

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Факультет філології, психології та педагогіки

Кафедра психології та педагогіки
Спеціальність 053 «Психологія»
Очна форма навчання 2 курс другого (магістерського) рівня вищої освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН
У РОДИНАХ ІЗ ВЕНЕРИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ»

Виконала студентка гр. 601-ФП
_____.2025 р.
Івашевська Алла Іллівна

Керівник кваліфікаційної
роботи
_____2025 р.
к. пед. н., доцент
Гришко Ольга Іванівна

Робота допущена до захисту:
Завідувачка кафедри психології та педагогіки Клевака Л.П.
_____.2025 р. _____(підпис)

Полтава 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН У РОДИНАХ ІЗ ВЕНЕРИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
1.1. Загальна характеристика венеричних захворювань.....	9
1.2. Психологічні особливості хворих венеричними захворюваннями...	18
1.3. Сімейні взаємини у пацієнтів із венеричними захворюваннями	24
Висновки до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ ІІ МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН У РОДИНАХ ІЗ ВЕНЕРИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
2.1. Огляд та обґрунтування методик.....	32
2.2. Методика «Шкала сімейного оточення» R. H. Moos.....	34
2.3. Методика «Незакінчені речення» Сакса і Сіднея.....	36
2.4. Опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (за А.М. Волковим).....	37
2.5. Методика «Характер взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях» (Ю. Альошина, Л.Я Гозман, О.М. Дубровська).....	41
Висновки до другого розділу.....	42
РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН У РОДИНАХ ІЗ ВЕНЕРИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
3.1. Організація емпіричного дослідження.....	44
3.2. Загальна характеристика рольових очікувань і домагань у шлюбі у подружніх пар.....	46
3.3. Сімейні взаємини у родинах із венеричними захворюваннями.....	53
3.4. Специфіка взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях.....	61
Висновки до третього розділу.....	76
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85
ДОДАТКИ.....	93

ВСТУП

Актуальність дослідження. Вивчення психологічних особливостей сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями має високу актуальність у сучасному науковому та соціально-практичному контексті. Венеричні хвороби не обмежуються лише медичними наслідками, а значною мірою впливають на психоемоційний стан пацієнтів та їхніх партнерів, формуючи особливу динаміку міжособистісних відносин у сім'ї. Наявність хронічного чи рецидивуючого захворювання часто стає джерелом психологічного дискомфорту, що проявляється у вигляді тривожності, депресивних станів, почуття сорому та соціальної стигматизації. Ці емоційні переживання можуть негативно позначатися на комунікації між подружжям, рівні емоційної підтримки, розподілі обов'язків та здатності до ефективного вирішення конфліктів.

Особливе значення має аналіз рольових очікувань членів сім'ї. Венеричні захворювання часто змінюють традиційні уявлення про функції та обов'язки подружжя, що може призводити до дисбалансу у виконанні соціальних, побутових та емоційно-психологічних ролей. Наприклад, пацієнт може відчувати себе обмеженим у сексуальній сфері або побутових завданнях, що, у свою чергу, може зумовлювати емоційне дистанціювання, підвищення конфліктності та зниження рівня спільної активності сім'ї. Водночас партнери можуть проявляти надмірну опіку чи критичність, що також впливає на психологічний клімат родини.

Соціокультурний контекст сучасного українського суспільства також посилює актуальність теми. Зростання рівня інформаційного та медичного освітлення про венеричні хвороби супроводжується стереотипізацією та стигматизацією осіб, що хворіють. Це спричиняє формування специфічних психологічних механізмів захисту, адаптації та регуляції емоцій, що відображається на якості сімейних взаємин. Нерідко сім'ї з пацієнтами, що мають венеричні захворювання, демонструють як підвищену напруженість у

міжособистісних контактах, так і особливі форми підтримки, емпатії та спільного прийняття життєвих обставин.

Науковий інтерес до цієї проблеми обґрунтований недостатньою вивченістю психологічного виміру венеричних захворювань у сімейному контексті. Хоча медична та соціально-психологічна література містить численні дослідження фізіологічних наслідків інфекцій, питання впливу таких захворювань на емоційний клімат, рівень довіри, відкритості, конфліктності та спільної діяльності членів сім'ї досліджено мало. Аналіз цих аспектів дозволяє не лише розширити теоретичне розуміння сімейної психології в умовах хронічних інфекційних хвороб, але й має значення для практики психологічного консультування, психотерапії та соціальної підтримки сімей, що опинилися в подібних життєвих обставинах.

Дослідження психологічних особливостей сімейних взаємин у родинях із венеричними захворюваннями дозволяє виділити специфічні моделі адаптації та взаємодії, визначити групи ризику виникнення сімейних конфліктів, розробити рекомендації щодо підтримки партнерів та дітей, створити умови для збереження емоційної гармонії та стабільності сімейної системи. Це робить обрану тему не лише актуальною, а й соціально значущою, оскільки результати дослідження можуть бути використані для підвищення ефективності психологічної підтримки пацієнтів, формування здорових комунікативних практик у сім'ї та запобігання психоемоційним ускладненням, що виникають унаслідок венеричних захворювань.

Теоретико-методологічною базою дослідження «Психологічні особливості сімейних взаємин у родинях із венеричними захворюваннями» є сучасні підходи сімейної психології, психології міжособистісних відносин і психології адаптації до хронічних хвороб, що дозволяють розглядати сім'ю як цілісну систему взаємодіючих елементів. Згідно з сімейно-системною теорією Мюррея Боуена, зміни в стані здоров'я одного з членів родини спричиняють перебудову всієї системи, впливаючи на емоційні зв'язки, рольові очікування та взаємодію підсистем. У рамках структурної моделі Сальвадора Мінухіна та

моделей комунікації Джона Готтмана акцент робиться на взаємодії членів сім'ї, межах підсистем, правилах і структурі взаємовідносин, що формують сімейний мікроклімат. Концепції Вірджинії Сатир підкреслюють значення розвитку самостійності, емоційної виразності та взаєморозуміння в родині, що особливо актуально при хронічних захворюваннях, які змінюють звичний життєвий уклад.

Психологічні підходи Річарда Лазаруса і Сьюзен Фолкман до стресу і копіngu дозволяють аналізувати, як члени сім'ї переживають стрес, пов'язаний із венеричними хворобами, оцінюють загрозу та власні ресурси для адаптації. Дослідження Томаса Кутчера та Елізабет Ларсен висвітлюють взаємозв'язок між фізичними симптомами і психосоціальною адаптацією, підкреслюючи вплив хвороби на сімейну взаємодію. Концепції прив'язаності Джона Боулбі, Мері Ейнсворт, Філіпа Шавера і Келлі Хазан дозволяють пояснити, як ранні моделі прив'язаності впливають на здатність підтримувати партнера і відкрито проявляти емоції у дорослому подружжі, що є особливо важливим у ситуації хронічного захворювання з елементами соціальної стигми.

Важливе значення для дослідження має теорія соціальної ролі хвороби Талкотта Парсонса і екзистенційний підхід Ірвіна Ялома, які дозволяють розглядати хворобу як фактор, що змінює соціальні і психологічні взаємодії у родині, створюючи нові умови для самовираження та підтримки між членами сім'ї. Вітчизняні науковці, зокрема Оксана Федичева, Михайло Гончаров та Галина Дубасюк, розвивають і адаптують ці концепції до українського контексту, досліджуючи динаміку ролей, комунікацію та механізми підтримки в родині, що стикається з труднощами, пов'язаними з хронічними або стигматизованими захворюваннями.

Узагальнення теоретичних підходів дозволяє розглядати сім'ю як інтегровану систему, що перебудовується під впливом венеричного захворювання одного з її членів, з особливою увагою до емоційної підтримки, ролей, комунікації і психологічної адаптації. Це створює наукову основу для

аналізу отриманих емпіричних даних, їх інтерпретації в світлі сучасних міжнародних досліджень і формування практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки родин, що переживають такі хвороби.

Об'єкт дослідження: психологічні процеси та сімейні взаємини у родинях, де один або обидва партнери мають венеричні захворювання, включно з емоційним кліматом, комунікативною взаємодією, рівнем підтримки та конфліктності.

Предмет дослідження: психологічні особливості функціонування родинної системи у контексті венеричних захворювань, зокрема зміни рольових очікувань, рівня емоційної підтримки, вираженості конфліктності, спільної активності та автономності членів сім'ї.

Мета дослідження: на основі комплексного аналізу визначити закономірності впливу венеричних захворювань на психологічний клімат родини, оцінити специфіку рольових та емоційних взаємодій між членами сім'ї, а також сформулювати науково обґрунтовані рекомендації для психологічної підтримки та корекції сімейних взаємин.

Відповідно до структури та змістового наповнення магістерської роботи доцільно визначити такі три **основні завдання дослідження:**

перше завдання полягає у теоретичному аналізі наукових підходів до вивчення венеричних захворювань, психологічних особливостей осіб, які на них хворіють, а також специфіки сімейних взаємин у родинях із венеричною патологією, з метою узагальнення сучасних уявлень про психосоціальні чинники функціонування сім'ї в умовах захворювання;

друге завдання спрямоване на обґрунтування та добір комплексу психодіагностичних методик, адекватних меті дослідження, а також на опис процедури їх застосування й обробки результатів для вивчення психологічних особливостей сімейних взаємин, рольових очікувань та конфліктної взаємодії у подружніх парах із венеричними захворюваннями;

третє завдання полягає в емпіричному дослідженні специфіки сімейних взаємин у родинях із венеричними захворюваннями, аналізі рольових

очікувань і домагань у шлюбі, особливостей подружньої взаємодії в конфліктних ситуаціях та виявленні відмінностей між сім'ями з венеричними захворюваннями і без них.

Гіпотеза дослідження: наявність венеричних захворювань у одного або обох партнерів негативно впливає на психологічний клімат сім'ї, проявляючись у зміні рольових очікувань членів сім'ї, зниженні рівня емоційної підтримки, підвищенні конфліктності та зміні комунікативних стратегій. Вважається, що ці ефекти можуть статистично корелювати з тривалістю захворювання, статтю пацієнта та соціокультурними факторами.

У цій формулюванні вже закладені потенційні змінні для статистичного аналізу: рівень рольових очікувань, емоційна підтримка, конфліктність, автономність та комунікація. Для перевірки гіпотези можна використовувати критерії χ^2 Пірсона, U-критерій Манна–Уїтні, а також багатовимірний дисперсійний аналіз (MANOVA), що відповідає сучасним вимогам соціально-психологічних досліджень.

Емпірична база дослідження: емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення особливостей сімейних взаємин у родинах, де наявні венеричні захворювання, і здійснювалося на вибірці з 100 респондентів віком 30–40 років. Основну групу склали 50 осіб із медично підтвердженими венеричними захворюваннями, тоді як до контрольної групи увійшли 50 здорових учасників, співставних за віком та ключовими соціально-демографічними показниками. Формування вибірки ґрунтувалося на принципі репрезентативності, що забезпечило коректне порівняння груп і підвищило надійність отриманих результатів. Збір емпіричних даних відбувався восени 2025 року із застосуванням онлайн-анкетування в сервісі Google Forms, у зв'язку з чим дослідження було реалізовано повністю в дистанційному форматі.

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні наукового розуміння механізмів впливу хронічних венеричних захворювань на функціонування сімейної системи. Дослідження дозволяє уточнити

закономірності зміни рольових очікувань, емоційної підтримки, конфліктності та автономності членів сім'ї в умовах медичної проблематики, що супроводжується психологічним дискомфортом. Уперше узагальнено дані щодо специфіки сімейної взаємодії у родинх із венеричними захворюваннями, включно зі статевими та соціокультурними факторами, що впливають на суб'єктивне сприйняття сімейного клімату. Результати дослідження дозволяють підтвердити або уточнити існуючі психологічні теорії стосовно впливу хронічних захворювань на емоційне та соціальне функціонування родини, а також формують методологічну основу для подальших емпіричних досліджень у цій сфері.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для психологічного консультування, психотерапії та соціальної підтримки сімей, у яких один або обидва партнери мають венеричні захворювання. На основі аналізу психологічних особливостей взаємодії членів сім'ї можна розробити рекомендації щодо підвищення ефективності комунікації, зниження конфліктності, зміцнення емоційної підтримки та формування здорових рольових моделей. Практичне значення також полягає у створенні профілактичних програм, спрямованих на адаптацію родин до життєвих обставин, пов'язаних із медичною проблематикою, а також на мінімізацію психоемоційних ускладнень у партнерів та дітей. Отримані дані можуть бути використані фахівцями у сфері сімейної психології, соціальної роботи, медичної психології та профілактичної психології для корекції сімейного клімату та підтримки функціональної стабільності родини.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Зміст роботи викладений на 84 сторінках друкованого тексту, вміщує 8 таблиць та 7 малюнків. Список використаних джерел нараховує 86 найменування.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН У РОДИНАХ ІЗ ВЕНЕРИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У розділі здійснено теоретичний аналіз венеричних захворювань як медико-психосоціальної проблеми, розкрито психологічні особливості осіб, які ними хворіють, та охарактеризовано специфіку сімейних взаємин у таких родинах. Узагальнено наукові підходи до розуміння впливу захворювання на емоційний стан, рольову взаємодію та функціонування сімейної системи.

1.1. Загальна характеристика венеричних захворювань

Інфекції, що передаються статевим шляхом, становлять неоднорідну групу захворювань, об'єднаних спільним механізмом передачі, але різних за етіологією, клінічним перебігом, наслідками для здоров'я та підходами до лікування. Узагальнюючи сучасні наукові дані, можна стверджувати, що ключовим критерієм їх класифікації є тип збудника, який визначає як особливості симптоматики, так і потенціал до хронізації, системних уражень та психосоціальних наслідків. Більшість ЗПСШ передається під час вагінальних, анальних або оральних контактів, однак доведено, що за наявності мікропошкоджень шкіри чи слизових оболонок інфікування можливе і при тісному побутовому або оральному контакті, що розширює уявлення про шляхи передачі та потребує більш комплексного підходу до профілактики [86].

Венеричні захворювання, або венеричні хвороби (лат. *morbus venereus*), становлять окрему категорію інфекційних патологій, для яких характерним і визначальним є передавання виключно під час статевого контакту. Саме ця особливість зумовлює як специфіку їх поширення, так і підвищену увагу з боку медицини та суспільства, оскільки інфікування безпосередньо пов'язане з інтимною сферою життя людини.

