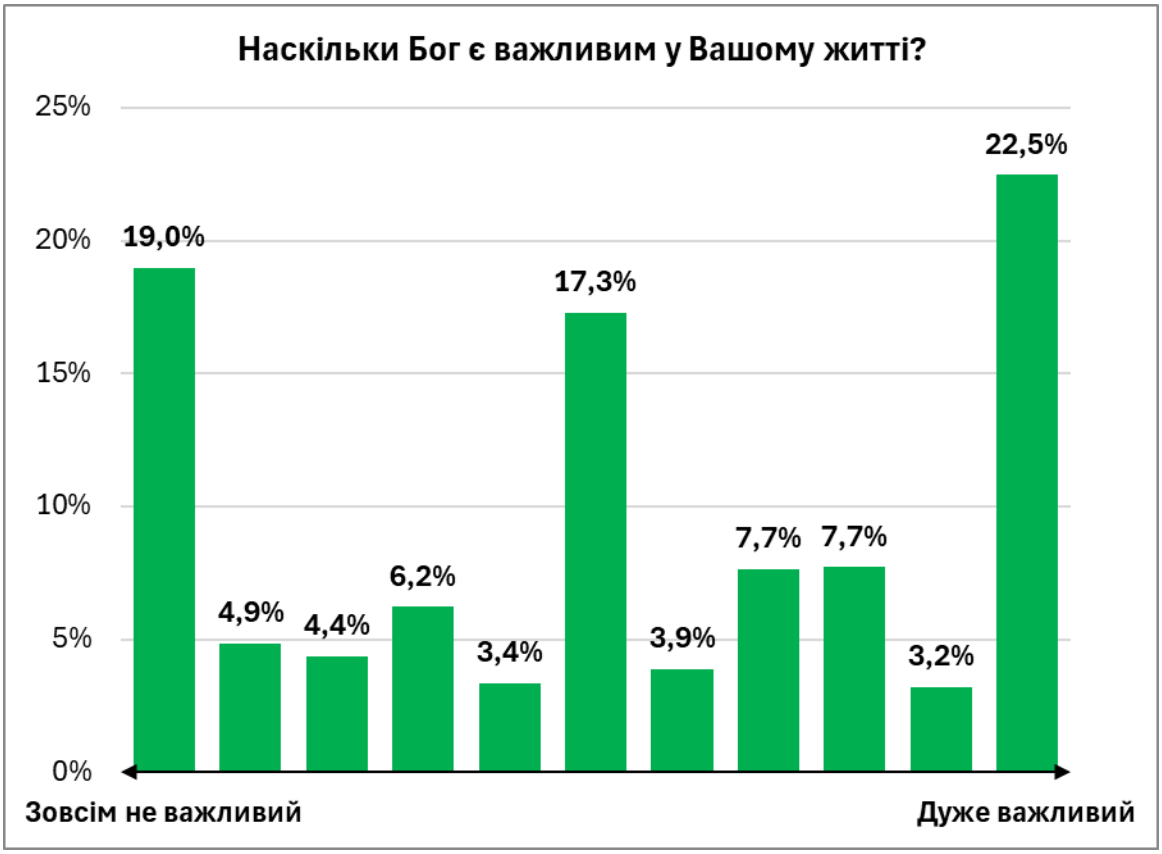
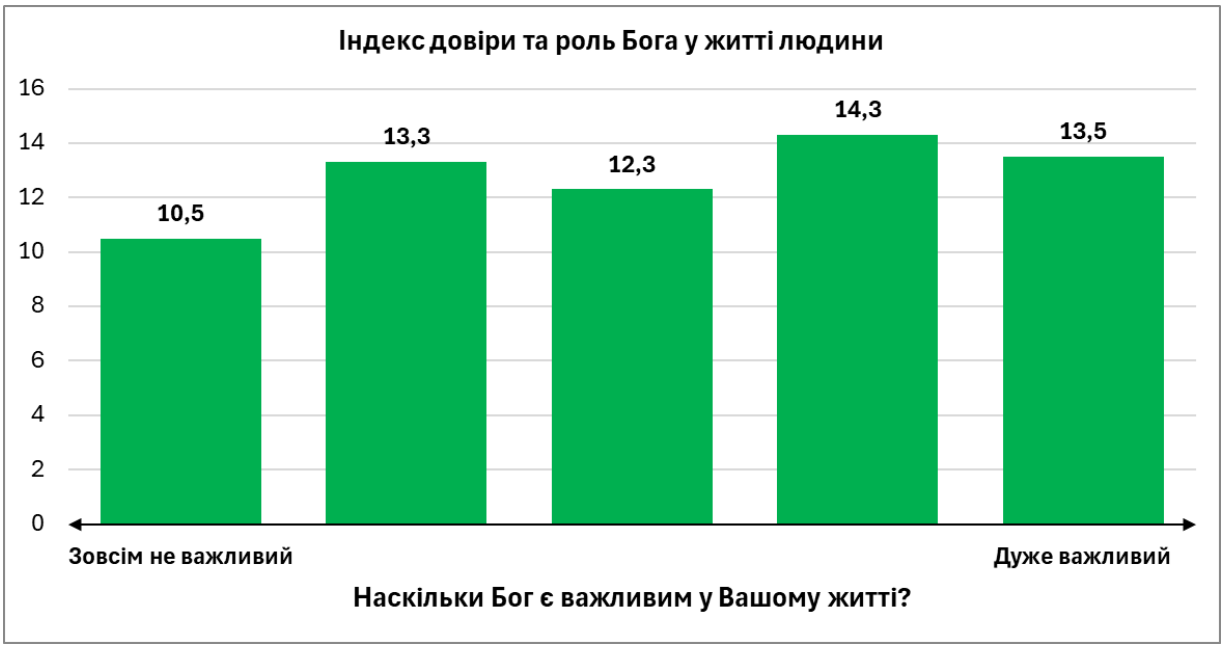


Рисунок 45 показує середні значення індексу довіри та важливості Бога в житті людини. Індекс довіри, який побудовано на основі високого коефіцієнта альфа Кронбаха ($\alpha = 0.81$) для трьох питань ESS, є сумою питань ESS1, ESS2 та ESS3. Отриманий індекс має діапазон значень від 0 до 30, де 0 відповідає особі з низьким рівнем довіри, а 30—з високим рівнем довіри.

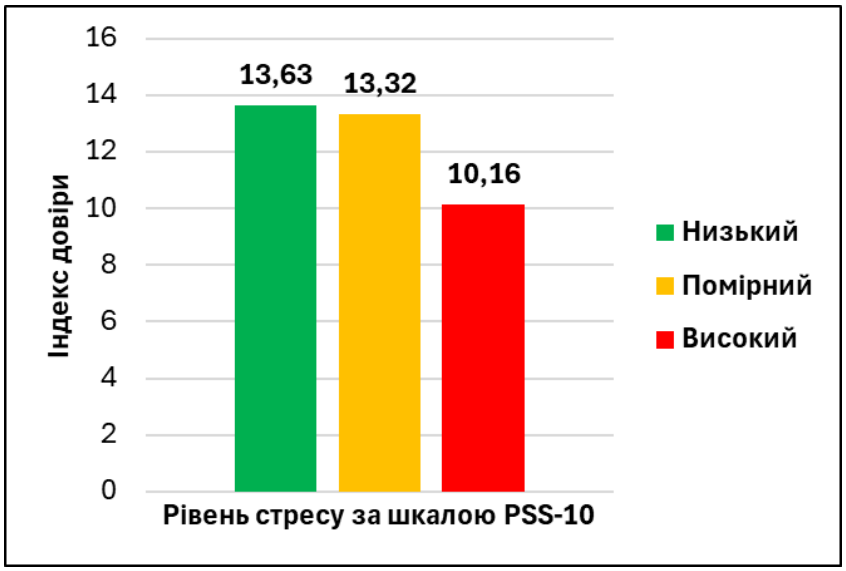
Ми бачимо, що найнижчий індекс довіри (10.5) спостерігається серед тих, для кого Бог "зовсім не важливий", тоді як найвищий індекс належить респондентам, для яких Бог швидше важливий (14.3). Це може свідчити про те, що існує зв'язок між релігійними переконаннями людини та рівнем соціальної довіри, яка у свою чергу корелює з довірою до спеціалістів з психічного здоров'я.

Рисунок 45. Зв'язок довіри до інших та ролі Бога у житті людини



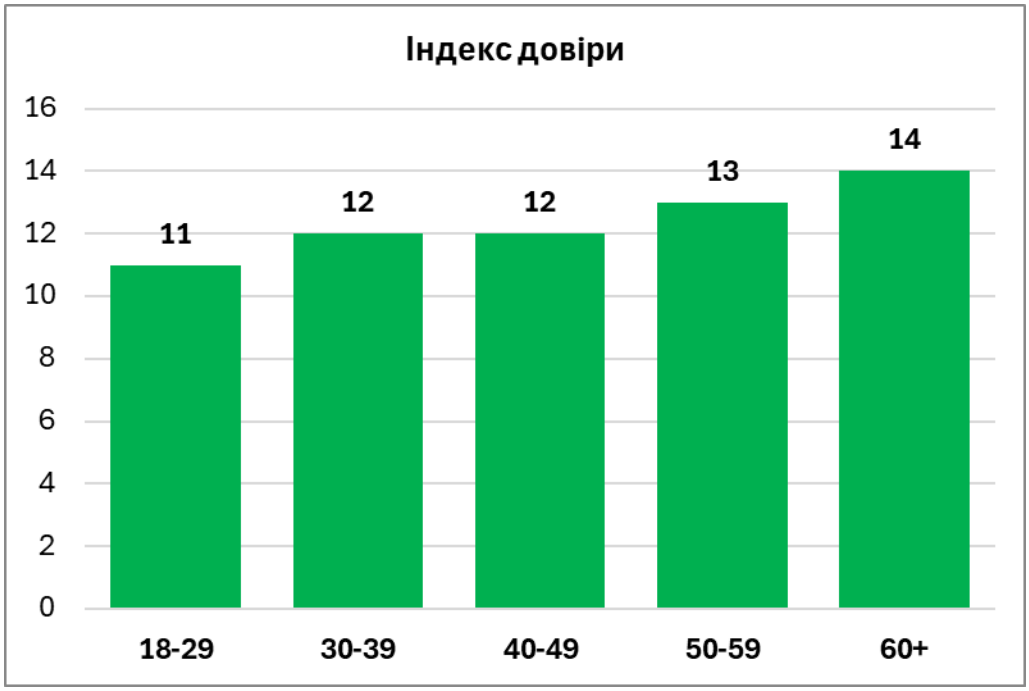
Наші дані підтверджують те, про що ми писали на початку цього розділу, – є позитивна кореляція між рівнем стресу та довірою до інших людей (Рисунок 46). На діаграмі показаний зв'язок між рівнями стресу (низький, помірний, високий) та рівнем міжособистісної довіри. Значення індексу довіри суттєво нижче для людей з високим рівнем стресу (10 проти 14). Регресійний аналіз (Додаток 9.2) показує, що є статистично значимий зв'язок між довірою та рівнем стресом при контролі основних соціально-демографічних показників.