Перші офіційні відомості про венеричні захворювання датуються 1658 роком, що свідчить про тривалу історію наукового осмислення цієї проблеми. Однією з ключових біологічних особливостей венеричних хвороб є відсутність формування стійкого імунітету після перенесеної інфекції. Це означає, що навіть після повного клінічного одужання організм не набуває захисних механізмів проти повторного зараження, і за наявності нового контакту збудник може знову викликати розвиток захворювання, нерідко з більш складним або ускладненим перебігом.

У 1982 році Всесвітня організація охорони здоров'я ініціювала перегляд традиційної термінології та запропонувала використовувати замість поняття «венеричні хвороби» ширший термін — «захворювання, що передаються статевим шляхом» (ЗПСШ). Така зміна була зумовлена необхідністю відобразити різноманіття інфекцій, які можуть передаватися під час сексуальних контактів, і вийшла за межі так званої класичної п'ятірки венеричних захворювань. Водночас у клінічній практиці обидва терміни зберегли своє застосування, що знайшло відображення в Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду. Зокрема, у розділі «Інфекційні хвороби, що передаються переважно статевим шляхом» (коди A50–A64) одночасно використовуються як загальне поняття ЗПСШ, так і пряме посилання на венеричні хвороби, що підтверджується рубрикою A64 — неуточнені захворювання, що передаються статевим шляхом, до яких віднесено і венеричну хворобу без додаткового визначення.

Попри включення венеричних захворювань до ширшої групи ЗПСШ, у науковій та медичній традиції зберігається умовне розмежування між цими поняттями. Це пояснюється тим, що для захворювань, об'єднаних терміном ЗПСШ, характерні більш різноманітні механізми і шляхи передачі, які в окремих випадках можуть виходити за межі виключно статевих контактів. Крім того, на відміну від класичних венеричних хвороб, щодо деяких інфекцій із групи ЗПСШ можливе формування імунітету — як природного після перенесеного захворювання, так і штучного внаслідок профілактичних

щеплень. Таким чином, поняття «венеричні захворювання» зберігає своє значення для позначення інфекцій, що передаються виключно статевим шляхом і не формують імунного захисту, тоді як термін ЗПСШ охоплює значно ширший спектр інфекційних захворювань із різними шляхами передачі та імунологічними особливостями.

Походження терміна «венеричні захворювання» має глибоке історико-культурне підґрунтя. Прикметник «венеричний» походить від імені давньоримської богині Венери (лат. *Venus*, родовий відмінок *Veneris*), яка в античній міфології уособлювала любов, красу та чуттєвість. У буквальному значенні венеричні хвороби трактувалися як «хвороби кохання», однак у медико-соціальному контексті цей термін набув більш конкретного змісту. Його використовували для позначення інфекцій, що виникають унаслідок інтимних контактів, насамперед позашлюбних або випадкових статевих зв'язків, які впродовж століть сприймалися суспільством як морально осудні. Саме тому поняття венеричних хвороб тривалий час поєднувало в собі не лише медичний, а й етичний та соціальний компоненти, що впливало на ставлення до хворих і сприяло стигматизації [82].

У класичному розумінні до венеричних хвороб відносять обмежену, але чітко окреслену групу інфекцій, які передаються виключно статевим шляхом і мають характерний клінічний перебіг. До так званої «класичної п'ятірки» традиційно зараховують сифіліс, збудником якого є *Treponema pallidum* і який відзначається багатостадійним перебігом та системним ураженням організму; гонорею, спричинену *Neisseria gonorrhoeae*, що переважно вражає сечостатеву систему і часто має гострі клінічні прояви; м'який шанкр, викликаний *Haemophilus ducreyi*, який проявляється болісними виразками в ділянці статевих органів; хламідійну лімфогранульому, пов'язану з окремими серотипами *Chlamydia trachomatis* і характерну ураженням лімфатичної системи; а також пахову гранульому (донованоз), збудником якої є *Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis* і яка супроводжується хронічним гранульоматозним ураженням тканин. Ці захворювання тривалий час

вважалися типовими венеричними інфекціями і становили основу відповідної нозологічної групи.

Поширення венеричних захворювань зумовлюється сукупністю медичних, соціальних і культурних чинників. Значний вплив мають соціальні потрясіння, масштабні міграційні процеси, економічні кризи та війни, які порушують усталені норми життя і знижують доступність медичної допомоги. Важливу роль відіграють періоди трансформації або занепаду суспільної моралі, коли змінюються уявлення про сексуальну поведінку та відповідальність. Додатковим фактором є безсимптомний або малосимптомний перебіг багатьох венеричних хвороб, що ускладнює їх раннє виявлення і сприяє подальшому поширенню інфекції. Не менш значущим залишається недостатній рівень обізнаності населення щодо шляхів передачі венеричних захворювань, методів профілактики та ролі безпечної сексуальної поведінки [62. с. 46].

Історія медицини наводить приклади масштабних епідемій венеричних захворювань, які мали серйозні соціальні наслідки. Однією з перших значних епідемій у Західній Європі, зокрема сифілісу, вважають спалах наприкінці XV – на початку XVI століття, що співпав із періодом Великих географічних відкриттів. За поширеною історичною версією, інфекція була занесена до Європи моряками, які поверталися з Америки, де контактували з місцевим населенням в умовах відсутності будь-яких знань про профілактику захворювань. У той час медицина не мала ефективних засобів лікування, що призвело до створення спеціальних притулків для невиліковно хворих, запровадження карантинних заходів для моряків і мандрівників, зокрема у Венеції, а також до посилення морально-релігійного контролю над приватним життям людей. Хоча ці заходи не змогли повністю зупинити епідемію XVI століття, вони стали підґрунтям для формування системи громадського здоров'я і поступово дозволили взяти поширення венеричних захворювань під контроль.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, інфекції, що передаються статевим шляхом, залишаються однією з найпоширеніших груп інфекційних захворювань у світі. Щороку реєструється близько 374 мільйонів нових випадків чотирьох виліковних ІПСШ — хламідіозу, гонореї, сифілісу та трихомоніазу — серед населення віком 15–49 років. У середньому це означає понад один мільйон нових випадків щодня. Найбільшу частку становить трихомоніаз, за ним ідуть хламідійна інфекція та гонорея, тоді як сифіліс має нижчу абсолютну поширеність, але характеризується значними медичними й соціальними наслідками. Окрім виліковних форм, надзвичайно поширеними є вірусні ІПСШ. Зокрема, за оцінками ВООЗ, понад 500 мільйонів людей у світі інфіковані вірусом простого герпесу другого типу, а більшість сексуально активного населення протягом життя інфікується принаймні одним типом вірусу папіломи людини. Саме ВПЛ зумовлює розвиток значної частини онкологічних захворювань репродуктивної сфери, зокрема раку шийки матки, від якого щорічно помирають сотні тисяч жінок у світі [61].

Європейські епідеміологічні дані також свідчать про зростання захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом. У країнах Європейського Союзу впродовж останніх років фіксується стабільне підвищення кількості випадків гонореї, сифілісу та хламідіозу, що пов'язують як із реальним зростанням поширеності, так і з удосконаленням системи скринінгу та лабораторної діагностики. Особливе занепокоєння викликає поширення антибіотикорезистентних форм гонококової інфекції, що ускладнює лікування і підвищує ризик хронічних ускладнень.

В Україні інфекції, що передаються статевим шляхом, також залишаються серйозною проблемою громадського здоров'я. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, щороку в країні реєструються сотні тисяч випадків ІПСШ, причому значна частина з них має безсимптомний або малосимптомний перебіг. Найпоширенішими залишаються трихомоніаз, хламідіоз і гонорея. Паралельно з цим Україна належить до країн з високою

поширеністю ВІЛ-інфекції, і в більшості нових випадків зараження відбувається саме статевим шляхом. Щомісячна статистика свідчить про стабільно високий рівень нових діагнозів ВІЛ, що підкреслює тісний зв'язок між проблемою венеричних захворювань, сексуальною поведінкою населення та недостатнім рівнем профілактики [86].

Загалом статистичні дані підтверджують, що венеричні захворювання мають глобальний характер і не демонструють тенденції до суттєвого зниження. Висока поширеність, значна частка безсимптомних форм і тяжкі віддалені наслідки, зокрема безпліддя, онкологічні захворювання та ВІЛ-інфекція, зумовлюють необхідність системного підходу до профілактики, раннього виявлення та комплексної медико-психологічної допомоги особам, які живуть з ІПСШ.

Найбільш дослідженою та клінічно значущою групою є бактеріальні інфекції, зокрема сифіліс, гонорея, хламідіоз і мікоплазмові ураження. Їх об'єднує здатність тривалий час перебігати без виражених симптомів, особливо у чоловіків, що сприяє пізньому зверненню за медичною допомогою та розвитку ускладнень з боку репродуктивної системи. За даними Європейського центру з контролю захворювань, саме латентні та субклінічні форми бактеріальних ЗПСШ є одним з провідних чинників безпліддя та хронічного тазового болю у жінок і запальних захворювань передміхурової залози у чоловіків [81]

Вірусні інфекції, що передаються статевим шляхом, вирізняються високою соціальною та медичною значущістю через їх хронічний перебіг і обмежені можливості повного етіологічного лікування. До цієї групи належать вірус папіломи людини, віруси простого герпесу, ВІЛ та вірусні гепатити В і С. Наукові дослідження свідчать, що вірусні ЗПСШ не лише уражають окремі органи чи системи, а й чинять довготривалий вплив на імунну регуляцію та психоемоційний стан пацієнтів, підвищуючи ризик тривожних і депресивних розладів, стигматизації та соціальної ізоляції [82]. Особливу увагу в сучасній літературі приділяють ВПЛ як фактору

онкогенного ризику, що пов'язує венеричні інфекції з проблемою онкологічної захворюваності.

Паразитарні та протозойні інфекції, зокрема трихомоніаз, фтіріоз або короста, хоча й меншою мірою асоціюються з тяжкими системними ураженнями, мають важливе клінічне та психологічне значення. Вони часто супроводжуються вираженим фізичним дискомфортом, порушенням інтимної сфери та негативно впливають на якість життя і міжособистісні стосунки. За даними клінічних оглядів, трихомоніаз нерідко поєднується з іншими ЗПСШ, що підвищує ризик передачі ВІЛ та ускладнює діагностику [84].

Окрему увагу в сучасних дослідженнях приділяють грибковим ураженням, зокрема кандидозу, який хоча й не завжди класифікується як класична венерична хвороба, проте часто асоціюється зі статевими контактами та дисбалансом мікрофлори. Хронічні або рецидивні форми кандидозу мають не лише соматичний, а й психосексуальний вимір, знижуючи задоволеність інтимним життям і формуючи унікальну поведінку у партнерських стосунках [85].

Узагальнюючи дані наукових джерел, слід наголосити, що значна частина ЗПСШ має змішаний або комбінований характер, коли в одного пацієнта виявляється декілька збудників одночасно. Такі стани потребують комплексної діагностики та індивідуалізованого лікування, оскільки поєднання інфекцій посилює запальні процеси, ускладнює перебіг захворювання та підвищує ризик резистентності до терапії [86].

Таким чином, сучасне розуміння інфекцій, що передаються статевим шляхом, виходить за межі суто медичної проблеми та охоплює біологічні, психологічні й соціальні аспекти. Усвідомлення різноманіття збудників, особливостей їх перебігу та потенційних наслідків є ключовою умовою ранньої діагностики, ефективної профілактики та зменшення довготривалого впливу ЗПСШ на репродуктивне здоров'я і якість життя.

До найпоширеніших інфекцій, що передаються статевим шляхом, належать хламідіоз, гонорея, сифіліс, генітальний герпес, інфекція,

спричинена вірусом папіломи людини, ВІЛ-інфекція/СНІД, а також кандидоз. Згідно з положеннями Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду, бактеріальні ІПСШ, зокрема хламідійна інфекція, гонорея та сифіліс, і надалі займають провідні позиції за показниками поширеності та частоти первинної діагностики. Водночас вірусні захворювання, насамперед ВПЛ-інфекція та ВІЛ, характеризуються тривалим перебігом і здатністю спричиняти серйозні віддалені наслідки для соматичного та репродуктивного здоров'я, що надає їм особливої медико-соціальної значущості [45].

Сифіліс розглядається як системне інфекційне захворювання з багатостадійним клінічним перебігом. За відсутності своєчасної діагностики та адекватної терапії він може призводити до ураження серцево-судинної системи, центральної нервової системи та інших життєво важливих органів, що суттєво знижує якість життя пацієнтів. Гонорея та хламідіоз часто перебігають зі стертою або безсимптомною клінічною картиною, особливо на ранніх етапах, однак їх прихований характер не зменшує небезпеки. Навпаки, відсутність виражених симптомів сприяє пізньому зверненню за медичною допомогою, внаслідок чого зростає ризик розвитку запальних захворювань органів малого таза, трубного безпліддя та інших хронічних ускладнень. Генітальний герпес має рецидивний перебіг і зберігається в організмі людини протягом усього життя, що зумовлює не лише соматичні, а й виражені психологічні труднощі, пов'язані з очікуванням загострень і страхом передачі інфекції партнеру.

Клінічні прояви венеричних захворювань мають певні гендерні відмінності. У чоловіків ІПСШ частіше супроводжуються яскраво вираженою симптоматикою, зокрема болем і печінням під час сечовипускання, патологічними виділеннями з уретри, що зазвичай стимулює більш раннє звернення до лікаря. У жінок інфекції, що передаються статевим шляхом, нерідко перебігають латентно або з мінімальними неспецифічними симптомами, що значно ускладнює їх своєчасне виявлення. Така особливість перебігу підвищує ймовірність хронізації процесу, розвитку безпліддя,

ускладнень під час вагітності, а також онкологічних захворювань, асоційованих із ВПЛ-інфекцією.

Аналіз сучасних наукових джерел засвідчує, що венеричні захворювання чинять комплексний вплив не лише на фізичний стан, а й на психологічне та соціальне благополуччя людини. Безсимптомний або тривалий перебіг ІПСШ ускладнює процес їх ранньої діагностики, що сприяє накопиченню хронічних соматичних наслідків. Паралельно у пацієнтів формуються психоемоційні реакції, серед яких домінують тривожність, депресивні стани, відчуття сорому, провини та страх соціального осуду. Стигматизація, пов'язана з венеричними захворюваннями, нерідко призводить до соціальної ізоляції, зниження самооцінки та порушення міжособистісних контактів [60].

Особливого значення набуває вплив ІПСШ на сімейні та партнерські взаємини. Наявність хронічного інфекційного захворювання може змінювати систему рольових очікувань у родині, спричиняти дисбаланс у розподілі відповідальності та побутових функцій, підвищувати рівень конфліктності й емоційної напруженості між партнерами. Водночас процес адаптації до хвороби не є однозначно негативним. У ряді випадків він стимулює розвиток взаємної підтримки, емпатії та більш відкритого спілкування, що сприяє збереженню стабільності сімейного клімату. Проте за відсутності психологічної підтримки та конструктивної комунікації ІПСШ можуть поглиблювати міжособистісні труднощі та призводити до дезадаптації сімейної системи [58].

Наукова значущість вивчення цієї проблематики полягає в узагальненні та систематизації знань про психологічний і соціальний вплив інфекцій, що передаються статевим шляхом, на сімейні взаємини, а також в уточненні закономірностей емоційної, рольової та комунікативної адаптації партнерів у ситуації хронічної хвороби. Практична цінність таких досліджень визначається можливістю використання отриманих результатів у розробці програм психологічної підтримки пацієнтів та їхніх партнерів, удосконаленні

психоосвітніх і консультативних підходів, а також у профілактиці негативних психоемоційних і соціальних наслідків венеричних захворювань.

1.2. Психологічні особливості хворих венеричними захворюваннями

Шкіра є найбільшим органом людського тіла та виконує не лише біологічні, а й важливі соціально-психологічні функції. Вона виступає ключовим компонентом зовнішності, тілесної ідентичності та міжособистісної комунікації, забезпечуючи людині можливість соціальної взаємодії та самопрезентації. За визначенням сучасної психодерматології, стан шкіри безпосередньо впливає на самооцінку, емоційне благополуччя та якість життя особистості [58, с. 112]

Психологічні реакції на шкірні захворювання формуються під впливом як об'єктивних клінічних симптомів, так і суб'єктивного сприйняття власного тіла. Видимі ураження шкіри часто викликають у хворих почуття сорому, соціальної тривоги, страх негативної оцінки з боку оточення, а також переживання власної неповноцінності [60]. Особливо сильний психотравмуючий ефект мають хронічні дерматози, які змінюють зовнішність і мають тривалий або рецидивний перебіг.

До захворювань, що найбільш виражено спотворюють зовнішній вигляд, належать псоріаз, атопічний дерматит, екзема, акне, алопеція, колоїдні рубці та гіпертрихоз. За даними численних досліджень, пацієнти з псоріазом у 2–3 рази частіше демонструють симптоми депресії та тривожних розладів порівняно із загальною популяцією [62, с. 50]. Водночас ступінь психологічного дистресу не завжди корелює з об'єктивною тяжкістю захворювання, що підтверджує провідну роль когнітивно-емоційної інтерпретації хвороби.

Особливо вразливим періодом є підлітковий і юнацький вік, коли формуються образ тіла, самооцінка та соціальна ідентичність. Навіть незначні

косметичні дефекти, такі як легкі форми акне або помірне випадіння волосся, можуть сприйматися як серйозна загроза власній привабливості та соціальному прийняттю. Це часто супроводжується розвитком депресивних переживань, соціальної ізоляції та уникання міжособистісних контактів [58]. У деяких випадках формується дисморфофобічна симптоматика — надмірна фіксація на уявних або мінімальних дефектах зовнішності.

Окрему психологічну проблему становить свербіж, який є характерним симптомом багатьох дерматологічних захворювань. Хронічний свербіж істотно знижує якість життя, провокує дратівливість, емоційну напругу, порушення сну та когнітивної концентрації [62]. У клінічній практиці пацієнти нерідко зазначають, що усунення свербіння має для них більшу цінність, ніж зникнення видимих шкірних проявів, оскільки саме він є постійним джерелом психологічного виснаження.

Соціальний контекст відіграє ключову роль у формуванні психоемоційних реакцій хворих. Висипання на відкритих ділянках тіла часто стають об'єктом підвищеної уваги, запитань або навіть стигматизації з боку оточуючих. Дослідження показують, що пацієнти зі шкірними захворюваннями нерідко стикаються з дискримінацією, соціальним дистанціюванням і помилковими уявленнями щодо заразності хвороби [85]. У відповідь на це формується поведінка уникання, усамітнення, зниження соціальної активності та емоційна напруженість.

Венеричні (інфекції, що передаються статевим шляхом) захворювання мають особливо виражений психотравмуючий характер. Вони пов'язані не лише з фізичними симптомами, а й із сильним почуттям сорому, провини, страху соціального осуду та стигматизації. За даними WHO (2022), пацієнти з ППСШ часто переживають страх перед розголошенням діагнозу, тривожні очікування щодо прогнозу захворювання та напруження у міжособистісних і сексуальних стосунках [86].

Психологічна реакція на венеричні захворювання часто включає гострий стрес, тривожно-депресивні стани, зниження самооцінки та

порушення образу власного тіла. Особливо важко ці захворювання переживаються молодими людьми, для яких сексуальність є значущою складовою ідентичності. Необхідність тривалого лікування, можливі рецидиви та обмеження у сексуальному житті посилюють почуття безпорадності й страх перед майбутнім [54].

У багатьох пацієнтів спостерігається формування замкненого психосоматичного кола: емоційний стрес і тривога погіршують перебіг дерматологічного захворювання, а загострення симптомів, у свою чергу, підсилює психологічний дистрес. Саме тому сучасні підходи до лікування шкірних і венеричних захворювань дедалі частіше базуються на біопсихосоціалній моделі, яка враховує взаємодію соматичних, психологічних і соціальних факторів [58].

Психологічний супровід хворих із дерматологічними та венеричними захворюваннями включає психоосвіту, підтримку адаптивних копінг-стратегій, роботу з самооцінкою, тілесним образом і міжособистісними страхами. Доведено, що застосування когнітивно-поведінкової терапії, методів релаксації та елементів майндфулнес сприяє зниженню рівня тривоги, депресії та суб'єктивної інтенсивності симптомів [62].

У статті О.Притуло, Н.Ольшевської, Л.Гуменюк, Д.Прохорова та М.Мараки (2025) досліджено психологічні детермінанти шкірних і венеричних захворювань із акцентом на індивідуально-психологічні особливості пацієнтів, зокрема акцентуації характеру, а також на рівні госпітальної тривоги, депресії та реактивної і особистісної тривожності. Автори зазначають, що вітчизняна наукова література містить обмежену інформацію про психоемоційний стан пацієнтів шкірно-венерологічного профілю, незважаючи на численні зарубіжні дослідження, які підтверджують значущість психологічних факторів у перебігу соматичних захворювань [62, с. 50].

Наукова проблема, підкреслена авторами, полягає у відсутності системного вивчення психологічних змін у хворих із шкірними та

венеричними патологіями, тоді як соматичні захворювання загалом можуть бути асоційовані з формуванням нозогенних психічних розладів, включно з тривогою та депресією. О. Притуло та колеги відзначають, що важливим компонентом внутрішньої картини хвороби є ставлення пацієнта до змін зовнішності, а патологічні зміни шкіри, особливо на обличчі та відкритих ділянках тіла, створюють умови для підвищеної емоційної вразливості, тривожності та соціального страху. Для пацієнтів із венеричною патологією додатково характерні переживання стиду та страх осуду, що підсилює нозогенну тривогу.

Дослідження також демонструє, що рецидивуючий характер шкірних хвороб формує хронічний психоемоційний дискомфорт, який проявляється у порушеннях сну, апетиту та загальній психічній напруженості, що, у свою чергу, здатне негативно впливати на фізичний стан пацієнтів і знижувати їхню якість життя [62]. Методологічно автори здійснили оцінку госпітальної тривоги і депресії, вимірювання реактивної і особистісної тривожності, а також діагностику акцентуацій характеру серед пацієнтів шкірно-венерологічного диспансеру, що дозволило провести порівняльний аналіз між групами хворих із шкірними та венеричними захворюваннями.

Результати показали, що пацієнти з шкірними захворюваннями характеризуються підвищеною емоційною вразливістю, тривожністю та страхом соціального осуду, тоді як у хворих із венеричними патологіями превалюють емоції стиду, страху засудження та нозогенна тривога. В обох групах виявлено високий рівень депресії та тривожності, що негативно впливає на соціальну адаптацію та загальне психологічне благополуччя пацієнтів [62].

Практичне значення дослідження полягає у визначенні психологічних детермінант, що можуть слугувати основою для розробки психопрофілактичних та психотерапевтичних програм для хворих із хронічними шкірними і венеричними захворюваннями. Автори підкреслюють, що інтеграція оцінки госпітальної тривоги, депресії та

акцентуацій характеру у клінічну практику сприяє підвищенню ефективності лікування, покращенню соціальної адаптації пацієнтів та їхньої якості життя. Дослідження Притуло та співавторів (2025) підтверджує тісний взаємозв'язок психологічних особливостей із перебігом захворювання та підкреслює необхідність комплексного підходу до діагностики та лікування пацієнтів шкірно-венерологічного профілю.

Таким чином, шкірні та венеричні захворювання є не лише медичною, а й значущою психологічною проблемою. Вони істотно впливають на емоційний стан, соціальне функціонування та якість життя хворих. Усвідомлення психологічних особливостей цих пацієнтів є необхідною умовою ефективної терапії, профілактики психічних ускладнень і формування цілісного, гуманістично орієнтованого підходу до лікування.

Отримання діагнозу інфекції, що передається статевим шляхом (ІПСШ), є складним психотравмуючим досвідом, який запускає каскад психоемоційних реакцій, що часто за тяжкістю та тривалістю перевищують фізичні симптоми. Ці наслідки формуються на перетині біологічного фактору хвороби, соціальних стереотипів, моральних установок особистості та загрози інтимній сфері життя. Вплив на психічне здоров'я є системним, порушуючи емоційний стан, самооцінку, соціальну поведінку та якість життя в цілому [58].

Одним з найбільш поширених і вивчених наслідків є розвиток тривожних розладів. Тривога має кілька джерел: це тривога про здоров'я (іпохондрічні переживання), страх передачі інфекції партнеру (трансмісивна тривога) та соціальна тривога через можливість розголошення діагнозу. Нав'язливі думки, порушення сну та гіперконтроль стану тіла стають частими супутниками. Наукові дані підтверджують, що пацієнти з рецидивуючими формами ІПСШ, такими як генітальний герпес, демонструють значно вищі рівні тривоги та стресу порівняно із загальною популяцією [61]. Цей стан безпосередньо впливає на прихильність до лікування та соціальну активність.

Паралельно з тривогою нерідко розвивається депресивна симптоматика. Вона проявляється стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до життя,

почуттям безнадії та зниженням самооцінки. Діагноз, особливо хронічної інфекції (наприклад, ВІЛ або ВПЛ), може сприйматися як незворотна зміна життєвого шляху, що підриває плани на майбутнє. Дослідження показують, що ризик розвитку великого депресивного розладу серед людей, що живуть з ВІЛ, у 2-3 рази вищий, ніж у загальній популяції [60]. Депресія в цьому контексті часто посилюється іншими психосоціальними факторами.

Ключовим таким фактором є інтерналізована стигма та почуття сорому, що мають глибокі культурні та моральні корені. Суспільство часто пов'язує ІПСШ з аморальною поведінкою, що призводить до того, що пацієнт сам починає вірити у свою "неповноцінність" або "брудність". Це явище самостигматизації є одним з найруйнівніших наслідків, оскільки прямо веде до соціальної ізоляції, порушення довіри до себе та інших і уникнення медичної допомоги. Всесвітня організація охорони здоров'я визнає стигму, пов'язану з ІПСШ, ключовою перешкодою для ефективної профілактики та лікування [85]. Пацієнти часто приховують діагноз навіть від близьких, що створює додатковий емоційний тягар і породжує конфлікти у стосунках.

ІПСШ також потужно впливає на ядро особистості — "Я-концепцію" та образ тіла. Захворювання, особливо з видимими зовнішніми проявами (генітальні бородавки, герпетичні висипання), сприймаються як загроза фізичній привабливості та сексуальній цінності. Це призводить до дисморфічних переживань, відчуття "псування" та різкого падіння самооцінки. Сексуальність починає асоціюватися з болем, провинною та небезпекою, що часто викликає психогенні сексуальні дисфункції (зниження лібідо, еректильну дисфункцію). Наприклад, дослідження серед жінок із ВПЛ-інфекцією демонструють значне зниження задоволеності від сексуальних стосунків та образу тіла через страх відторгнення [78].

У випадках важких або потенційно небезпечних для життя діагнозів (ВІЛ, сифіліс на пізніх стадіях) можливий розвиток адаптаційних розладів або навіть симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Отримання діагнозу сприймається як травматична подія, що загрожує життю. Це може

проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів, емоційного притуплення, гіперзбудження та навмисного уникання всього, що пов'язане з лікуванням чи сексуальністю [79].

Всі вищезазначені фактори неминуче відбиваються на міжособистісних стосунках. Виникає криза довіри, необхідність важкого розкриття статусу партнеру, динаміка звинувачень. Страх близькості та передачі інфекції може призвести до емоційного відчуження та руйнування партнерства, що лише посилює почуття самотності та безнадії [80].

Отже, психологічні наслідки ІПСШ є комплексними та вимагають інтегрованого біопсихосоціального підходу до лікування. Ефективна медична допомога повинна обов'язково включати психоосвіту, консультування на етапі діагностики, а також доступ до психотерапії (наприклад, когнітивно-поведінкової терапії для корекції негативних думок та терапії прийняття та відповідальності) та груп підтримки для подолання ізоляції та стигми. Лише таке комплексне втручання дозволяє не лише контролювати інфекцію, але й відновити психоемоційний добробут та якість життя пацієнта.

1.3. Сімейні взаємини у пацієнтів із венеричними захворюваннями

Сучасне суспільство стикається із зростанням проблем, пов'язаних із поширенням інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), або венеричних захворювань, які становлять одну з провідних медико-соціальних проблем глобального масштабу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно реєструється понад 374 мільйони нових випадків зараження найбільш поширеними ІПСШ, серед яких хламідіоз, гонорея, сифіліс та трихомоніаз [86]. Висока поширеність цих інфекцій зумовлює не лише медичні ризики, а й суттєвий психологічний, соціальний та демографічний вплив на індивідів і сім'ї, в яких вони проживають.