Рисунок 46. Зв'язок рівня довіри та стресу



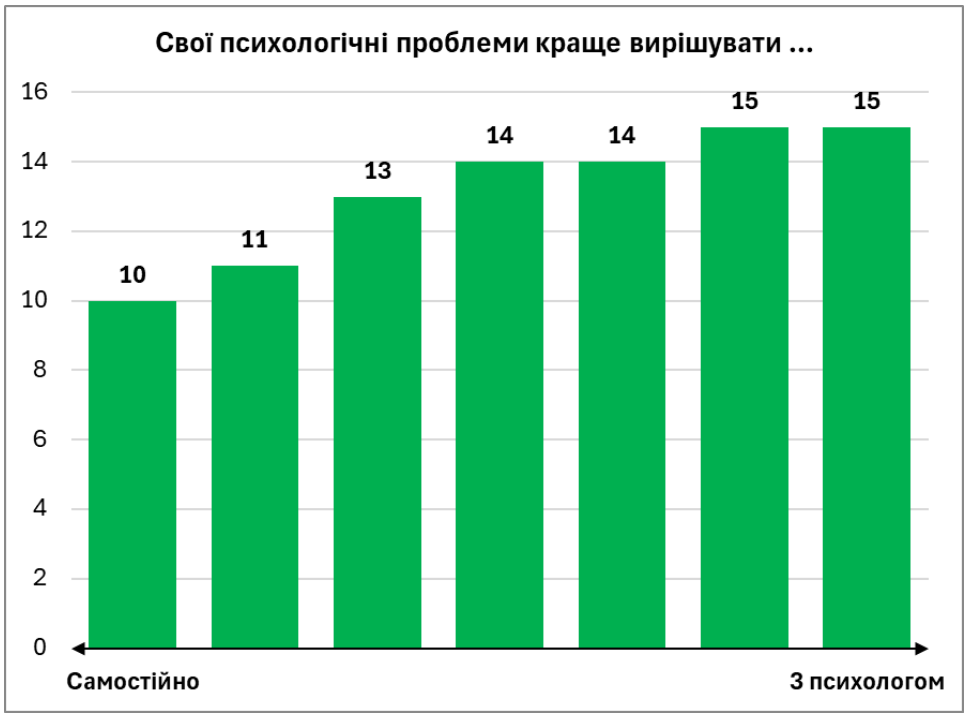
Із віком рівень довіри зростає (Рисунок 47). Найнижчий рівень довіри серед молоді віком 18-29 років (11), а найвищий – серед людей віком 60+ років (14). Можливо, старші люди більше довіряють іншим через більший життєвий досвід та кількість соціальних зв'язків. Також хочемо відзначити, що зростання довіри із віком є поступовим та стабільним.

Рисунок 47. Індекс довіри: вік



Цікавим є зв'язок між рівнем індексу довіри та відповідями на запитання про те, як краще вирішувати свої психологічні проблеми (самостійно або з психологом) (Рисунок 48). Графік показує, що респонденти, які вважають, що свої психологічні проблеми краще вирішувати з психологом, мають найвищий індекс соціальної довіри. Найнижчий індекс соціальної довіри спостерігається серед тих, хто вважає за краще вирішувати проблеми самостійно. Це може свідчити про те, що рівень довіри до інших впливає і на те, як людина розв'язує свої проблеми – робить це самостійно або звертається за допомогою до інших, включаючи психологів.

Рисунок 48. Зв'язок між довірою та способом вирішення психологічних проблем



Висновки

Загальний рівень довіри в Україні за всіма трьома показниками є відносно низьким порівняно з більшістю європейських країн, які брали участь у десятій хвилі *European Social Survey*.

Існує **гендерна різниця** у рівні довіри: жінки демонструють дещо вищий рівень довіри, ніж чоловіки.

У **порівнянні із з результатами опитування інституту соцілогії НАНУ 2005 року** знизилася кількість людей, які вважають, що більшості людей можна довіряти. Натомість трохи зросла кількість українців, які вважають, що люди намагаються допомагати іншим, та майже не змінилась кількість тих, хто вважає, що люди поводяться чесно.

Відповіді на запитання про **місце Бога у житті людини** достатньо поляризовані та розподілилися на три великих групи: ті, для кого Бог важливий, не важливий, та ті, хто не можуть визначитися.

Існує зв’язок між **довірою та способом вирішення психологічних проблем**. Люди, які довіряють іншим, частіше відповідають, що психологічні проблеми краще вирішувати із психологом, ніж самостійно.

Існує зв’язок між **довірою до інших та рівнем стресу**. Вищі рівні довіри корелюють з нижчими рівнями стресу.

8. Ставлення до різних надавачів послуг у сфері психічного здоров'я. Результати експерименту

8.1. Дизайн експерименту

В темі психічного здоров'я є багато дискусійних запитань. Одне з них – чи має значення як саме назвати заклад чи фахівця, який буде надавати допомогу у сфері психічного здоров'я? Тому що окремі слова можуть викликати негативне та упереджене ставлення. Наприклад, для деяких людей «психіатрична лікарня» асоціюється з лікуванням важких психічних захворювань, і тому вони будуть уникати їх відвідування. Натомість, скажімо, «центр психічного благополуччя» звучить вже більш позитивно та дружелюбно, що може зменшувати страх та підвищувати ймовірність того, що людина звернеться в цей центр.

В останні роки в Україні також експериментують з різними назвами для послуг психосоціальної підтримки. Так, державні та міжнародні програми, які займаються створенням та розвитком центрів психологічної допомоги, уникають використання таких слів як, наприклад, «психіатричний» або навіть «психологічний», і шукають «м'якіші» назви для того, щоб мінімізувати стигму. В якості прикладів можна навести:

- **Центри життєстійкості.** Створюються Міністерством соціальної політики України[15,16] в рамках програми ментального здоров'я «Ти як?» [17].
- **Центри психічного здоров'я.** Їх розвитком опікується проєкт «Психічне здоров'я для України» (MH4U)[18].
- **Центри ментального здоров'я,** які створюються у кластерних лікарнях в рамках проєкту МОЗ «Охорона психічного здоров'я у структурі медичної допомоги» [19].

Крім того, останнім часом докладається багато зусиль для підвищення доступності психологічних послуг. Робиться це у тому числі через надання послуг з ментального здоров'я

[15] Постанова КМУ «Про організацію діяльності та забезпечення функціонування центрів життєстійкості» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/83-2024-п#Text

[16] Сорок вісім нових Центрів життєстійкості відкрилися по всій Україні та приймають відвідувачів https://www.msp.gov.ua/news/23700.html

[17] Всеукраїнська програма ментального здоров'я. Пріоритетні проекти https://howareu.com/pro-prohramu#section219

[18] Новини проєкту MH4U https://www.mh4u.in.ua/newsletter/

[19]Центри ментального здоров'я з'являться у кластерних лікарнях вже цього року https://www.kmu.gov.ua/news/tsentry-mentalnoho-zdorovia-ziavliatsia-u-klasternykh-likarniakh-vzhe-tsoho-roku

на рівні первинної ланки медичної допомоги[20]. За словами першої леді Олени Зеленської[21], в рамках програми ВООЗ mhGAP пройшли навчання майже 100 тисяч медичних працівників первинної ланки: сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, фельдшерів, медсестер. І тепер вони можуть надавати допомогу людям із найбільш поширеними психічними розладами (наприклад, депресія, тривожність), якщо вони легкого або помірного ступеня тяжкості, та людина не хоче звертатися до фахового спеціаліста (психолога, психотерапевта, психіатра)[22].

У цьому дослідженні ми вирішили перевірити, 1) чи справді "ментальне здоров'я" сприймається краще, ніж "психологічна допомога"; 2) чи сприймається негативно "психіатр"; 3) чи асоціюють респонденти сімейних лікарів з наданням психологічної допомоги.

Для перевірки даних гіпотез було використано експериментальний дизайн. Усіх респондентів було випадковим чином поділено на п'ять груп (майже рівних за кількістю опитаних). Кожна з них побачила наступний текст:

«Уявіть ситуацію. Знайома людина вже деякий час скаржилась на підвищену тривожність, пригнічений настрій або розлади сну. Минулого тижня вона звернулася до [спеціаліст або назва центру з переліку нижче] з цією проблемою та розповіла Вам про це.»