Важливим аспектом проблеми є те, що діагноз венеричної хвороби часто стає джерелом стресу для всіх членів сім'ї, незалежно від віку, соціального

статусу чи рівня освіти. Особливу складність становлять випадки, коли захворювання є несподіваним або може бути інтерпретоване як наслідок порушення моральних, етичних чи соціальних норм. У таких умовах психологічні реакції родини часто виявляються у формі підвищеної тривожності, страху, провини, сорому та емоційного напруження. Ці переживання не залишаються ізольованими лише в психічній сфері, а активно впливають на поведінку, комунікацію, рівень довіри та загальний клімат всередині сімейної системи.

Пацієнти, інфіковані ПСШ, часто прагнуть приховати свій стан від рідних і близьких, побоюючись соціального осуду, втрати підтримки чи навіть руйнування міжособистісних стосунків. Така стратегія захисту призводить до зниження відкритості у спілкуванні, ускладнює обмін емоціями та інформацією і підвищує ймовірність виникнення конфліктів, які можуть мати більш інтенсивний і емоційно насичений характер порівняно зі звичайними побутовими суперечками.

У сім'ях із хворими на ПСШ спостерігається зміна ролей і поведінкових патернів. Пацієнт часто сприймає себе як «тягар» або «джерело небезпеки», що породжує залежну, вибачливу або надмірно обережну поведінку. Такі реакції можуть включати уникання інтимних контактів, надмірну потребу у схваленні або страх бути засудженим. У відповідь партнери, прагнучи захистити себе та сім'ю, можуть приймати контрольну, опікунську або дистанціюючу позицію, іноді супроводжуючи її холодністю чи емоційним відстороненням як способом регуляції власної тривожності [54].

Ці зміни у взаємодії негативно впливають на рівень довіри, справедливості і рівноправності стосунків, а також на задоволеність від партнерських і сімейних взаємин. Подвійний ефект полягає у тому, що хворий одночасно уникає близькості та стає надзвичайно чутливим до будь-яких проявів критики, непрямой оцінки або натяків з боку членів родини. Це підсилює емоційне напруження, формує високий рівень тривожності і сприяє виникненню циклічних конфліктів, що вимагають спеціальної корекції.

Крім того, такі сімейні системи демонструють значну чутливість до внутрішньосімейної комунікації. Навіть незначні зауваження або спроби конструктивного обговорення стану здоров'я можуть спричиняти сильну емоційну реакцію, що проявляється у формі страху, роздратування або емоційного відсторонення. У багатьох випадках виникає необхідність психоосвітніх і терапевтичних втручань, спрямованих на нормалізацію комунікації, зменшення тривожності та страху, підвищення довіри та відновлення рівноправності у взаємодії членів сім'ї [61].

Особливу роль відіграють соціокультурні та моральні фактори, які формують у родині специфічні моделі поведінки. Стигматизація хвороби у суспільстві, побоювання осуду з боку друзів або колег, а також внутрішні установки щодо сексуальної поведінки створюють додатковий психологічний тиск. У цих умовах пацієнт і члени його родини змушені постійно балансувати між відкритістю і приховуванням інформації, що призводить до підвищеної емоційної вразливості та формує складні патерни взаємодії, які характеризуються високою конфліктністю і низьким рівнем довіри.

Важливо зазначити, що тривожні переживання в таких сім'ях не обмежуються лише партнерськими стосунками, а впливають і на взаємодію з дітьми, близькими родичами та соціальним оточенням. Психологічний стан хворого і його партнера може відображатися на якості виховного процесу, рівні емоційної підтримки дітей, спільних рішеннях щодо побутових і соціальних обов'язків, а також на здатності родини реагувати на кризові ситуації.

Таким чином, психоемоційний і соціальний вплив діагнозу венеричної хвороби на родину є комплексним і багатовимірним. Він включає зміни у ролях і поведінкових патернах, підвищену чутливість до комунікаційних сигналів, формування страху, провини та сорому, посилення конфліктності і зниження довіри. Ці особливості підкреслюють необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки родин, який передбачає психоосвітні

заходи, парну та сімейну терапію, корекцію комунікаційних стратегій і підтримку емоційної стабільності всіх членів сім'ї [53, с. 22].

Особливу увагу слід приділяти сексуальній сфері, яка є ключовим компонентом партнерських відносин і важливим індикатором емоційної близькості у парі. Діагноз венеричної інфекції суттєво змінює психологічне сприйняття інтимної взаємодії. Пацієнти часто відчують страх передачі інфекції партнеру, що проявляється у підвищеній тривожності перед статевим контактом та частому уникненні близькості. Наявні сумніви щодо безпечності статевих контактів, а також почуття сорому й провини, часто трансформуються у психогенні сексуальні дисфункції, включаючи зниження лібідо, труднощі з оргазмом, еректильну дисфункцію у чоловіків або зниження сексуальної збудливості у жінок. Ці зміни негативно впливають на якість інтимного життя, формуючи емоційне відчуження між партнерами, зниження рівня прихильності та довіри в парі.

Високий рівень стресу у сексуальній сфері проявляється через специфічні психологічні механізми, такі як уникання контакту, надмірна самокритика та підвищена чутливість до оцінки партнера. Пацієнти можуть демонструвати надмірну обережність або тривожність під час інтимних взаємодій, що призводить до порушення фізичної і емоційної близькості та формує цикл взаємного емоційного дистанціювання. У відповідь партнери часто реагують надмірним контролем, запитами пояснень або опікунською поведінкою, що додатково підсилює психологічну напруженість.

Наявність дітей у родині посилює психологічне навантаження. Пацієнти переживають щодо можливого ризику інфікування дітей, а також щодо необхідності відкритого обговорення свого стану у майбутньому. Це створює високий рівень тривоги і потребу у постійному контролі та перевірках, що формує додаткові конфліктні ситуації між подружжям та іншими членами родини [48, с. 20].

Психологічний аспект планування сім'ї та репродуктивного здоров'я також зазнає значних змін. Діагноз ІПСШ трансформує сприйняття

перспектив народження дитини, породжує тривожні очікування та страхи щодо ускладнень вагітності, а також щодо ризику вертикальної передачі інфекції. У таких умовах рішення про продовження або відтермінування сімейних планів часто супроводжується конфліктами, сумнівами та емоційним напруженням. Виникає необхідність у постійному обговоренні ризиків та спільного ухвалення рішень, що часто підсилює емоційне навантаження і потребує розвитку навичок конструктивної комунікації та емоційного регулювання у подружжя.

Для зниження негативного впливу діагнозу ІПСШ на сімейні та партнерські взаємини важливим є впровадження комплексних психологічних втручань. Це може включати психоосвітні програми для пацієнтів і їхніх партнерів, спрямовані на підвищення знань про шляхи передачі інфекцій, засоби безпечного сексу та методи профілактики. Парна терапія дозволяє відпрацювати ефективні стратегії взаємодії, зменшити тривожність і страхи, сприяти розвитку довіри та емоційної підтримки. Індивідуальна психотерапія допомагає пацієнтам усвідомити свої емоційні реакції, опрацювати почуття провини та сорому, а також формує механізми емоційного регулювання. Крім того, корекція комунікаційних стратегій у сім'ї дозволяє відновити рівноправність у взаємодії, знизити конфліктність і підвищити задоволеність від стосунків.

Застосування таких втручань сприяє збереженню емоційної гармонії, підтримки та стабільності сімейної системи, забезпечує ефективну адаптацію до умов хронічної хвороби та дозволяє зменшити психологічне навантаження, що виникає внаслідок діагнозу ІПСШ. У комплексі з медичними заходами ці підходи забезпечують інтегровану модель підтримки, де увага приділяється не лише фізичному здоров'ю пацієнта, а й його психоемоційному стану та якості внутрішньосімейних взаємин [46].

Крім емоційних факторів, соціокультурні особливості також визначають динаміку сімейних взаємин у родині із ІПСШ. Стигматизація хвороби у суспільстві посилює страх осуду та соціального відторгнення, що підсилює

напруження у сімейних контактах і формує специфічні психологічні механізми захисту. У той же час родини можуть демонструвати адаптивні стратегії підтримки, що включають емпатію, відкриту комунікацію та спільне прийняття життєвих обставин, зберігаючи психологічну стабільність та емоційну гармонію [83].

Дослідження показують, що внутрішньосімейні взаємини в умовах наявності венеричних захворювань характеризуються змінами патернів комунікації. Зменшення відкритості, уникання обговорення проблем та страх негативної оцінки призводять до порушення обміну інформацією та емоціями. Це створює умови для хронічного стресу, емоційної нестабільності та підвищеної конфліктності, що негативно впливає на психічне і фізичне здоров'я членів родини.

У контексті психологічного консультування та психотерапевтичного втручання важливо забезпечити комплексний підхід. Психосвітні заходи, спрямовані на підвищення обізнаності про шляхи передачі та клінічні прояви ППСШ, сприяють зниженню рівня тривоги та формуванню більш відкритої комунікації. Парна терапія дозволяє відновити довіру, відрегулювати патерни взаємодії і сприяти рівноправності у сімейних ролях. Корекція міжособистісних стратегій взаємодії допомагає пацієнтам та їхнім партнерам зменшити конфліктність, покращити емоційну підтримку та відновити партнерську близькість [82].

Статистичні дослідження підкреслюють значущість цих явищ. Так, опитування серед пацієнтів із венеричними захворюваннями показують, що понад 70 % респондентів відчувають емоційне навантаження у сімейному контексті, а у 65 % спостерігаються труднощі у відкритому обговоренні свого стану з партнером або членами сім'ї. Дані соціологічних опитувань також вказують на підвищену конфліктність у сім'ях із хворими на ППСШ, що корелює зі стигматизацією та страхом осуду [77].

Таким чином, сімейні взаємини у родинах із венеричними захворюваннями характеризуються високою емоційною чутливістю,

порушенням комунікаційних патернів, зміною сімейних ролей, підвищеною конфліктністю та психологічною напруженістю. Комплексний науково обґрунтований підхід до психологічної підтримки таких сімей має включати психоосвіту, парну терапію та корекцію міжособистісних стратегій, що дозволяє знизити рівень тривоги, підвищити довіру та відновити рівноправність і гармонію у сімейних взаєминах.

Висновки до першого розділу

Узагальнення теоретичних джерел, представлених у першому розділі, дозволяє розглядати венеричні захворювання як комплексну медико-психосоціальну проблему, вплив якої виходить далеко за межі соматичних порушень і безпосередньо торкається психологічного благополуччя особистості та функціонування сімейної системи. Аналіз наукових підходів свідчить, що інфекції, які передаються статевим шляхом, характеризуються високою поширеністю, значною часткою безсимптомних і хронічних форм, відсутністю стійкого імунітету після перенесеного захворювання та тяжкими віддаленими наслідками для репродуктивного і загального здоров'я, що зумовлює їхню особливу соціальну значущість.

Теоретичний огляд підтверджує, що венеричні захворювання мають виражений психотравмуючий потенціал. Отримання діагнозу часто супроводжується формуванням тривожно-депресивних реакцій, почуттям сорому, провини, страхом соціального осуду та внутрішньою стигматизацією. Порушується образ власного тіла, знижується самооцінка, змінюється ставлення до сексуальності й майбутніх життєвих перспектив. Хронічний або рецидивний перебіг інфекцій підтримує стан тривалого психоемоційного напруження, що може негативно впливати на прихильність до лікування та якість життя в цілому.

Окреме місце у теоретичному аналізі посідає проблема сімейних взаємин у родинях, де один або обидва партнери хворіють на венеричні

захворювання. Наявність ІПСШ змінює систему рольових очікувань, порушує баланс довіри, підвищує конфліктність і емоційну дистанцію між партнерами. Страх розголошення діагнозу, уникання інтимності, напруженість у комунікації та трансформація сексуальної сфери стають чинниками дестабілізації сімейного клімату. Водночас теоретичні джерела засвідчують, що за умов відкритої комунікації, психологічної підтримки та спільної адаптації родина може зберігати функціональність і навіть демонструвати зростання взаємної емпатії.

Таким чином, теоретичні засади дослідження підтверджують необхідність розгляду венеричних захворювань у контексті біопсихосоціальної моделі, де фізичні, психологічні та сімейні аспекти є взаємопов'язаними. Це обґрунтовує доцільність подальшого емпіричного вивчення специфіки сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями та розробки комплексних програм психологічної підтримки пацієнтів і їхніх партнерів.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН У РОДИНАХ ІЗ ВЕНЕРИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Розділ присвячений методичним аспектам дослідження психологічних особливостей сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями. Використано три основні методики: «Шкала сімейного оточення», яка оцінює соціально-психологічний клімат, рівень підтримки та організаційні аспекти сім'ї; модифікований варіант проєктивної методики «Незакінчені речення» для виявлення емоційних станів, мотивацій та внутрішніх конфліктів; опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» для аналізу статево-рольових уявлень подружжя, їхньої узгодженості та рольової адекватності. Розглянуто процедури проведення, обробки та інтерпретації результатів, що дозволяє комплексно оцінити особливості сімейних взаємин у контексті психосоціальних чинників, пов'язаних із венеричною патологією.

2.1. Огляд та обґрунтування методик

Методика у науковому дослідженні визначається як організована система процедур, послідовність пізнавальних та практичних дій, операцій і впливів, спрямованих на вивчення предмета та розв'язання завдань дослідження. У психології методику можна розглядати на кількох рівнях: загальний рівень – це методика психологічного дослідження; конкретний – методика певного типу наукового дослідження (теоретичного, емпіричного, прикладного); детальний – опис послідовності використання конкретних прийомів, засобів чи способів дослідження [44].

Дослідження психологічних явищ, зокрема сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями, має представляти завершений цикл, що забезпечує цілісне пізнання його предмета. На початковому етапі дослідник здійснює вибір предмета дослідження та первинний аналіз його сутності, взаємодіючи з об'єктивною реальністю, яка постає як «невідома, але

доступна» для пізнання. Основними діями на цьому етапі є узагальнення наукового досвіду, визначення сутності предмета та формулювання цілей дослідження з визначенням типу запланованих дій – теоретичних, емпіричних, прикладних або комбінованих [47].

Наступний етап – теоретизація предмета, де дослідник розглядає сімейні взаємини як цілісне явище, що взаємодіє з оточенням, впливає на інші процеси та зазнає зовнішніх впливів, водночас зберігаючи свою сутність незалежно від умов існування [47].