Ми обрали наступні назви професій та центрів надання психологічних послуг:

- Група 1. Сімейний лікар
- Група 2. Психолог
- Група 3. Психіатр
- Група 4. Центр психологічної допомоги
- Група 5. Центр ментального здоров'я

Кожен респондент бачив лише одну назву і не знав про інші існування інших варіантів. Після чого він або вона відповідали на два запитання:

1) *На вашу думку, наскільки звернення до [спеціаліста, центру] допоможе Вашій знайомій людині?*
2) *Чи рекомендували б Ви іншим знайомим звернутися в такій ситуації за допомогою до [даного спеціаліста, центру]?*

---

[20]Послуга з ментального здоров'я у кабінеті сімейного лікаря https://howareu.com/materials/posluha-z-mentalnoho-zdorovia

[21]Олена Зеленська: Співпраця України та ВООЗ важлива для фізичного й ментального здоров'я українців. https://www.president.gov.ua/news/olena-zelenska-spivpracya-ukrayini-ta-vooz-vazhliva-dlya-fiz-90969

[22]Програма mhGAP: що вона дає лікарям «первинки». https://umj.com.ua/uk/novyna-242726-programa-mhgap-shho-vona-daye-likaryam-pervinki

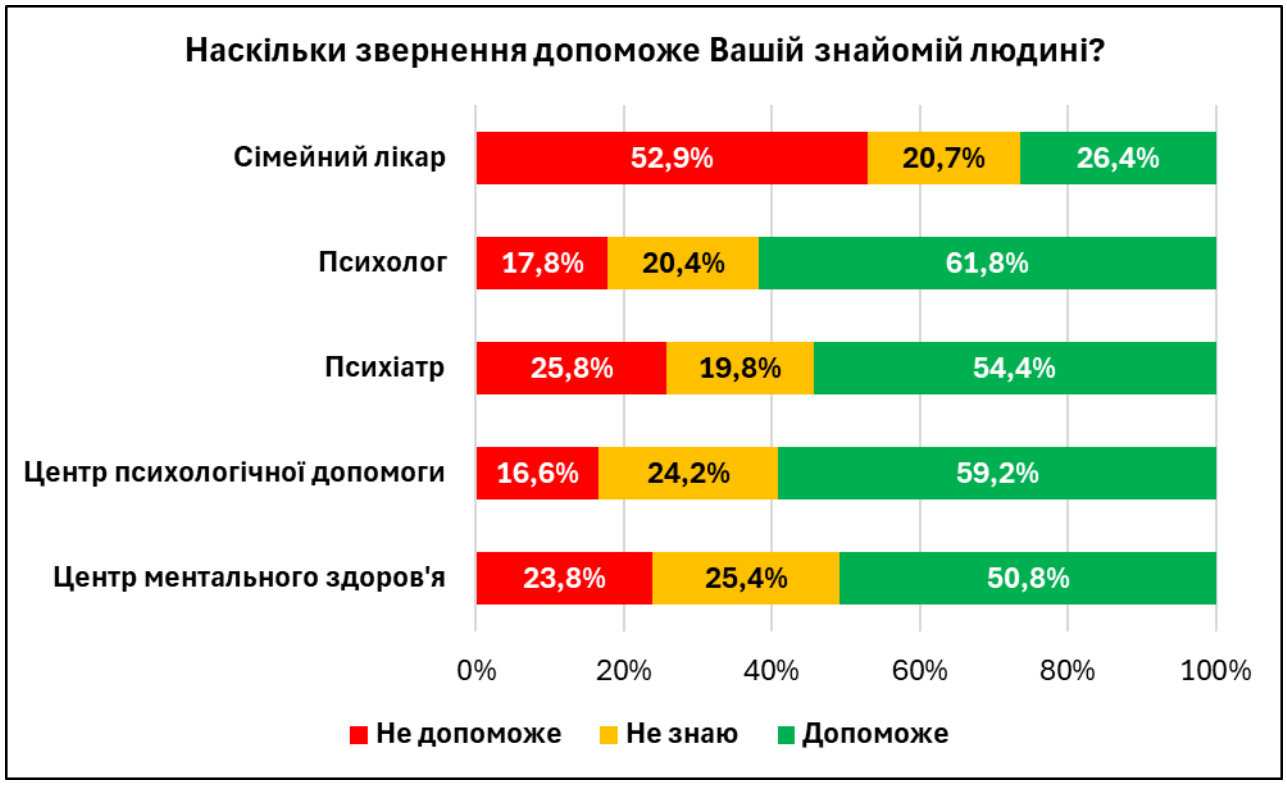
Обидва запитання мали 7-бальну шкалу відповідей: від «не допоможе» (1) до «допоможе» (7) для першого питання і від “ні” (1) до “так” (7) для другого питання. Для аналізу всі відповіді перекодовувалися наступним чином: 1-3 – «не допоможе»/«ні», 4 – «не знаю», 5-7 – «допоможе»/«так».

8.2. Результати експерименту

8.2.1. Перше запитання *«На вашу думку, наскільки звернення до [спеціаліста, центру] допоможе Вашій знайомій людині?»*

Ми отримали наступні результати. На даний час респонденти не сприймають сімейного лікаря як фахівця, який може надавати психологічну допомогу (Рисунок 49). Половина людей відповіла, що звернення до сімейного лікаря не допоможе вирішити психологічні проблеми. І лише 26% вважають, що сімейні лікарі дійсно можуть допомогти у даній ситуації, що суттєво нижче, ніж для психологів та психіатрів.

Рисунок 49. Відповіді на перше запитання експерименту з фреймингу



Якщо порівнювати очікувану ефективність психологів та психіатрів, то у обох випадках не менше половини респондентів вважають, що таке звернення допоможе покращити стан. При цьому трохи більшу перевагу віддають психологам (62% проти 54%).

Сприйняття центрів психологічної допомоги та центрів ментального здоров'я є достатньо схожим, але у ефективність роботи перших люди вірять більше (59% проти 51%).

Таким чином, дані не підтверджують, що зміна назви (*центр ментального здоров'я* замість *центр психологічної допомоги*) має позитивний ефект. Навпаки люди оцінюють ймовірність покращення стану знайомого вище для центрів психологічної допомоги. Також ми не бачимо негативного ставлення до психіатрів. Респонденти оцінюють ефективність їх роботи на рівні з психологами, хоча і віддають останнім трохи більшу перевагу. Щодо сімейних лікарів, то схоже, що багато людей ще не знають про можливість отримання від них базової психологічної допомоги.

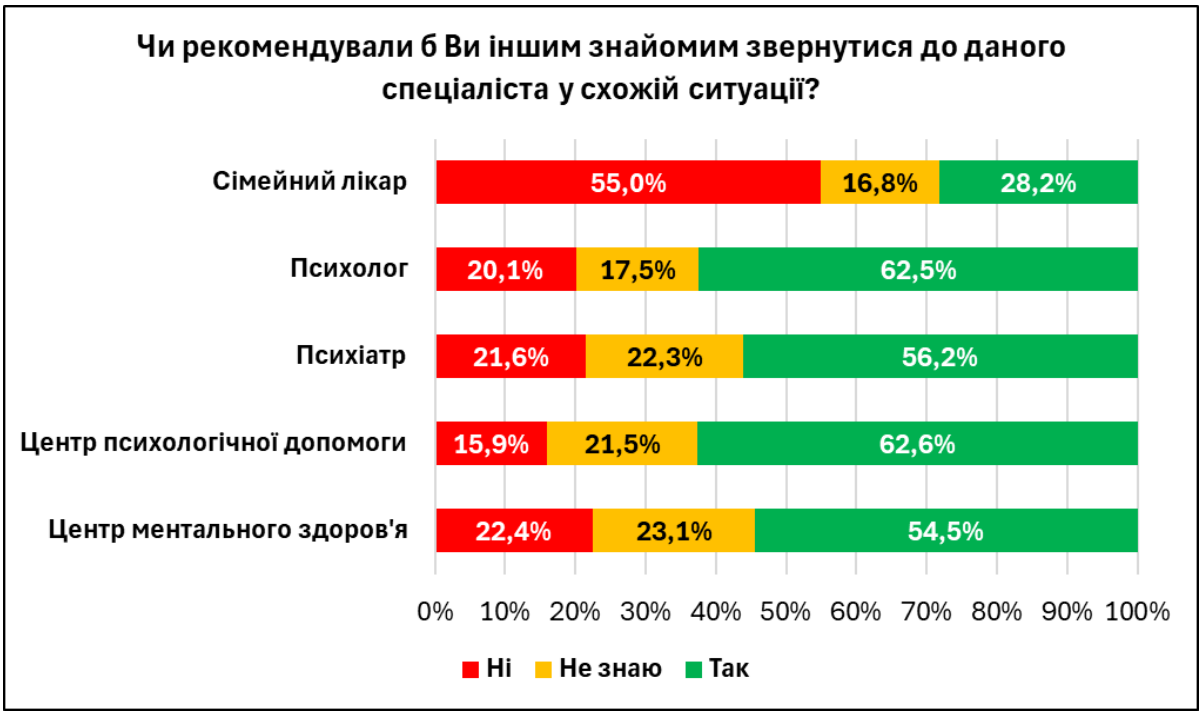
8.2.2. Друге запитання *«Чи рекомендували б Ви іншим знайомим звернутися в такій ситуації за допомогою до [даного спеціаліста, центру]?»*

Розподіл відповідей на друге запитання («*Чи рекомендували б Ви іншим знайомим звернутися в такій ситуації за допомогою до [даного спеціаліста, центру]?»*) дуже схожий з першим питанням (Рисунок 50). Знову можна побачити, що в аутсайдерах сімейні лікарі. Лише 28% опитаних порекомендували б звернутися за психологічною допомогою до них. По психіатрам і психологам картина схожа і знову перевага на боці психологів (63% проти 56%).

Щодо сприйняття центрів психологічної допомоги та центрів ментального здоров'я, то на 8% більше людей рекомендували б знайомій людині звернутися саме до центру психологічної допомоги.

Результати експерименту свідчать, що, по-перше, центри ментального здоров'я не сприймаються краще, ніж центри психологічної допомоги. По-друге, психіатри не викликають набагато більш негативного ставлення, ніж психологи. По-третє, допомога сімейних лікарів сприймається як найменш ефективна.

Рисунок 50. Відповіді на друге запитання експерименту з фреймингу



Ми припускаємо, що такий результат щодо сімейних лікарів пов'язаний з недостатньою обізнаністю щодо програм навчання у сфері ментального здоров'я лікарів первинної ланки. Проте в цьому опитуванні немає достатньо даних, щоб перевірити цю гіпотезу.

У Додатку 9.3 наведено таблицю з результатами регресійного аналізу факторів, що впливають на ставлення до різних надавачів послуг у сфері психічного здоров'я. До найбільш значущих факторів відносяться:

- **Вік**. Чим старша людина, тим гірше вона ставиться до будь-яких надавачів послуг.
- **Стать.** Чоловіки мають більше негативне ставлення, ніж жінки.

8.2.3. Аналіз результатів у розрізі статі, віку та типу населеного пункту

Почнемо з першого запитання *«На вашу думку, наскільки звернення до [спеціаліста, центру] допоможе Вашій знайомій людині?»*

В середньому жінки більше, ніж чоловіки, вірять в ефективність звернень за допомогою до будь-якого спеціаліста/центру: різниця становить від 6 п.п. (для центрів психологічної допомоги) до 21 п.п. (для психіатрів) (Рисунок 51, Рисунок 52). Не підтверджується цей тренд лише для сімейних лікарів. І чоловіки, і жінки однаково низько оцінили імовірність, що він

допоможе у вирішенні психологічної проблеми. Так, 26% жінок та 28% чоловіків вірять, що звернення до сімейного лікаря буде ефективним. Половина чоловіків та 55% жінок вважають, що сімейний лікар не допоможе із психологічними проблемами.

Рисунок 51. Наскільки звернення до даного спеціаліста допоможе: чоловіки/жінки

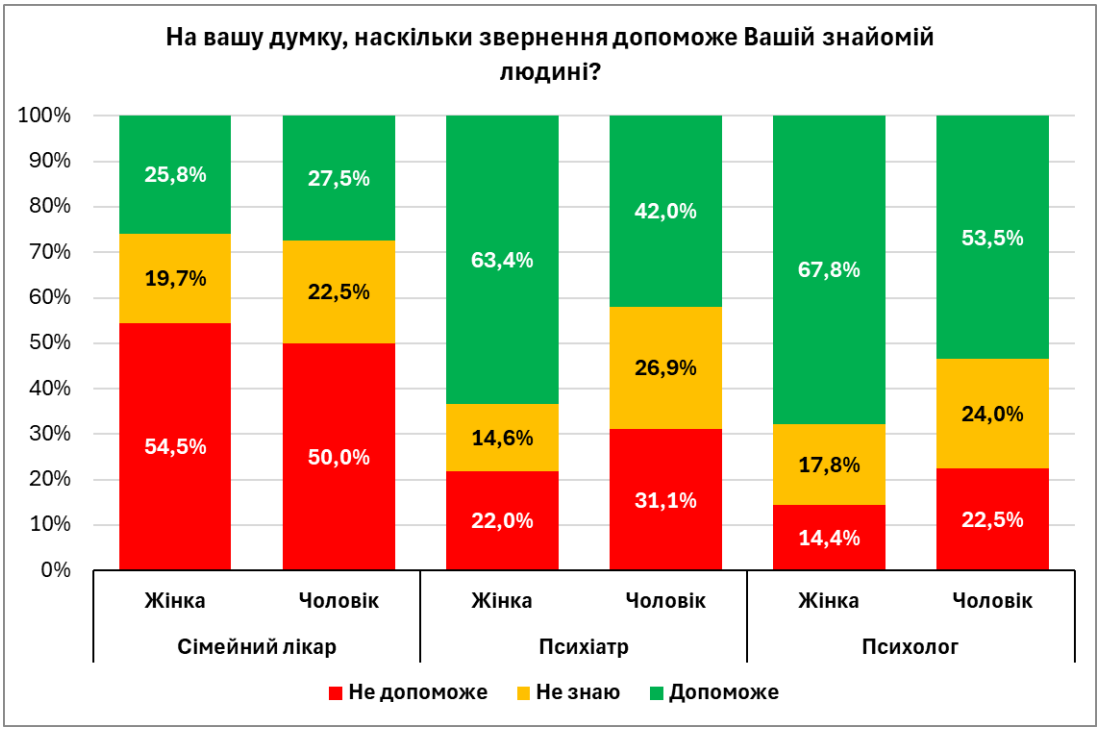
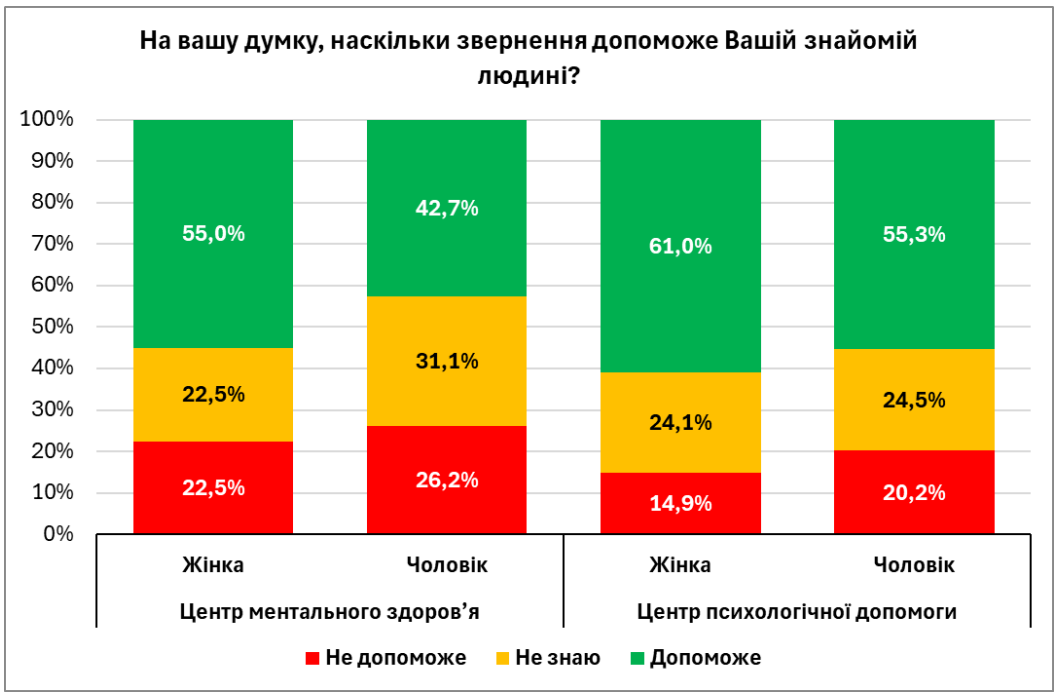


Рисунок 52. Наскільки звернення до даного центру допоможе: чоловіки/жінки



Серед усіх запропонованих варіантів надавачів послуг, чоловіки найвище оцінили центри психологічної допомоги (55% відповіли, що звернення до них допоможе), а жінки - психологів (68% позитивних відповідей).

Якщо подивитися на результати **у розрізі вікових груп**, то бачимо чітку тенденцію, що молоді люди більше вірять в ефективність звернень по психологічну допомогу, ніж старші (Рисунок 53, Рисунок 54). Як і загалом по вибірці, у кожній віковій групі найнижчі результати отримали сімейні лікарі: їм довіряють від 39% (18-29 років) до 20% (40-49 і 50-59 років).

Рисунок 53. Наскільки звернення до даного спеціаліста допоможе: вік

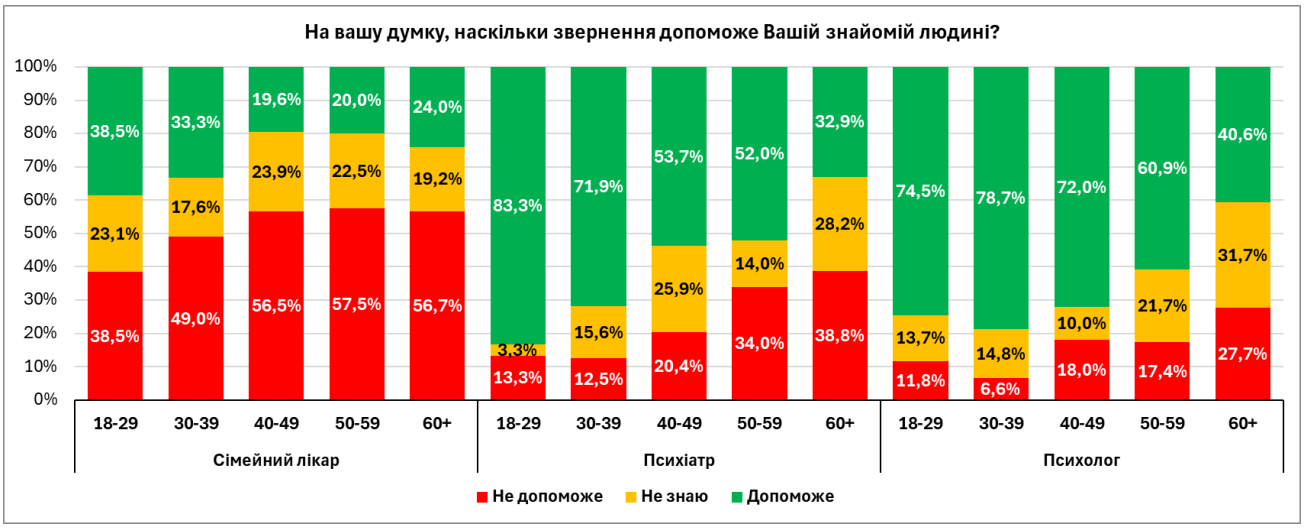
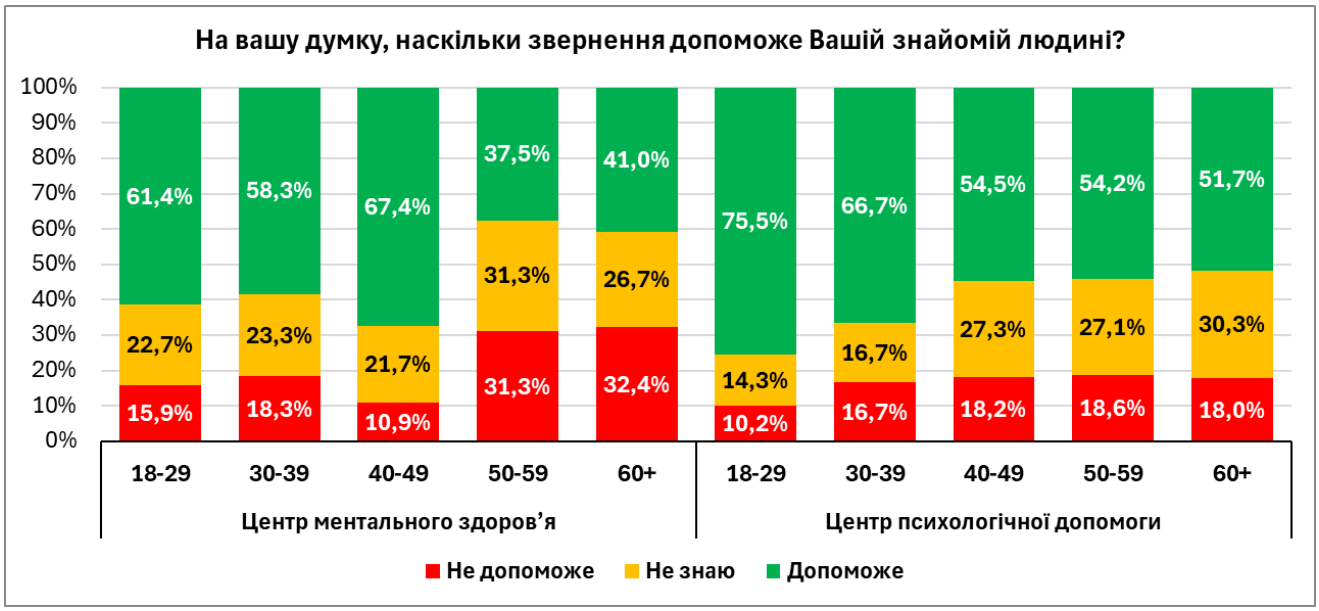