Третій етап – емпіричне дослідження, під час якого пізнані теоретично характеристики сімейних взаємин переводяться в емпіричні критерії. Дослідник обирає відповідні методи (спостереження, експеримент, опитувальники, проєктивні методики, біографічний метод, бесіди тощо) та організовує умови збору даних, що забезпечують їхню достовірність і повноту [47].

Четвертий етап – аналіз, інтерпретація та тлумачення отриманих даних. На цьому етапі виявляється ефективність попередніх дій та оцінюється психологічна сутність досліджуваного явища. Для цього застосовуються методи аналізу даних, споріднені зі змістом досліджуваного предмета.

П'ятий етап – презентація результатів і висновків. Дослідник подає результати у зручній формі: графіки, діаграми, схеми, моделі взаємозв'язків і взаємовпливів між характеристиками сімейних взаємин. Оцінюється цілісність, завершеність, самостійність, самодостатність і перспективність дослідження [44].

Джерелом психодіагностичної інформації виступають самі члени родини, тому до методик висуваються вимоги валідності, надійності, стандартизованості та об'єктивності. Для вивчення психологічних особливостей сімейних взаємин використовуються опитувальники, які дозволяють оцінити рольові уявлення, емоційні установки, задоволеність сімейним життям, джерела конфліктності та специфіку міжособистісних стосунків [31].

Для дослідження рольової взаємодії та емоційних стосунків у родинах із венеричними захворюваннями пропонуються методики: «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (А.М. Волков), Методика «Шкала сімейного оточення» Р. Н. Моос та Модифікований варіант проєктивної методики «Незакінчені речення» М.О. Румянцевой. Ці інструменти дозволяють оцінити психологічну атмосферу в сім'ї, домінуючий тип ставлення до інших, специфіку теперішнього та минулого емоційного досвіду, джерела конфліктів і особливості батьківсько-дитячих та партнерських відносин.

Далі розглянемо детально кожен з цих методик.

2.2. Методика «Шкала сімейного оточення» Р. Н. Моос

Метою методики «Шкала сімейного оточення» є кількісна оцінка соціально-психологічного клімату в сім'ї та особливостей взаємодії її членів. Вона дозволяє виявити рівень підтримки, кооперації, відкритості спілкування, ступінь конфліктності, а також оцінити організаційні аспекти сімейного життя і сприятливість умов для особистісного розвитку індивіда. Результати методики можуть бути використані у сімейному консультуванні, психотерапії, клінічній та соціальній психології, а також у наукових дослідженнях сімейних процесів.

Процедура проведення передбачає заповнення стандартизованого опитувальника, який містить 90 тверджень. Респондент має оцінити кожне твердження у форматі «правда/неправда», що відображає реальний стан сімейного оточення або бажані й очікувані характеристики сім'ї. Методика може проводитися у формі самозаповнення або під контролем психолога і зазвичай займає двадцять-тридцять хвилин. Опитувальник охоплює різні аспекти сімейного життя, включаючи взаємини, особистісний розвиток і організацію сімейних процесів. Існують три форми оцінювання: реальна, ідеальна та очікувана сім'я, що дозволяє порівнювати існуючий стан із бажаним і прогнозованим.

ШСО включає десять шкал, кожна з яких представлена дев'ятьма пунктами, що відносяться до характеристики сімейного оточення. Нижче наведено короткий опис шкал, інструкцію до заповнення та сам текст опитувальника.

А. Показники стосунків між членами сім'ї

Згуртованість (С). Ступінь, у якій члени сім'ї піклуються один про одного, допомагають одне одному; проявленість почуття приналежності до сім'ї.

Експресивність (Е). Ступінь, у якій у даній сім'ї дозволяється відкрито діяти та виражати свої почуття.

Конфліктність (К-т). Ступінь, у якій відкритий прояв гніву, агресії та конфліктних взаємин загалом характерний для сім'ї.

Б. Показники особистісного зростання

4. Незалежність (Н). Ступінь, у якій члени сім'ї заохочуються до самоствердження, незалежності та самостійності у розв'язанні проблем і прийнятті рішень.

5. Орієнтація на досягнення (ОД). Ступінь, у якій різним видам діяльності (навчанню, роботі тощо) надається характер досягнення та змагання.

6. Інтелектуально-культурна орієнтація (ІКО). Ступінь активності членів сім'ї у соціальній, інтелектуальній, культурній та політичній сферах діяльності.

7. Орієнтація на активний відпочинок (ОД.О). Ступінь, у якій сім'я бере участь у різних видах активного відпочинку та спорту.

8. Морально-етичні аспекти (МНА). Ступінь сімейної поваги до етичних і моральних цінностей та норм.

В. Показники управління сімейною системою

9. Організація (О). Ступінь важливості для сім'ї порядку та організованості у плані структурування сімейної діяльності, фінансового планування, ясності та визначеності сімейних правил і обов'язків.

10. Контроль (К-л). Ступінь ієрархічності сімейної організації, ригідності сімейних правил і процедур, контролю членами сім'ї один одного.

Процедура обробки результатів передбачає підрахунок сумарних балів за кожною з десяти шкал. Значення балів визначають рівень прояву тих чи інших характеристик сімейного оточення. Високі показники по шкалі єдності свідчать про підтримку та залученість членів сім'ї, по шкалі конфліктності — про напруженість і часті суперечки. Оцінки особистісних шкал дозволяють визначити сприятливість умов для розвитку індивіда. Результати представляють у вигляді профілю сімейного оточення, що демонструє інтенсивність різних характеристик та розбіжності між реальним, бажаним і очікуваним сімейним кліматом. Такий підхід забезпечує комплексну оцінку соціально-психологічної атмосфери в сім'ї та слугує основою для планування психологічного консультування та корекційних втручань.

2.3. Методика «Незакінчені речення» Сакса і Сіднея

Мета. Методика «незакінчених речень» Сакса і Сіднея у психологічній практиці застосовується для виявлення особистісних установок, емоційних переживань та системи взаємин обстежуваного з різними соціальними групами та близькими людьми, зокрема сім'єю, друзями, колегами, начальством та підлеглими. Вона дозволяє дослідити відношення до себе та власних емоцій, страхи, почуття провини, внутрішні конфлікти, ставлення до сім'ї, батьків, подружжя, друзів, а також цілі та орієнтації на майбутнє, сексуальні установки, ставлення до минулого і майбутнього та міжособистісні взаємини. Основною метою застосування методики є отримання як кількісних, так і якісних даних про психологічні особливості обстежуваного, включно з індивідуальними схильностями до конфліктів, страхів, домінування, самоповаги та задоволеності взаєминами.

Процедура проведення. Методика складається з 60 незакінчених речень, які обстежуваний має закінчити першим, що спало на думку. Речення поділені

сфери відношення до себе, страхів, провини, сім'ї, друзів, батьків, протилежної статі, колег, начальства, підлеглих, минулого, майбутнього, цілей

та сексуальних установок. Обстежуваному надається інструкція, у якій йому повідомляють прочитати кожне речення і закінчити його, записавши перше судження, що спало на думку. Завдання виконується швидко, без тривалого роздуму над кожною фразою. Якщо певне речення не вдається завершити відразу, його номер обводиться колом, і до нього можна повернутися пізніше. Для питань, що стосуються інтимної сфери життя, обстежуваному рекомендують повідомити, що дослідження може проводитися з метою тренування пам'яті чи уваги, щоб мінімізувати дискомфорт.

Обробка результатів передбачає систематизацію відповідей обстежуваного за тематичними групами. Кожна відповідь оцінюється за бальною шкалою залежно від позитивного чи негативного змісту судження. Підраховується загальна сума балів для кожної групи речень, і чим більше балів, тим сильніше обстежуваний відчуває значущість або особистісну важливість теми цієї групи. Високі бали у негативних оцінках свідчать про емоційний або конфліктний характер взаємин у відповідній сфері. Одночасно здійснюється якісний аналіз формулювань відповідей для інтерпретації емоційного стану, установки до себе та інших, наявності страхів, провини та конфліктів у сімейних або соціальних взаєминах. Результати дослідження дозволяють виявити глибину та характер психологічних переживань обстежуваного, оцінити внутрішню структуру його взаємин у сімейному, соціальному та особистісному контексті та поєднувати кількісний та якісний аналіз для комплексної оцінки особистості і соціальної взаємодії.

2.5. Методика «Характер взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях» (Ю. Альошина, Л.Я Гозман, О.М. Дубровська)

Мета: Методика спрямована на вивчення поведінки подружжя в конфліктних ситуаціях та визначення характеру взаємодії партнерів у різних

сферах сімейного життя. Основним завданням є виявлення типових моделей конфліктної поведінки, оцінка їх активності чи пасивності, а також ступеня згоди чи незгоди з партнером. Це дозволяє визначити, які сфери подружніх відносин є найбільш конфліктогенними та як респонденти реагують на суперечливі ситуації.

Процедура проведення: Методика реалізується у вигляді опитувальника, що містить 32 ситуації подружньої взаємодії, які мають конфліктний характер. Респондентам пропонується вибрати одну з можливих реакцій на кожну ситуацію, оцінюючи її за двома ознаками: активність чи пасивність дії та згоду або незгоду з партнером у конфлікті. Опитування проводиться індивідуально, у спокійній обстановці, що забезпечує достовірність відповідей та мінімізує вплив зовнішніх факторів.

Процедура обробки результатів: Після збору анкет результати кодуються відповідно до шкали реакцій та підсумовуються за восьми конфліктними сферами: відносини з родичами та друзями, виховання дітей, прагнення до автономії, порушення рольових очікувань, неузгодженість норм поведінки, прояв домінування, прояв ревнощів, ставлення до грошей. Для кожної сфери визначається частота та тип реакцій (активна/пасивна, згода/незгода). Статистична обробка включає розрахунок середніх значень, відсоткових показників та при необхідності застосування критеріїв значущості (наприклад, t-критерію Стюдента) для порівняння груп. Це дозволяє виділити особливості подружньої взаємодії та виявити сфери підвищеної конфліктності.

Висновки до другого розділу

Дослідження методичних підходів демонструє комплексність і системність, з якою проводиться оцінка психологічних особливостей сімейних взаємин у родинах із венеричною патологією. Вибір методик — «Шкала сімейного оточення», модифікований варіант проєктивної методики

«Незакінчені речення», «Рольові очікування і домагання у шлюбі» та «Характер взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях» — дозволяє всебічно охопити соціально-психологічний клімат, емоційні стани, рольові уявлення та конфліктну поведінку членів сім'ї.

Методика «Шкала сімейного оточення» забезпечує кількісну оцінку підтримки, згуртованості, конфліктності, організації та особистісного розвитку у сім'ї, що дає змогу виділити сфери, де відчувається напруженість або недостатня підтримка. Використання різних форм оцінювання (реальна, бажана, очікувана сім'я) дозволяє порівнювати поточний стан сімейного клімату з бажаним і прогнозованим, що підвищує практичну цінність даних для консультування і психокорекції.

Проективна методика «Незакінчені речення» дає змогу оцінити індивідуальні емоційні переживання, страхи, провину, внутрішні конфлікти та міжособистісні взаємини. Її особливість полягає у поєднанні кількісного і якісного аналізу, що забезпечує глибоке розуміння психологічного стану обстежуваного та визначає особливості його взаємодії з партнером і іншими членами родини.

Опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» дозволяє виявити статево-рольові уявлення подружжя, пріоритетність сімейних функцій, рівень узгодженості очікувань і реальної поведінки партнерів. Завдяки аналізу різниці між очікуваннями та домаганнями партнера визначається рівень рольової адекватності, що є ключовим чинником попередження конфліктів та підвищення ефективності подружньої взаємодії.

Методика «Характер взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях» забезпечує систематизацію поведінки подружжя в конфліктних ситуаціях за восьми сферами, дозволяє оцінити активність чи пасивність реакцій та їхню згоду чи незгоду з партнером, що дає змогу виділити найбільш конфліктогенні сфери сімейного життя. Статистична обробка результатів, включаючи середні значення, відсоткові показники та t-критерій Стюдента, дозволяє виявляти значущі відмінності між групами та оцінювати специфіку сімейних взаємин у

родинах із венеричними захворюваннями.

Загалом, методичний підхід до дослідження сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями характеризується системним поєднанням кількісних і якісних методів, що забезпечує всебічне вивчення психологічних аспектів сімейного життя, визначення конфліктогенних зон, оцінку рольової адекватності та статево-рольових уявлень, а також можливість планування практичних рекомендацій для корекції і підтримки сімейних відносин. Це дозволяє не лише дослідити актуальні психологічні особливості, а й створити науково обґрунтовану основу для психокорекційних та профілактичних заходів у родинах із венеричними захворюваннями.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН У РОДИНАХ ІЗ ВЕНЕРИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Розділ розкриває дослідження впливу венеричних захворювань на сімейні взаємини, рольові очікування та психоемоційний клімат у родинах. Показано зниження експресивності, автономності та згуртованості, підвищення контролю й ієрархічності, гендерні відмінності у реакції на хворобу та вплив тяжкості й тривалості захворювання на внутрішньосімейні стосунки.

3.1. Організація емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження специфіки сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями проводилося на вибірці зі 100 осіб віком від 30 до 40 років. З них 50 осіб становили респонденти з підтвердженими венеричними захворюваннями, а інші 50 осіб формували контрольну групу, до складу якої входили здорові учасники відповідного віку та соціально-демографічних характеристик. Вибірка формувалася з урахуванням принципу репрезентативності та максимального врахування соціально-демографічних характеристик респондентів, що дозволяло забезпечити порівнянність груп та достовірність отриманих даних. Опитування проводилося восени 2025 року за допомогою онлайн опитування Google Forms, відповідно дослідження було повністю проведено у дистанційному режимі.

Дослідження передбачало комплексну психодіагностичну оцінку сімейного клімату, ролей і взаємодії подружжя, а також особистісних характеристик членів сім'ї. Для цього використовувалися стандартизовані методики: «Шкала сімейного оточення» для кількісної оцінки соціально-психологічного клімату та взаємодії членів сім'ї, модифікований варіант проєктивної методики «Незакінчені речення» для виявлення прихованих емоційних установок, особистісних конфліктів та мотиваційних аспектів, а також опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» для

дослідження уявлень про подружні ролі та узгодженість партнерів у виконанні сімейних функцій.