Рисунок 54. Наскільки звернення до даного центру допоможе: вік



Якщо розглянути усі інші варіанти, крім сімейних лікарів, то наймолодша група (18-29 років) найбільше вірить в ефективність звернень до психіатрів: 83% вважає, що вони допоможуть вирішити проблему. Найменше молодь довіряє центрам ментального здоров'я (61%). Водночас, найстарша група (60+ років), навпаки, найменше довіряє саме психіатрам (33%). Ця група найбільше вірить у звернення до центрів психологічної допомоги (52% позитивних відповідей).

В розрізі населених пунктів не спостерігається чітких трендів (Рисунок 55, Рисунок 56). Як і загалом по вибірці, окремо виділяються сімейні лікарі з найнижчим рівнем довіри, при чому найменше вірять в їх можливість вирішення психологічних проблем у селі, тільки 17%. Також у селах найбільша частка людей, які не визначилися зі своїм ставленням до сімейних лікарів - 29%. Найбільше їм довіряють в обласних центрах, майже третина респондентів.

Серед чотирьох інших потенційних надавачів послуг мешканці сіл найбільше довіряють центрам психологічної допомоги (62%), найменше – психологам (52%); мешканці міст найбільше довіряють центрам психологічної допомоги (68%), найменше – психіатрам (44%); в обласних центрах та великих містах найбільш ефективними вважають психологів (71% та 64% відповідно), найменш – центри ментального здоров'я (47% і 53% відповідно).

Рисунок 55. Наскільки звернення до даного спеціаліста допоможе: тип населеного пункту

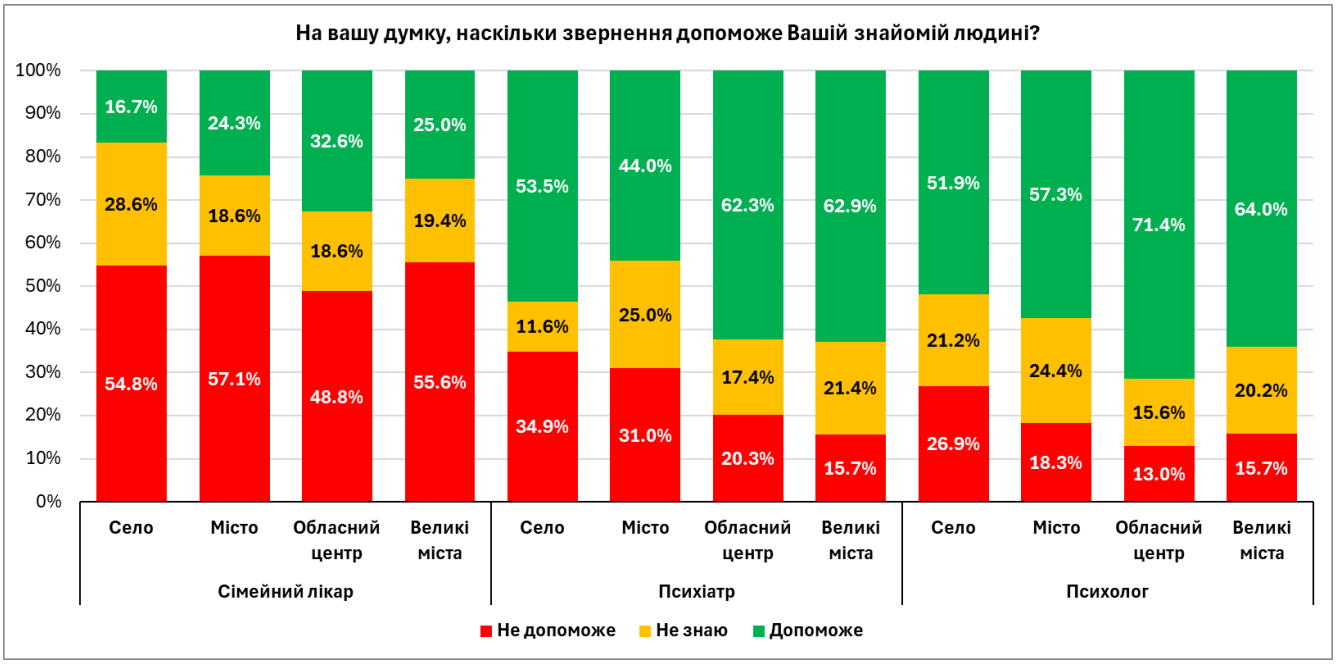
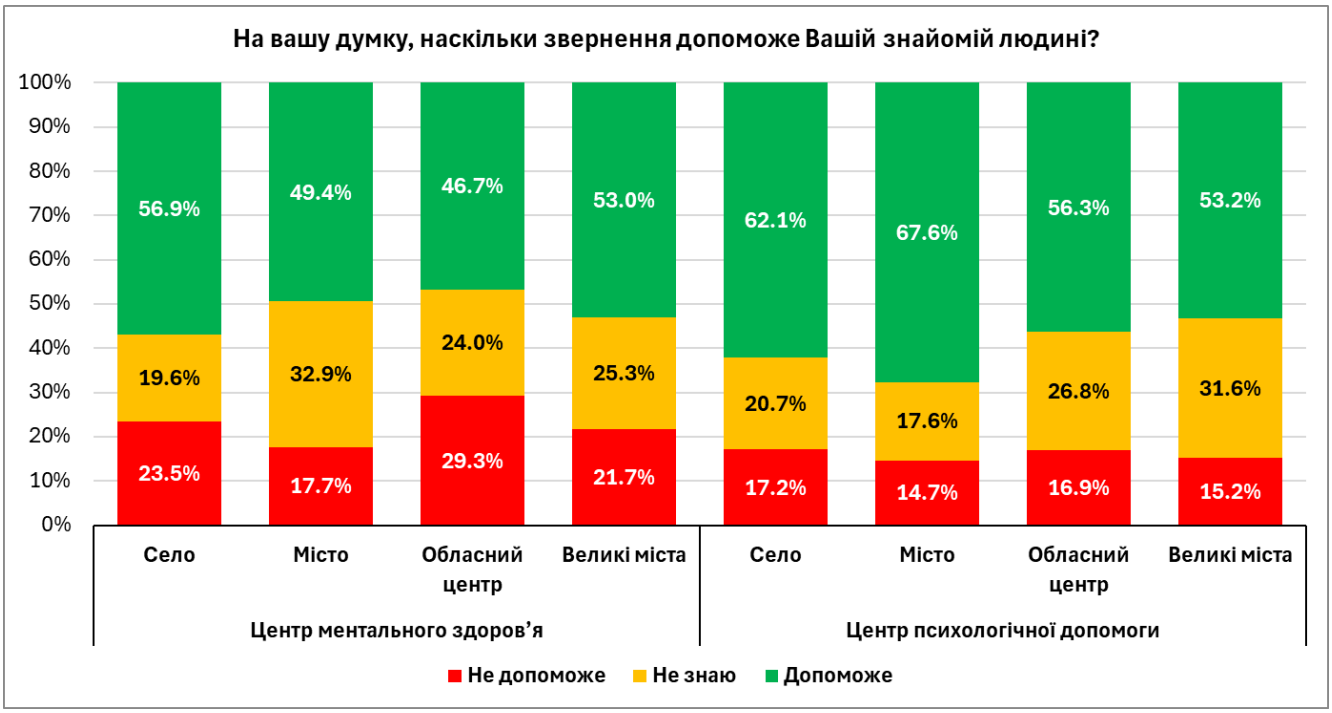


Рисунок 56. Наскільки звернення до даного центру допоможе: тип населеного пункту



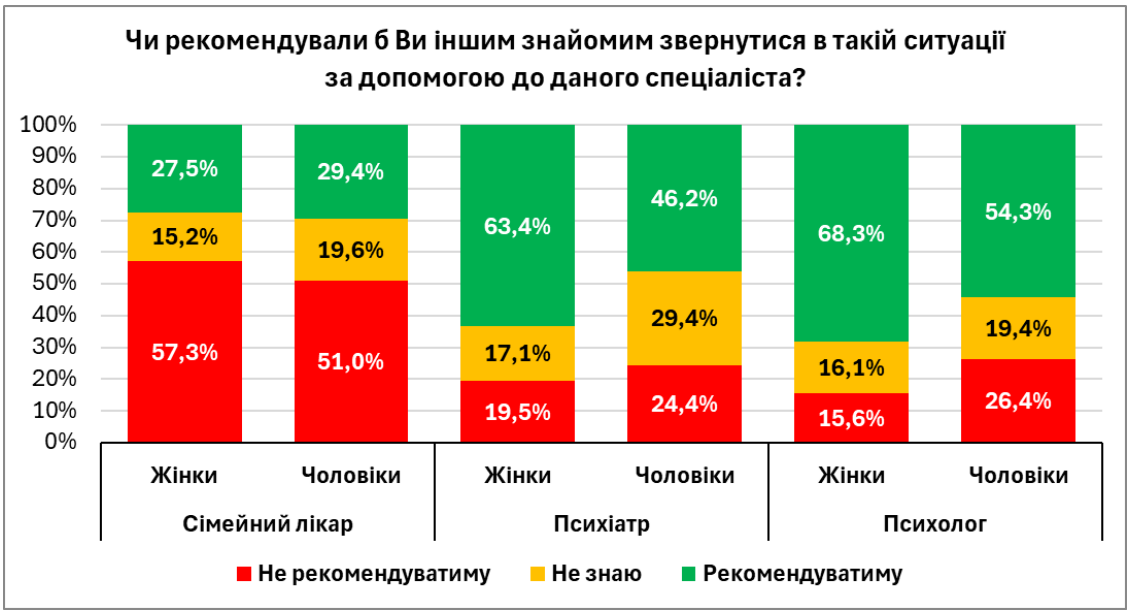
Цікаво, що центри ментального здоров'я, які почали відкривати в Україні лише у 2024 році, а отже вони є новими для більшості українців з точки зору і назви, і послуг, користуються найбільшою довірою серед мешканців сіл.

Щодо другого запитання (*чи рекомендували б ви знайомим звернутися за допомогою до даного спеціаліста/центру*), то ситуація наступна.

Розглянемо гендерні відмінності (Рисунок 57). Жінки більш схильні рекомендувати психіатрів і психологів, ніж чоловіки. Щодо сімейних лікарів різниця менш виражена, але жінки трохи менш схильні їх рекомендувати.

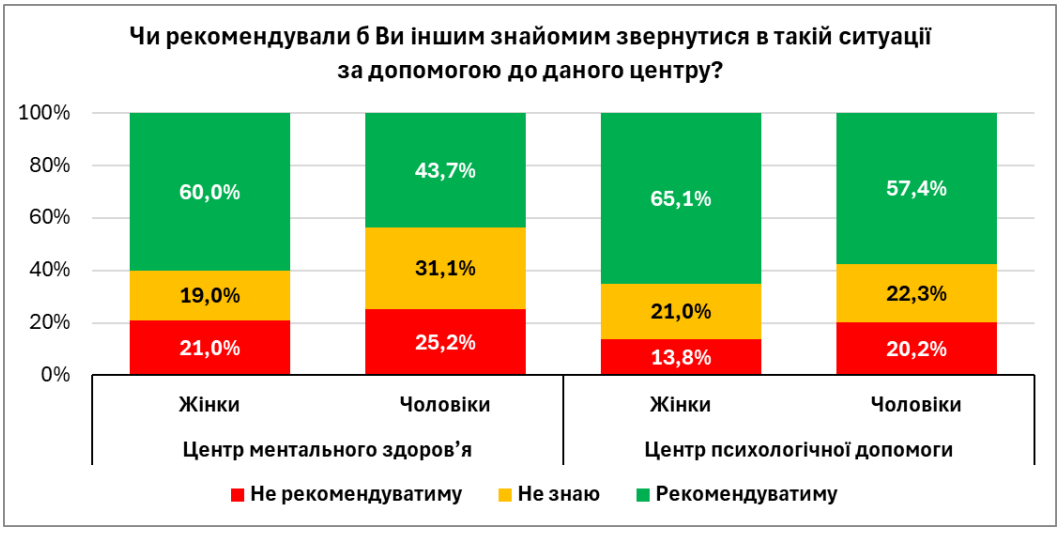
Чоловіки частіше виявляють невпевненість або небажання рекомендувати (відповіді «не знаю»), особливо щодо психіатрів, де практично третина чоловіків (29.4%) не змогла визначитись із тим, чи варто рекомендувати знайомому звернення до психіатра.

Рисунок 57. Чи рекомендували б звернутися до даного спеціаліста: чоловіки/жінки



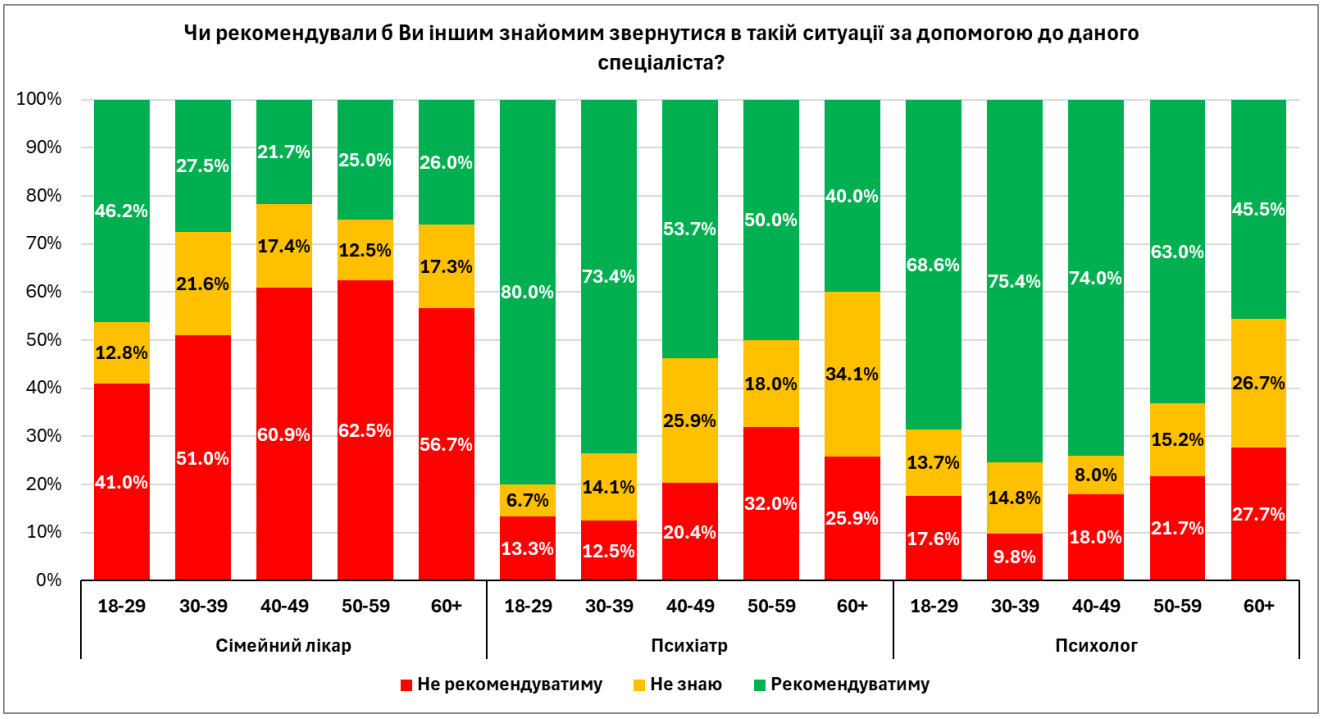
Схожа картина і з центрами по наданню психологічних послуг (Рисунок 58). Жінки загалом більш схильні рекомендувати обидва типи центрів, порівняно з чоловіками. Найсуттєвіша різниця спостерігається у рекомендаціях щодо центрів ментального здоров'я – 60% жінок рекомендували б звернутися до такого центру, порівняно з лише 43.7% чоловіків. До того ж 31.1% чоловіків не змогли визначитися зі ставленням до центрів ментального здоров'я. Об'єднує чоловіків і жінок те, що вони більш позитивно ставляться до центрів психологічної допомоги, ніж до центрів ментального здоров'я.

Рисунок 58. Чи рекомендували б звернутися до даного центру: чоловіки/жінки



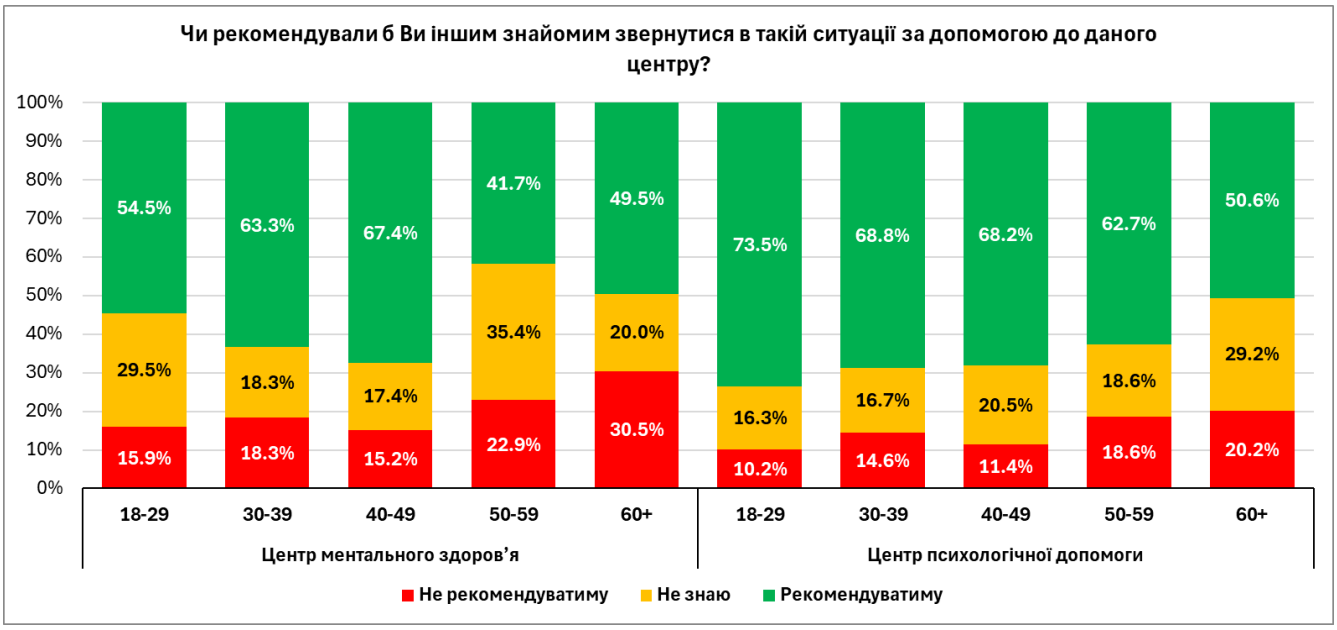
Наступний параметр – вік (Рисунок 59). Вікові групи 18-29 років та 30-39 найбільш схильні рекомендувати звернення до всіх видів спеціалістів. З віком ця готовність зменшується, особливо по відношенню до психіатрів. Старші вікові групи демонструють і більшу невизначеність (відсоток відповідей "Не знаю"). Яскравий приклад – психіатри (34.1% людей у віці 60 років та старше не змогли визначитися із відповіддю). Сімейні лікарі мають найнижчий рівень довіри серед усіх спеціалістів у всіх вікових групах. Психологи користуються найбільшою довірою у всіх вікових категоріях, крім наймолодшої (18-29 років), яка надає перевагу психіатрам.