Процедура проведення дослідження передбачала індивідуальне заповнення опитувальників та тестових завдань у спокійній, комфортній обстановці під контролем психолога. Учасникам надавалися детальні інструкції, щоб забезпечити максимальну точність та достовірність відповідей, а також для мінімізації психологічного дискомфорту, особливо у питаннях, що стосувалися інтимного життя. Кожен етап дослідження фіксувався та протоколювався, що дозволяло здійснити подальшу систематизацію й аналіз отриманих даних.

Обробка результатів передбачала кількісний аналіз відповідей за шкалами кожної методики та якісний аналіз змісту відповідей для виявлення тенденцій, типових рис і конфліктних моментів у сімейних взаєминах. Порівняння груп респондентів із венеричними захворюваннями та контрольної групи дозволяло оцінити вплив захворювання на психологічну атмосферу в родині, особливості розподілу ролей та узгодженості подружніх стосунків. Усі отримані дані систематизувалися у вигляді профілів сімейного клімату та психоемоційних характеристик членів сім'ї, що забезпечувало комплексне розуміння специфіки сімейних взаємин у досліджуваній групі.

Одним із етапів дослідження було перевірено гіпотезу про негативний вплив суб'єктивного сприйняття венеричних захворювань на оцінку внутрішньосімейних відносин. Для цього застосовували методику «Незавершені речення» Сакса і Сіднея, а статистичну обробку здійснювали за допомогою критерію χ^2 Пірсона. Дослідження впливу статі, тривалості та тяжкості захворювання на суб'єктивне сприйняття сімейного середовища проводилося із використанням тих же «Незавершених речень» та методики «Шкала сімейного оточення» (ШСО). Для перевірки відповідних гіпотез застосовували багатовимірний дисперсійний аналіз (MANOVA) та критерій Роя, попередньо підтвердивши нормальний розподіл даних критерієм Шапіро–Уїлка та рівність дисперсій у вибірках.

На наступному етапі досліджували особливості суб'єктивної оцінки внутрішньосімейних відносин у осіб із венеричними захворюваннями порівняно з учасниками контрольної групи. Для цього використовували напівструктуроване інтерв'ю, «Незавершені речення» та методику ШСО. Обробку даних проводили за допомогою U-критерію Манна–Уїтні із використанням програмного середовища IBM SPSS версії 21.

3.2. Загальна характеристика рольових очікувань і домагань у шлюбі у подружніх пар

Методика «Рольові очікування і домагання у шлюбі» А. М. Волкової дозволяє детально дослідити систему уявлень та очікувань подружжя, які визначають їхню взаємодію в сімейному житті. Інструмент дає змогу простежити, як партнери формують сімейні ролі, наскільки гармонійними або суперечливими є їхні очікування та які аспекти сімейних стосунків для них пріоритетні. Методика оцінює значущість різних сфер життя подружжя – від інтимно-сексуальних стосунків і емоційної близькості до участі у побутових справах, виконання батьківських функцій, професійної реалізації, соціальної активності, зовнішньої привабливості партнера та розподілу емоційного лідерства. Вона дозволяє визначити, які ролі партнери готові брати на себе і які очікують від партнера, що допомагає виявити потенційні зони напруги або гармонії у подружніх відносинах.

На початковому етапі дослідження оцінювався рівень рольових домагань та очікувань у подружніх пар, розділених на сім'ї без венеричних захворювань та шлюби із венеричними захворюваннями. Це дозволило простежити формування і трансформацію рольових позицій залежно від наявності проблем зі здоров'ям. Узагальнені дані наведено в таблиці 3.2.1.

Таблиця 3.2.1

**Рівень домагань членів подружжя у сім'ях без венеричних
захворювань та у шлюбах із венеричними захворюваннями**

Сфера сімейних стосунків	Група	Низький	Середній	Високий
Господарсько-побутова	Сім'ї без захворювань	13	13	74
	Шлюби із захворюваннями	74	10	16
Батьківсько-виховна	Сім'ї без захворювань	13	21	66
	Шлюби із захворюваннями	70	20	10
Соціальна активність сім'ї	Сім'ї без захворювань	17	17	66
	Шлюби із захворюваннями	8	18	74
Емоційно-психологічна	Сім'ї без захворювань	11	13	76
	Шлюби із захворюваннями	70	18	12
Привабливість партнера	Сім'ї без захворювань	13	19	68
	Шлюби із захворюваннями	18	11	71

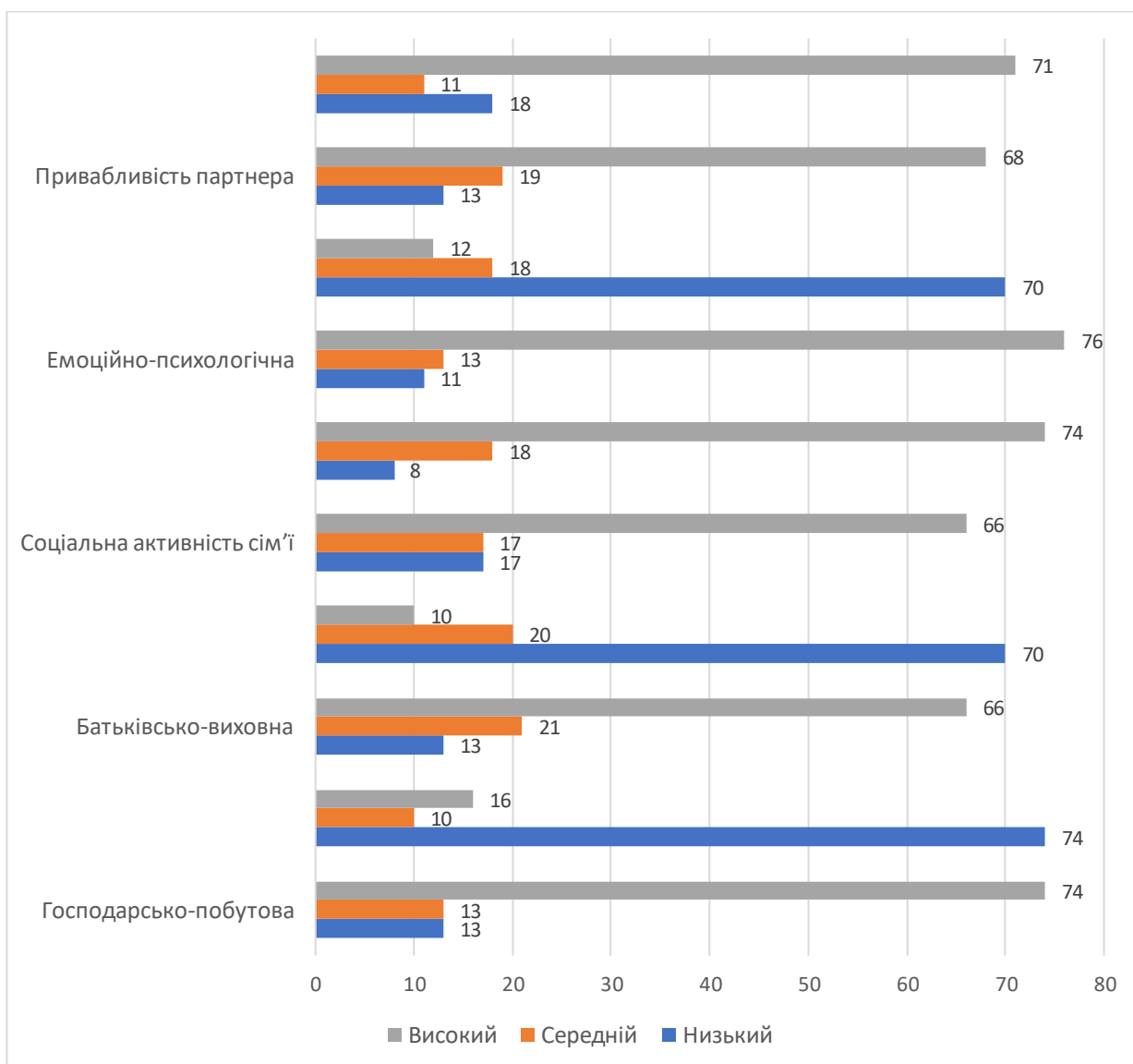


Рис. 3.2.1. Рівень домагань членів подружжя у сім'ях без венеричних захворювань та у шлюбах із венеричними захворюваннями

Як видно з таблиці та графіку 3.2.1, у сфері господарсько-побутових обов'язків сім'ї без захворювань демонструють високий рівень домагань (74%), що свідчить про значні очікування щодо організації побуту та розподілу домашніх обов'язків. У шлюбах із венеричними захворюваннями переважає низький рівень домагань (74%), що можна пояснити адаптацією до проблем у парі, усталеними ролями або зменшенням очікувань через компроміси.

У батьківсько-виховній сфері сім'ї без захворювань висловлюють високі домагання (66%), тоді як у шлюбах із захворюваннями більшість демонструє

низький рівень очікувань (70%). Це узгоджується з закономірностями адаптації сім'ї: високі очікування формуються на початковому етапі сімейного життя, тоді як у парах із проблемами здоров'я вони знижуються.

Соціальна активність сім'ї демонструє високі домагання в обох групах, причому у шлюбах із захворюваннями вони навіть вищі (74% проти 66%), що може свідчити про прагнення до соціальної самореалізації та участі у зовнішніх ініціативах.

Емоційно-психологічна сфера в сім'ях без захворювань характеризується високими домаганнями (76%), тоді як у шлюбах із захворюваннями домінує низький рівень очікувань (70%), що може свідчити про зниження очікувань щодо емоційної близькості та підтримки.

Щодо привабливості партнера, обидві групи демонструють високий рівень домагань, що підкреслює стабільну значущість зовнішності для подружньої задоволеності.

Аналіз рівня рольових очікувань членів подружжя за даними таблиці та графіку на рис. 3.2.2 дозволяє виявити чіткі відмінності між сім'ями без венеричних захворювань та шлюбами, де такі захворювання присутні. Результати демонструють, що у сім'ях без захворювань рольові очікування мають високий рівень практично у всіх сферах життя пари. Особливо це стосується інтимно-сексуальної сфери, де 70% опитаних зазначили високий рівень очікувань. Така динаміка свідчить про активне прагнення до взаємної задоволеності сексуальних і емоційних потреб, підтримання емоційної близькості та задоволення партнерських очікувань у цій сфері. Натомість у шлюбах із венеричними захворюваннями високі очікування у цій же сфері відзначають лише 30% партнерів, тоді як 40% мають середній рівень, а 30% — низький. Це зниження інтенсивності очікувань вказує на певну обережність, адаптацію до нових умов, а також на потенційні труднощі у відносинах, пов'язані із побоюванням передачі захворювання або зниженням довіри між партнерами.

Таблиця 3.2.2

**Рівень рольових очікувань членів подружжя у сім'ях без
венеричних захворювань та у шлюбах із венеричними захворюваннями**

Сфера сімейних стосунків	Група	Низький	Середній	Високий
Інтимно-сексуальна шкала	Сім'ї без захворювань	10	20	70
	Шлюби із захворюваннями	30	40	30
Шкала особистісної ідентифікації	Сім'ї без захворювань	30	30	40
	Шлюби із захворюваннями	40	30	30
Господарсько-побутова	Сім'ї без захворювань	10	10	80
	Шлюби із захворюваннями	60	20	20
Батьківсько-виховна	Сім'ї без захворювань	15	20	65
	Шлюби із захворюваннями	55	25	20
Соціальна активність сім'ї	Сім'ї без захворювань	27	20	43
	Шлюби із захворюваннями	48	38	14
Емоційно-психологічна	Сім'ї без захворювань	15	15	70
	Шлюби із захворюваннями	50	28	22
Привабливість партнера	Сім'ї без захворювань	13	19	68
	Шлюби із захворюваннями	28	21	51

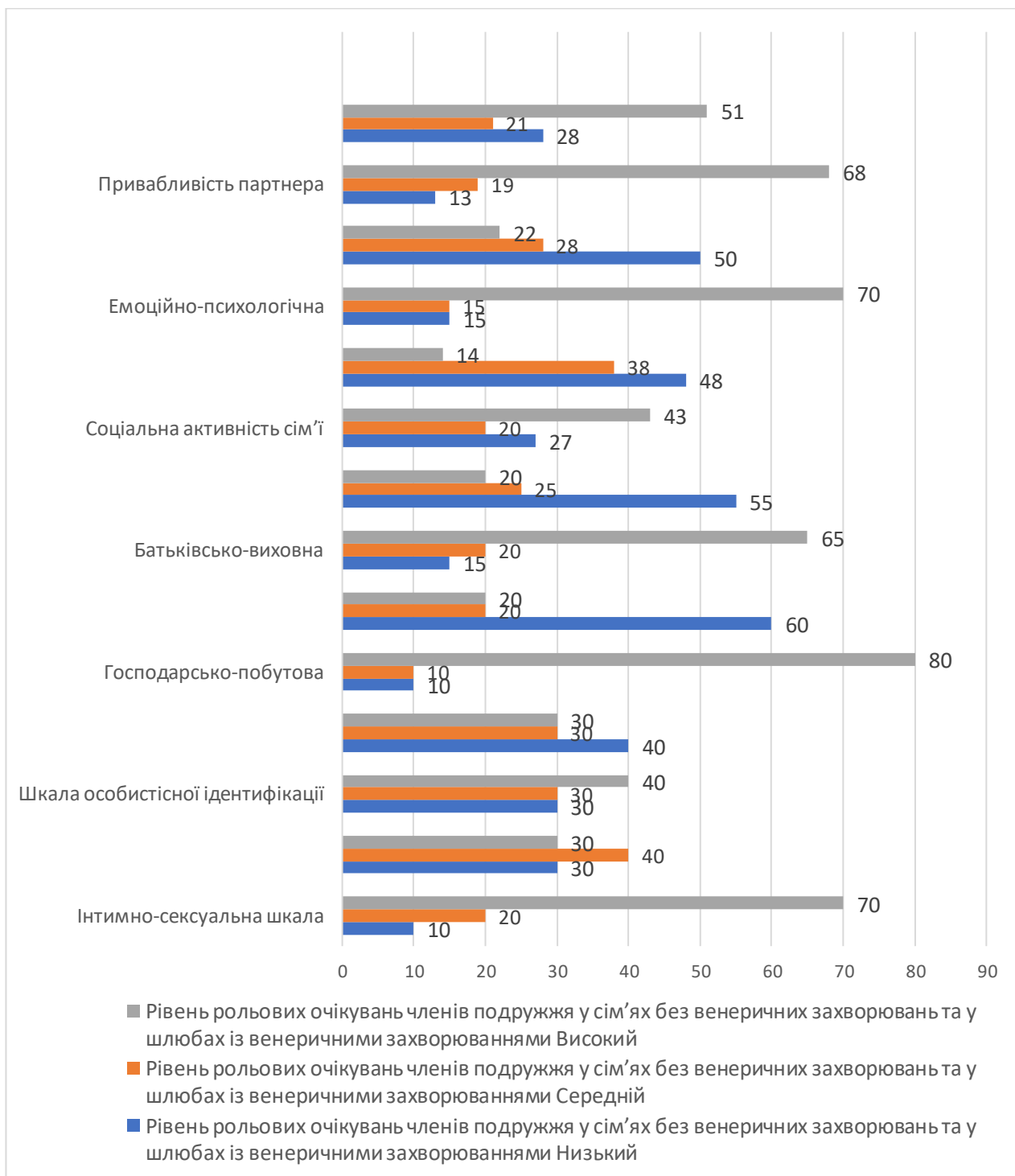


Рис. 3.2.2. Рівень рольових очікувань членів подружжя у сім'ях без венеричних захворювань та у шлюбах із венеричними захворюваннями