Рисунок 59. Чи рекомендували б звернутися до даного спеціаліста: вік



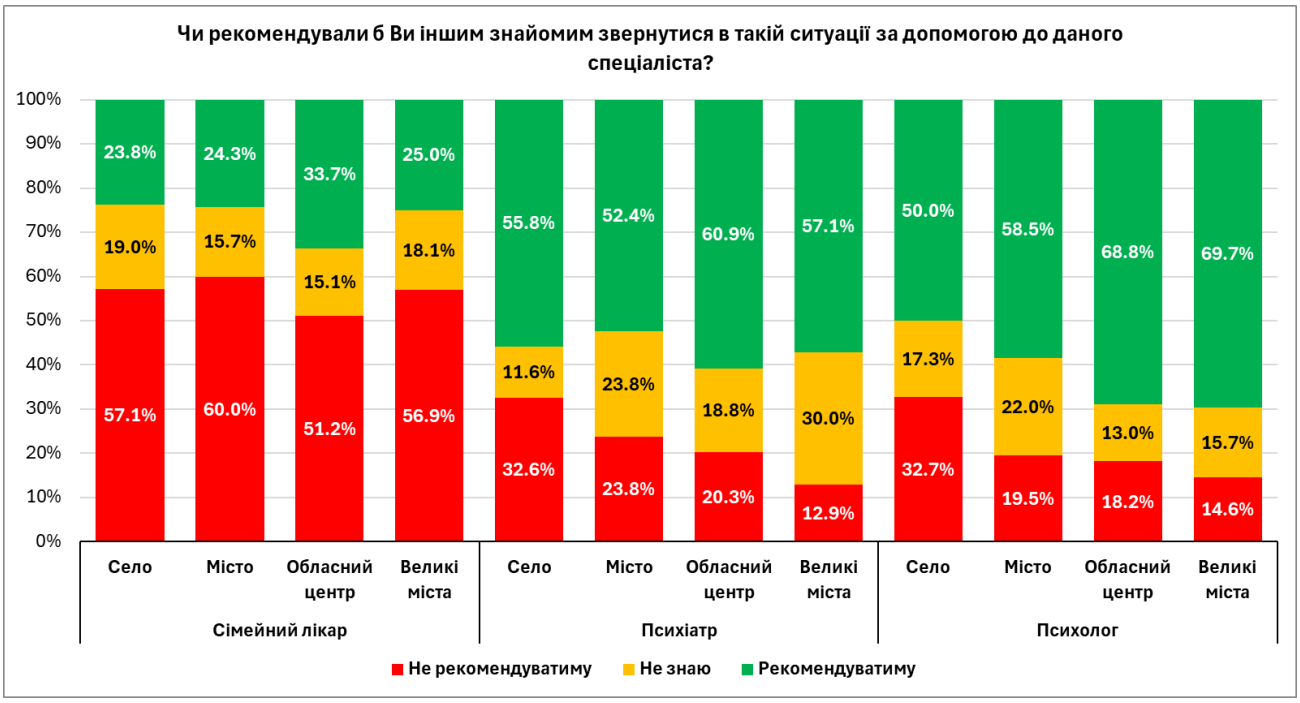
Центри психологічної допомоги (Рисунок 60) користуються більшою довірою, ніж центри ментального здоров'я у всіх вікових групах. З віком спостерігається тенденція до повільного зниження рівня довіри до центрів психологічної допомоги (з 74% до 51%). Щодо центрів ментального здоров’я, то картина дещо змішана. З 18 до 49 років вона поступово зростає, а потім різко зменшується. Старші вікові групи (50-59 та 60+) показують найнижчі рівні довіри до обох центрів.

Рисунок 60. Чи рекомендували б звернутися до даного центру: вік



Існують певні відмінності у ставленні мешканців різних типів населених пунктів до спеціалістів, які надають психологічну допомогу (Рисунок 61).

Рисунок 61. Чи рекомендували б звернутися до даного спеціаліста: тип населеного пункту



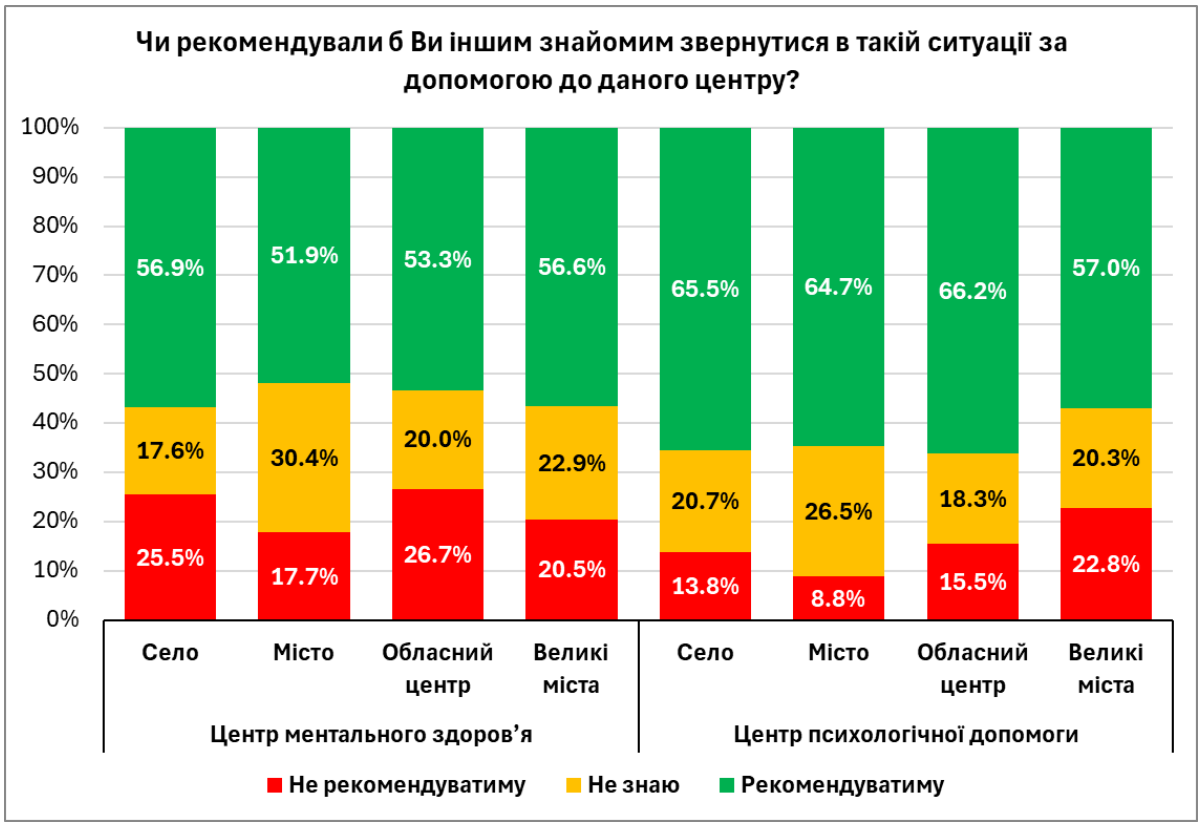
Сімейні лікарі користуються найбільшою підтримкою в обласних центрах. Хоча все одно у всіх типах населених пунктів не менше половини респондентів не рекомендували б знайомому звертатися до них за психологічною допомогою .

До психіатрів дещо суперечливе ставлення. З одного боку, у всіх типах населених пунктів більше половини людей рекомендували б звернутися до них. Крім того, із зростанням розміру населеного пункти зменшується відсоток тих, хто не рекомендував би звернення до них. З іншого, ми бачимо, що у великих містах, містах та обласних центрах є достатньо великі групи людей, які не можуть визначитися у своєму ставленні до них.

Щодо психологів, то довіра до них зростає із зростанням розмірів населеного пункту. В цілому вони користуються найвищою довірою в обласних центрах і великих містах, де рівень довіри до них перевищує довіру до психіатрів. Трохи несподіваним є те, що мешканці сіл навпаки більше довіряють психіатрам, ніж психологам.

Рівень підтримки центрів ментального здоров'я достатньо схожий (Рисунок 62) та коливається від 52% у містах до 57% у селах та великих містах. Також привертає увагу, що 30% людей, які мешкають у містах, не змогли визначитися із відповіддю.

Рисунок 62. Чи рекомендували б звернутися до даного центру: тип населеного пункту



Центри психологічної допомоги користуються найбільшою підтримкою у всіх типах населених пунктів, окрім великих міст, де рівні довіри до центрів психологічної допомоги (57%) та ментального здоров'я (56.6%) фактично збігаються. Як і у випадку з центрами ментального здоров'я, достатньо велика частка мешканців міст не можуть визначитися зі ставленням до таких центрів (26.5% відповіли «не знаю»).

Загальна тенденція показує, що центри психологічної допомоги отримують більшу підтримку, ніж центри ментального здоров'я, у селах, містах та обласних центрах.

Висновки

У можливості **сімейних лікарів** допомогти з психологічними проблемами респонденти вірять значно менше, ніж іншим надавачам послуг. Можливо, це пов'язано з тим, що багато не знають про навчання сімейних лікарів основам психологічної допомоги.

Люди не мають негативного ставлення до **психіатрів** і довіряють їм приблизно так само, як психологам, центрам ментального здоров'я та психологічної допомоги. Найбільше довіряють психіатрам молодші вікові групи та жінки та жителі обласних центрів та великих міст.