У сфері особистісної ідентифікації сім'ї без захворювань демонструють баланс між високим і середнім рівнями очікувань, що свідчить про прагнення партнерів зберігати власну індивідуальність і одночасно очікувати взаємної поваги до особистісних меж. Шлюби із захворюваннями характеризуються

зниженням високих очікувань до 30%, при цьому 40% мають низький рівень. Це може вказувати на обмеження простору для самореалізації, зменшення ініціативи та готовності до прояву власних потреб через психологічний дискомфорт, стрес або необхідність компромісів у парі. У господарсько-побутовій сфері розрив між групами ще більш виражений. Сім'ї без захворювань відзначають високий рівень очікувань у 80% випадків, що відображає прагнення активно контролювати побут і брати участь у всіх домашніх обов'язках. Натомість у шлюбах із захворюваннями високий рівень очікувань мають лише 20% партнерів, при цьому 60% оцінюють свої очікування як низькі, що вказує на зниження побутових вимог і адаптацію до реальності, які зменшують потенційні конфлікти в сім'ї.

Батьківсько-виховна сфера також демонструє значні відмінності. У сім'ях без захворювань високий рівень очікувань відзначено у 65% опитаних, що свідчить про активну участь партнерів у вихованні дітей і прагнення до спільного контролю над їх розвитком. У шлюбах із захворюваннями високі очікування проявляють лише 20%, низькі – 55%, що свідчить про зміну пріоритетів і більш прагматичний, обережний підхід до батьківської ролі, який може бути продиктований стресом та адаптацією до обмежень у парі.

Щодо соціальної активності сім'ї, сім'ї без захворювань демонструють переважання високих очікувань у 43% випадків, тоді як у шлюбах із захворюваннями лише 14% партнерів підтримують високий рівень очікуваності, і майже половина, 48%, оцінює очікування як низькі. Це вказує на обмеження соціальної взаємодії, зниження мотивації до участі у громадських заходах та потенційно на ізоляцію сім'ї, що може бути пов'язано зі станом здоров'я або психологічними бар'єрами.

Емоційно-психологічна сфера демонструє подібну тенденцію. Сім'ї без захворювань мають високий рівень очікувань у 70% випадків, що відображає важливість підтримки емоційного балансу, взаємного розуміння та здатності партнерів відповідати на психологічні потреби один одного. У шлюбах із захворюваннями високий рівень очікувань відзначено лише у 22%, а половина

опитаних має низькі очікування, що свідчить про значне зниження вимог до емоційної підтримки, можливо, як адаптаційний механізм у складних життєвих обставинах.

Що стосується оцінки привабливості партнера, сім'ї без захворювань проявляють високі очікування у 68% випадків, а у шлюбах із захворюваннями цей показник знижений до 51%, що все ж залишається досить високим рівнем. Це свідчить про те, що фізична привабливість і зовнішні характеристики партнера продовжують відігравати важливу роль для підтримки інтимних і соціальних аспектів відносин, навіть якщо загальна інтенсивність рольових очікувань знижена.

Таким чином, загальна картина демонструє, що сім'ї без венеричних захворювань характеризуються високими рольовими очікуваннями у всіх сферах, що свідчить про активну взаємодію, контроль, участь у побуті, вихованні дітей, підтримку емоційного балансу та соціальну активність. Шлюби із захворюваннями проявляють зниження очікувань, особливо у побутовій, батьківській, інтимно-сексуальній та емоційно-психологічній сферах. Це зниження можна розглядати як адаптаційний механізм, спрямований на мінімізацію конфліктів, пристосування до нових обставин та збереження стабільності відносин. Водночас деякі сфери, зокрема привабливість партнера, залишаються важливими, що підкреслює збереження базових мотивацій у партнерстві навіть за наявності серйозних проблем зі здоров'ям.

3.3. Сімейні взаємини у родинах із венеричними захворюваннями

Один із етапів нашого магістерського дослідження був присвячений перевірці гіпотези щодо негативного впливу суб'єктивного переживання венеричних захворювань на сприйняття внутрішньосімейних відносин. Для цього використовували результати методики «Незавершені речення» Сакса і Сіднея. В якості статистичного критерію застосовувався критерій χ^2 Пірсона.

Дослідження впливу статі пацієнтів, тривалості та тяжкості захворювання на суб'єктивну оцінку сімейного оточення здійснювалося за допомогою «Незавершених речень» та методики «Шкала сімейного оточення» (ШСО). Перевірка другої гіпотези здійснювалася шляхом порівняння отриманих даних із застосуванням багатовимірної дисперсійної аналізу (MANOVA) та критерію Роя. Перед цим перевірка критерієм Шапіро–Уїлка підтвердила, що спостережуваний розподіл аналізованих показників не відрізняється від нормального ($p > 0,05$) та забезпечується рівність дисперсій вибірок.

Наступний етап дослідження був спрямований на перевірку гіпотези щодо своєрідності суб'єктивної оцінки внутрішньосімейних відносин у людей із венеричними захворюваннями порівняно з тими, у кого таких хвороб немає. Для цього використовували ті ж методи: напівструктуроване інтерв'ю, «Незавершені речення» та методику ШСО; обробка даних здійснювалася за допомогою U-критерію Манна–Уїтні. Статистична обробка результатів проводилася у програмі IBM SPSS v.21.

Результати методики «Незавершені речення» Сакса і Сіднея показали, що більшість пацієнтів із венеричними захворюваннями оцінюють сімейну обстановку як напружену та проблемну. Лише 26% респондентів зазначили, що у сім'ї панує «гармонія», «лад» чи «порядок», тоді як значна частина (74%) відзначила наявність конфліктів, нерозуміння та дискомфорту у внутрішньосімейних стосунках. Більшість опитаних (92%) вважають, що захворювання певною мірою негативно впливає на сімейні взаємини, що контрастує з оцінками респондентів без венеричних захворювань (24%) ($\chi^2 = 3,18$, $df = 1$, $p = 0,075$).

Апостеріорні порівняння з використанням U-критерію Манна–Уїтні з поправкою Бонферроні виявили, що респонденти з венеричними захворюваннями мають значно нижчі показники за шкалами ШСО «Експресивність», «Конфлікт» та «Незалежність», а показник «Контроль» у їхніх сім'ях є значно вищим. Це свідчить про меншу здатність вільно виражати емоції, у тому числі негативні, обмежену автономію та більш жорсткий,

ієрархічний контроль у сімейному колі порівняно з респондентами без захворювань.

Статистичний аналіз впливу статі та тривалості захворювання за допомогою MANOVA показав, що стать впливає на шкалу «Експресивність», причому чоловіки оцінюють свою здатність відкрито виражати емоції у сім'ї вищою, ніж жінки. Жінки частіше уникають обговорення хвороби з рідними (33%), тоді як чоловіки більш нейтрально оцінюють реакцію сім'ї (57%) і рідше просять про допомогу (21%), воліючи вирішувати проблеми самотійно або залучати друзів.

Вплив тяжкості захворювання на суб'єктивну оцінку сімейного функціонування проявляється протилежно: пацієнти зі середньою тяжкістю хвороби оцінюють свою незалежність нижче та відчуття сімейної сплоченості вище, ніж ті, у кого легкий або тяжкий перебіг. Чоловіки при легкому перебігу відчують меншу Згуртованість, а жінки під час важкого перебігу – знижену належність до сім'ї.

Отже, суб'єктивні переживання, пов'язані з венеричними захворюваннями, негативно відображаються на оцінці внутрисімейних стосунків. Пацієнти демонструють обмежену відкритість у вираженні емоцій та нижчу самотійність у вирішенні сімейних проблем порівняно з респондентами без захворювань. Жінки частіше утримуються від обговорення хвороби та менш схильні просити допомогу, тоді як чоловіки частіше проявляють автономність у вирішенні проблем. У сім'ях пацієнтів із венеричними захворюваннями більш характерні ієрархічність, контроль та ригідність правил, що може ускладнювати адаптацію до змін у сімейному укладі, спричинених хворобою. Середня тяжкість захворювання асоціюється з підвищеною згуртованістю та зниженням автономності в сім'ї, тоді як чоловіки оцінюють Згуртованість нижче при легкому перебігу, а жінки – під час важкого.

Таким чином, більшість пацієнтів з венеричними захворюваннями відчують негативний вплив хвороби на сімейні взаємини. Стать та тяжкість

захворювання визначають суб'єктивну оцінку сімейного мікроклімату, тоді як тривалість хвороби статистично незначуща. Високий рівень контролю, обмежена експресивність та низька самостійність у прийнятті рішень характеризують сімейне середовище хворих і потребують подальшого вивчення для визначення груп ризику та розробки психологічних стратегій підтримки.

Таблиця 3.3.1.

**Середні значення балів методики ШСО в порівнюваних групах
(N=100)**

Шкали	Респонденти без венеричних захворювань M±SD	Респонденти з венеричними захворюваннями M±SD	U	p
Експресивність	6,28±0,25	5,21±0,53	603	<0,001
Конфлікт	6,04±0,21	4,62±0,31	619	<0,001
Незалежність	5,78±0,51	4,69±0,21	576	<0,001
Контроль	4,36±0,22	5,55±0,33	659	0,001

Аналіз середніх значень балів за шкалами методики ШСО показав суттєві відмінності між респондентами з венеричними захворюваннями та контрольної групи без таких хвороб.

За шкалою експресивності спостерігалось значне зниження показника у групі пацієнтів із венеричними захворюваннями (M=5,21; SD=0,53) порівняно з респондентами без захворювань (M=6,28; SD=0,25). Статистично значуща різниця підтверджена U-критерієм Манна–Уїтні (U=603; p<0,001), що свідчить про менш виражену здатність до відкритого вираження емоцій та комунікації у пацієнтів із ВЗ.

Шкала конфліктності також виявила значущу різницю: група з венеричними захворюваннями мала нижчий середній бал (M=4,62; SD=0,31) порівняно з контрольною групою (M=6,04; SD=0,21; U=619; p<0,001). Це свідчить про потенційно підвищену напруженість у сімейних відносинах або,

навпаки, про уникання відкритих конфліктів через психологічний дискомфорт, пов'язаний із захворюванням.

За шкалою незалежності також відзначається значне зниження у групі хворих ($M=4,69$; $SD=0,21$) порівняно з контрольними респондентами ($M=5,78$; $SD=0,51$; $U=576$; $p<0,001$), що вказує на обмежену автономію та ініціативність у сімейних стосунках, можливо, через вплив стресу чи внутрішньої напруги, пов'язаної із захворюванням.

Цікаво, що шкала контролю показала протилежну тенденцію: респонденти з венеричними захворюваннями мали вищі середні значення ($M=5,55$; $SD=0,33$) порівняно з особами без захворювань ($M=4,36$; $SD=0,22$; $U=659$; $p=0,001$). Це може свідчити про прагнення до більш жорсткого регулювання сімейного життя або посиленої уваги до правил і порядку, що може бути компенсаторним механізмом психологічного захисту.

Отже, отримані результати свідчать про те, що наявність венеричних захворювань впливає на суб'єктивне сприйняття сімейних взаємин: респонденти з ВЗ проявляють нижчу експресивність, конфліктність та незалежність, водночас демонструючи підвищений рівень контролю в сімейному середовищі. Ці зміни можуть відображати особливості емоційної регуляції, адаптаційних стратегій та внутрішньосімейної динаміки у хворих на венеричні захворювання.

Таблиця 3.3.2.

Середні показники в групах чоловіків і жінок із різною тривалістю захворювання за шкалою «Експресивність» (N=66)

Групи	Тривалість захворювання	Експресивність $M \pm SD$	F-статистика
Жінки (n=36)	до 10 років	$6,61 \pm 0,24$	$F=8,33$, $df=65$, $p=0,006$
	10–20 років	$5,64 \pm 0,33$	
	понад 20 років	$6,94 \pm 0,19$	
Чоловіки (n=30)	до 10 років	$6,45 \pm 0,25$	
	10–20 років	$5,32 \pm 0,31$	
	понад 20 років	$5,41 \pm 0,21$	

Аналіз показників шкали «Експресивність» у підгрупах чоловіків та жінок із різною тривалістю венеричного захворювання дозволяє простежити значущі відмінності у здатності відкрито виражати емоції в сімейному колі залежно від статі та часу перебігу хвороби. Загальна кількість обстежених у цій підвибірці становила 66 осіб, з них 36 жінок та 30 чоловіків.

Серед жінок найнижчі показники експресивності спостерігалися у групі з тривалістю захворювання від 10 до 20 років ($M=5,64$, $SD=0,33$), що вказує на певне пригнічення або стриманість у вираженні емоцій у сім'ї серед респонденток із середньою тривалістю хвороби. Найвищі показники відзначені у групі з тривалістю понад 20 років ($M=6,94$, $SD=0,19$), а також у жінок із хворобою до 10 років ($M=6,61$, $SD=0,24$), що свідчить про більш відкриту експресію почуттів у цих підгрупах. F-статистика ($F=8,33$, $df=65$, $p=0,006$) підтверджує статистичну значущість розбіжностей між групами жінок, що дозволяє стверджувати про реальні відмінності у вираженні емоцій залежно від тривалості захворювання.