Центри ментального здоров'я не асоціюються з більшою ефективністю, ніж центри психологічної допомоги.

Жінки та молодші люди більше вірять, що звернення до запропонованих фахівців допоможе вирішити психологічні проблеми, ніж чоловіки та люди старшого віку.

Мешканці обласних центрів та великих міст більше довіряють психіатрам і психологам, ніж жителі сіл і міст. Проте останні більше вірять в ефективність центрів ментального здоров'я і центрів психологічної допомоги, ніж спеціалістам.

9. Додатки

9.1. Запитання опитувальника PSS-10

Як часто протягом останнього місяця Ви ...

(1 – ніколи; 7 - постійно)

1) Були засмучені через щось, що сталося неочікувано?
2) Відчували, що не здатні контролювати важливі речі у своєму житті?
3) Відчували нервову напругу чи стрес?
4) Відчували, що здатні впоратися з проблемами та неприємностями?
5) Відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли?
6) Помічали, що не можете впоратися з усіма справами, які вам потрібно зробити?
7) Відчували, що були здатні контролювати роздратування?
8) Відчували, що діяли успішно?
9) Відчували роздратування через події, які траплялися та були поза вашим контролем?
10) Вам здавалося, що труднощів накопичилося так багато, що ви не здатні їх подолати?

9.2. Регресійний аналіз факторів, що впливають на рівень стресу (PSS-10)

	PSS-10 *Beta (SE)*
Індекс ESS	$\mathbf{-0.189}^{***}$ $(\mathbf{0.024})$
Стать	
Жінка	—
Чоловік	$\mathbf{-1.739}^{***}$ $(\mathbf{0.314})$
Вік	
18-29	—
30-39	-0.764 (0.552)
40-49	$\mathbf{-1.301}^{**}$ $(\mathbf{0.570})$
50-59	$\mathbf{-2.149}^{***}$ $(\mathbf{0.588})$
60+	$\mathbf{-3.798}^{***}(\mathbf{0.584})$
Тип населеного пункту	
Село	—
Місто	0.479 (0.446)
Обласний центр	0.374 (0.442)
Велике місто (Київ, Харків, Одеса, Львів, Дніпро)	0.314 (0.452)
Сімейний статус	
Одружені, проживаємо разом	—
Одружені, проживаємо окремо	0.838 (0.633)
Неодружені, є партнер, проживаємо разом	1.031^{*} (0.602)
Неодружені, є партнер, проживаємо окремо	-0.465 (0.689)
Неодружені, немає партнера	0.742^{*} (0.404)
Вдівець / Вдова	0.162 (0.529)
Інше	0.135 (0.704)
Чи є у Вас діти віком молодше 18 років? (1 = Так, 0 = Ні)	-0.026^{*} (0.015)
Чи маєте Ви роботу зараз?	
Працюю	—
Не працюю	$\mathbf{1.530}^{***}$ $(\mathbf{0.367})$
Не працюю, догляд за дитиною	0.997 (0.932)
Не працюю, навчання	0.322 (0.870)
На пенсії, інвалідність	$\mathbf{1.071}^{**}$ $(\mathbf{0.468})$
N	1,386

Рівні статистичної значущості $* \ p < 0.10, \ ** \ p < 0.05, \ *** \ p < 0.01$

9.3. Регресійний аналіз факторів, що впливають на ставлення до різних надавачів послуг у сфері психічного здоров'я

	Ставлення до різних надавачів послуг Beta (SE)
Стать	
Жінка	—
Чоловік	$\mathbf{-0.388}^{***}$ $\mathbf{(0.088)}$
Вік	
18-29	—
30-39	-0.175 (0.146)
40-49	$\mathbf{-0.536}^{***}$ $\mathbf{(0.153)}$
50-59	$\mathbf{-0.772}^{***}$ $\mathbf{(0.151)}$
60+	$\mathbf{-0.884}^{***}$ $\mathbf{(0.133)}$
Тип населеного пункту	
Село	—
Місто	0.037 (0.128)
Обласний центр	0.187 (0.129)
Велике місто (Київ, Харків, Одеса, Львів, Дніпро)	0.204 (0.128)
Фреймінг	
Психолог	—
Сімейний лікар	$\mathbf{-1.455}^{***}$ $\mathbf{(0.132)}$
Психіатр	-0.196 (0.132)
Центр психологічної допомоги	0.057 (0.131)
Центр ментального здоров'я	$\mathbf{-0.293}^{**}$ $\mathbf{(0.129)}$
N	1,400

Рівні статистичної значущості $* \ p < 0.10, \ ** \ p < 0.05, \ *** \ p < 0.01$

9.4. Список рисунків

Рисунок 1. Розподіл респондентів за віком 8
Рисунок 2. Розподіл респондентів за типом населеного пункту 8
Рисунок 3. Розподіл респондентів за сімейним статусом* 9
Рисунок 4. Чи є у Вас діти віком молодше 18 років? 9
Рисунок 5. Чи маєте Ви роботу зараз?* 10
Рисунок 6. Розподіл респондентів за фінансовим статусом* 10
Рисунок 7. Служба в ЗСУ* 11
Рисунок 8. Розподіл за мовою спілкування вдома* 11
Рисунок 9. Приклад запитання про ставлення до психологів 12
Рисунок 10. Ставлення до психологів та психологічної допомоги 13
Рисунок 11. Дендрограма ієрархічної кластеризації 15
Рисунок 12. Кластери ставлення до психологів 16
Рисунок 13. Кластери ставлення: чоловіки/жінки 16
Рисунок 14. Кластери ставлення: вік 17
Рисунок 15. Кластери ставлення: фінансове благополуччя 18
Рисунок 16. Кластери ставлення: досвід звернення 18
Рисунок 17. Попередній досвід терапії та оцінка її ефективності 19
Рисунок 18. Кластери ставлення: власна оцінка потреби у психологічній допомозі 20
Рисунок 19. Приклад запитання про бар’єри 21
Рисунок 20. Відповіді на питання про бар’єри до звернення по психологічну допомогу 22
Рисунок 21. Бар’єри: чоловіки та жінки 23
Рисунок 22. Бар'єр «тривалість терапії»: вік 23
Рисунок 23. Бар'єр «сторонній людині важко відкритися»: вік 24
Рисунок 24. Бар’єри «групова та соціальна норми»: вік 25
Рисунок 25. Бар'єри «стан може погіршитися» та «йти, коли погано»: вік 26
Рисунок 26. Джерела інформації про психологічну допомогу* 28
Рисунок 27. Досвід отримання психологічної допомоги 31
Рисунок 28. Досвід отримання психологічної допомоги: розподіл за віком 31
Рисунок 29. Попередній досвід терапії та власна оцінка її ефективності 32
Рисунок 30. Розподіл відповідей на запитання «Чому Ви не звернулись за психологічною допомогою?» 33
Рисунок 31. Розподіл оцінок Шкали сприйнятого стресу (PSS-10) 35
Рисунок 32. Групи за рівнем стресу (кластерізація) 36
Рисунок 33. Рівень стресу (PSS-10) серед респондентів 36
Рисунок 34. Рівень стресу (PSS-10) в залежності від статі 37
Рисунок 35. Рівень стресу (PSS-10) для різних вікових категорій 38

Рисунок 36. Зв'язок між рівнем стресу (PSS-10) та а) власною оцінкою психоемоційного стану, б) потребою у психологічній допомозі 40
Рисунок 37. Способи покращення власного психоемоційного стану* 41
Рисунок 38. Способи покращення власного стану для жінок та чоловіків 42
Рисунок 39. Досвід війни* 44
Рисунок 40. Залежність рівня стресу від кількості негативних подій, свідком або учасником яких став респондент 44
Рисунок 41. ESS1: Людям можна довіряти чи варто бути обережним 48
Рисунок 42. ESS2: Люди намагаються використати інших чи поводяться чесно 49
Рисунок 43. ESS3: Люди дбають про власний інтерес або допомагають іншим 50
Рисунок 44. Роль Бога у житті людини 51
Рисунок 45. Зв'язок довіри до інших та ролі Бога у житті людини 52
Рисунок 46. Зв'язок рівня довіри та стресу 52
Рисунок 47. Індекс довіри: вік 53
Рисунок 48. Зв'язок між довірою та способом вирішення психологічних проблем 54
Рисунок 49. Відповіді на перше запитання експерименту з фреймингу 57
Рисунок 50. Відповіді на друге запитання експерименту з фреймингу 59
Рисунок 51. Наскільки звернення до даного спеціаліста допоможе: чоловіки/жінки 60
Рисунок 52. Наскільки звернення до даного центру допоможе: чоловіки/жінки 60
Рисунок 53. Наскільки звернення до даного спеціаліста допоможе: вік 61
Рисунок 54. Наскільки звернення до даного центру допоможе: вік 61
Рисунок 55. Наскільки звернення до даного спеціаліста допоможе: тип населеного пункту 62
Рисунок 56. Наскільки звернення до даного центру допоможе: тип населеного пункту 63
Рисунок 57. Чи рекомендували б звернутися до даного спеціаліста: чоловіки/жінки 64
Рисунок 58. Чи рекомендували б звернутися до даного центру: чоловіки/жінки 64
Рисунок 59. Чи рекомендували б звернутися до даного спеціаліста: вік 65
Рисунок 60. Чи рекомендували б звернутися до даного центру: вік 66
Рисунок 61. Чи рекомендували б звернутися до даного спеціаліста: тип населеного пункту 66
Рисунок 62. Чи рекомендували б звернутися до даного центру: тип населеного пункту 67

9.5. Список таблиць

Таблиця 1. Кореляція між відповідями на запитання про ставлення до психологів 14
Таблиця 2. Джерела інформації про психологічну допомогу: жінки та чоловіки 29
Таблиця 3. Джерела інформації про психологічну допомогу: віковий розподіл 30
Таблиця 4. Порівняння середніх значень PSS-10 для США та України 39
Таблиця 5. Способи покращення власного стану при різних рівнях стресу* 42
Таблиця 6. Порівняння України з даними десятої хвилі European Social Survey 48
Таблиця 7. Зміна рівня довіри в Україні (2024 р. до 2005 р.) 50