Серед чоловіків тенденція дещо відрізняється. Найнижчі показники експресивності відзначені у групі з тривалістю захворювання 10–20 років ($M=5,32$, $SD=0,31$) і понад 20 років ($M=5,41$, $SD=0,21$), тоді як найвищий рівень відкритості у вираженні емоцій зафіксований у чоловіків із хворобою до 10 років ($M=6,45$, $SD=0,25$). Це свідчить про поступове зниження здатності демонструвати емоції у сімейному колі з подовженням тривалості захворювання.

Порівняння чоловіків і жінок свідчить про гендерні відмінності у вираженні емоцій: жінки з тривалою (>20 років) хворобою проявляють найвищу експресивність, тоді як чоловіки із тривалістю хвороби понад 20 років демонструють нижчі показники. Таким чином, вплив тривалості захворювання на здатність відкрито виражати емоції в сім'ї проявляється по-різному для чоловіків і жінок: у жінок спостерігається тенденція до підвищення експресивності при тривалому перебігу хвороби, тоді як у чоловіків – до її зниження.

Висновок, який випливає з аналізу, полягає в тому, що тривалість захворювання є важливим фактором, який модулює експресивність членів сім'ї, а гендерні особливості визначають напрямок цих змін: жінки поступово звикають або пристосовуються до хвороби, що дозволяє їм більш відкрито демонструвати емоції, тоді як чоловіки з часом стають більш стриманими та менш схильними до емоційного вираження у сімейному колі.

Таблиця 3.3.3.

Середні показники у групах пацієнтів із венеричними захворюваннями різного статі та тяжкості захворювання за шкалами «Згуртованість» та «Незалежність» (N=66)

Групи	Тяжкість захворювання	Згуртованість M±SD	Незалежність M±SD	F-статистика
Жінки (n=36)	легка	6,21±0,32	6,06±0,19	F=4,52, df=65, p=0,039
	середня	5,78±0,31	5,91±0,22	
	тяжка	7,82±0,22	6,73±0,33	
Чоловіки (n=30)	легка	7,78±0,25	6,22±0,31	
	середня	5,44±0,23	4,89±0,25	
	тяжка	7,11±0,20	6,44±0,25	

Аналіз середніх показників шкал «Згуртованість» та «Незалежність» у пацієнтів із венеричними захворюваннями (N=66) демонструє взаємозв'язок між тяжкістю хвороби, статтю респондентів та суб'єктивною оцінкою сімейного мікроклімату. Серед обстежених 36 жінок і 30 чоловіків, які були класифіковані за тяжкістю захворювання як легка, середня та тяжка. F-статистика (F=4,52, df=65, p=0,039) вказує на статистично значущі відмінності між групами.

У жінок показники шкали «Згуртованість» виявилися найнижчими при середній тяжкості захворювання (M=5,78, SD=0,31), що свідчить про тимчасове зниження відчуття єдності та згуртованості у сім'ї при перебігу хвороби середнього ступеня. Для жінок із легкою хворобою показник

сплоченості був дещо вищий ($M=6,21$, $SD=0,32$), тоді як при тяжкій хворобі він значно зростав ($M=7,82$, $SD=0,22$), що може відображати підвищену підтримку та інтеграцію в сімейному колі у критичні моменти хвороби.

Щодо шкали «Незалежність», у жінок найнижчі значення були зафіксовані при середній тяжкості хвороби ($M=5,91$, $SD=0,22$), а найвищі – при тяжкому перебігу ($M=6,73$, $SD=0,33$), що свідчить про тенденцію до підвищення автономії та самостійності у прийнятті рішень та обговоренні проблем у сім'ї за умов серйозної хвороби.

У чоловіків аналогічні закономірності спостерігаються частково. Показник «Згуртованість» був високим при легкій хворобі ($M=7,78$, $SD=0,25$), різко знижувався при середній тяжкості ($M=5,44$, $SD=0,23$) і знову зростав при тяжкому перебігу ($M=7,11$, $SD=0,20$). Це свідчить про тимчасове ослаблення відчуття єдності сім'ї у чоловіків при середньому ступені захворювання та певне збільшення підтримки у більш критичних станах. Шкала «Незалежність» у чоловіків найнижча при середній тяжкості ($M=4,89$, $SD=0,25$), тоді як при легкій хворобі ($M=6,22$, $SD=0,31$) та тяжкій ($M=6,44$, $SD=0,25$) вона демонструє вищі значення, що свідчить про більшу автономію у прийнятті рішень та самостійність при початковому та критичному рівні хвороби.

Зіставлення чоловіків і жінок демонструє цікаві гендерні відмінності. У легких та тяжких випадках чоловіки та жінки відзначають високий рівень сплоченості, але жінки при тяжкому перебігу демонструють ще більшу згуртованість і незалежність, ніж чоловіки. При середньому ступені тяжкості хвороби обидві статі відчувають зниження сплоченості, проте чоловіки також більшою мірою втрачають відчуття автономії у порівнянні з жінками.

Таким чином, результати свідчать про складну взаємодію статі та тяжкості хвороби у формуванні суб'єктивного відчуття згуртованості та незалежності в сімейних стосунках. Середній ступінь тяжкості захворювання асоціюється зі зниженням сплоченості та автономії, тоді як легкий та тяжкий ступінь демонструють більш високий рівень згуртованості та самостійності,

причому ефект тяжкої хвороби у жінок виражений сильніше. Ці закономірності можуть свідчити про адаптивні механізми підтримки та автономії у сім'ї, залежно від статі та критичності стану здоров'я.

3.4. Специфіка взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях

Дослідження показало різну вираженість конфліктної поведінки у подружніх пар з різним станом здоров'я. Для оцінки використовувалася методика «Характер взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях» (Ю.Є. Альошина, Л.Я. Гозман).

У сім'ях із венеричними захворюваннями спостерігалася переважно пасивна або негативна реакція на конфлікти: більшість респондентів уникають визнання своєї вини, активно заперечують причетність до конфлікту або реагують із роздратуванням. Найчастішими зонами конфліктів стали фінансові питання, прагнення домінувати, невідповідність рольових очікувань та прагнення до автономії. Конфлікти також часто виникають через неузгодженість сімейних цінностей і невідповідність очікувань партнерів щодо шлюбних ролей. Розбіжності у поглядах на гроші, домінування та автономію подружжя призводять до підвищеної напруженості у таких родинах.

Натомість у сім'ях без венеричних захворювань спостерігалися більш позитивні та пасивно-позитивні реакції на конфлікти: респонденти частіше визнають власну роль у конфліктній ситуації, намагаються врегулювати суперечки та дотримуються більш гнучкої ролевої поведінки. Конфлікти у цих родинах частіше виникають у сфері взаємин з родичами та друзями або через непорозуміння у сфері домінування, але їх частота та інтенсивність нижчі, а сімейні ролі та очікування більш узгоджені.

Таким чином, стан здоров'я та супутні фактори впливають на стратегії поведінки подружжя у конфліктних ситуаціях: у сім'ях із

венеричними захворюваннями конфлікти більш часті, напружені та пов'язані з невідповідністю рольових очікувань, тоді як у родинях без захворювань конфлікти менш виражені, а взаємодія більш гнучка та конструктивна.

Таблиця 3.4.1.

Специфіка взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях

Параметр конфліктної взаємодії	Сім'ї із венеричними захворюваннями	Сім'ї без венеричних захворювань
Реакція на визнання вини у конфлікті	Негативна — 25% Пасивна — 52% Позитивна — 23%	Негативна — 11% Пасивна — 77% Позитивна — 12%
Реакція на привід до конфлікту	Негативна — 39% Пасивна — 51% Позитивна — 10%	Негативна — 27% Пасивна — 25% Позитивна — 48%
Основні причини конфліктів	Матеріальні питання — 90% Неузгодженість інтересів — 66% Невідповідність очікувань — 65% Друзі/родичі — 50% Домінування — 45% Виховання дітей — 40% Автономія — 40% Ревнощі — 30%	Родичі та друзі — 85% Автономія — 80% Домінування — 80% Невиправдані очікування — 55% Матеріальні питання — 40% Неузгодженість у стосунках — 30% Ревнощі — 20% Виховання дітей — 20%
Статистично значущі показники (t-критерій)	Гроші — 5,03 Прагнення до домінування — 6,9 Неузгодженість ролей — 9,0 Очікування від партнера — 4,66 Прагнення автономії — 4,20	Гроші — 3,16 Прагнення до домінування — 7,4 Неузгодженість ролей — 7,96 Очікування від партнера — 3,43 Прагнення автономії — 2,10
Причини конфліктності у пріоритеті	Фінансові питання, невідповідність очікувань, рольові домагання, прагнення жінок до автономії	Взаємини з родичами/друзями, прагнення до автономії та домінування, узгодженість рольових очікувань

Детальний аналіз представлених результатів дослідження конфліктної взаємодії у родинах із венеричними захворюваннями (ВЗ) порівняно з родинами без ВЗ дозволяє виділити специфічні особливості поведінки, типові причини конфліктів та ключові фактори конфліктності.

Починаючи з реакцій на визнання вини у конфлікті, у сім'ях із ВЗ спостерігається значно більш виражена пасивна поведінка (52 %), що свідчить про ухилення від прямого обговорення проблеми та зниження активного пошуку компромісу. Негативні реакції складають 25 %, що майже вдвічі більше, ніж у сім'ях без ВЗ (11 %), тоді як позитивна реакція зустрічається у 23 % випадків, перевищуючи 12 % у контрольній групі. Це вказує на те, що сім'ї із ВЗ частіше реагують на конфлікт з критичною позицією або захисною поведінкою, що може бути зумовлено підвищеним емоційним навантаженням і тривожністю, пов'язаною з діагнозом.

Аналіз реакцій на привід до конфлікту демонструє інверсну картину: у сім'ях із ВЗ негативна реакція переважає (39 %), пасивна зберігається на високому рівні (51 %), а позитивна — мінімальна (10 %). У сім'ях без ВЗ, навпаки, домінує позитивна реакція (48 %) при значно меншому відсотку пасивних (25 %) і негативних (27 %) відповідей. Така різниця підкреслює більш конфліктогенний характер родин із ВЗ: вони частіше реагують захисно або агресивно на будь-які провокації, у той час як контрольні сім'ї демонструють більш конструктивну поведінку і готовність до компромісу.

Щодо основних причин конфліктів, у сім'ях із ВЗ провідними є матеріальні питання (90 %), що посідає перше місце серед факторів конфліктності. Високі показники також відзначаються для неузгодженості інтересів (66 %) та невідповідності очікувань (65 %). Взаємини з друзями та родичами (50 %) і прояв домінування (45 %) теж мають значний вплив. При цьому конфлікти, пов'язані з вихованням дітей та прагненням до автономії, зустрічаються у 40 % випадків, а ревності — у 30 %. У сім'ях без ВЗ основними джерелами конфліктів є взаємини з родичами та друзями (85 %), прагнення до автономії та домінування (по 80 %), а матеріальні питання

займають лише п'яте місце (40 %). Це свідчить про те, що конфліктогенність у сім'ях із ВЗ пов'язана переважно з внутрішньосімейними ресурсними та рольовими аспектами, тоді як у контрольній групі конфлікти більше зумовлені соціальною взаємодією та узгодженістю ролей.

Статистично значущі показники за t-критерієм демонструють суттєві відмінності у кількісних оцінках окремих параметрів. Так, у сім'ях із ВЗ підвищені показники щодо грошей (5,03 проти 3,16) і прагнення автономії (4,20 проти 2,10), що вказує на більш гостру чутливість до фінансових питань та самостійності партнерів. Одночасно неузгодженість ролей (9,0 проти 7,96) і очікування від партнера (4,66 проти 3,43) у родинях із ВЗ також значно вищі, що підкреслює роль конфліктності у сфері міжособистісних взаємин і взаємних очікувань. Показник прагнення до домінування виявився нижчим у сім'ях із ВЗ (6,9 проти 7,4), що може пояснюватися пасивною або оборонною моделлю поведінки у конфлікті, коли партнери більше реагують на поведінку іншого, ніж проявляють активну домінуючу позицію.

У пріоритеті причин конфліктності у сім'ях із ВЗ стоять фінансові питання, невідповідність очікувань, рольові домагання та прагнення жінок до автономії, тоді як у сім'ях без ВЗ головними є взаємини з родичами та друзями, прагнення до автономії та домінування і узгодженість рольових очікувань. Такий розподіл демонструє, що психологічний профіль конфліктності у родинях із ВЗ відрізняється більшою емоційною і ресурсною напруженістю, а також внутрішньосімейною нестабільністю щодо ролей і очікувань.

Загалом, аналіз результатів свідчить про те, що сім'ї із венеричними захворюваннями характеризуються високим рівнем конфліктності, більшою негативною і пасивною реакцією на конфліктні ситуації, внутрішньою напруженістю щодо матеріальних питань, невідповідності очікувань та рольових домагань, а також підвищеною чутливістю до

автономії партнерів. У сім'ях без ВЗ конфлікти здебільшого виникають через зовнішні взаємини і соціальні взаємодії, а реакції на конфліктні ситуації є більш конструктивними та позитивними. Такі дані дозволяють виділити специфічні сфери втручання для психокорекційної роботи та сімейного консультування.

Таблиця 3.4.2

Реакція на визнання вини у конфлікті

Реакція	Сім'ї із ВЗ	Сім'ї без ВЗ	Аналіз
Негативна	25%	11%	У сім'ях із ВЗ четверта частина партнерів реагує агресивно або заперечно на спроби визнати власну провину. Це свідчить про низький рівень саморефлексії і захисної поведінки, що підтримує конфлікт. У сім'ях без ВЗ тільки 11% мають таку реакцію, що демонструє кращу емоційну стабільність і здатність контролювати негативні емоції.
Пасивна	52%	77%	Більшість партнерів із ВЗ реагують пасивно, тобто ухиляються від визнання своєї провини або перекладають відповідальність. У сім'ях без ВЗ пасивна реакція ще частіша (77%), але вона поєднується з готовністю конструктивно вирішувати конфлікт, що свідчить про більшу зрілість у взаємодії.
Позитивна	23%	12%	23% партнерів із ВЗ визнають власну провину і намагаються конструктивно реагувати. Це може бути компенсаторною стратегією, але нижчий відсоток у сім'ях без ВЗ (12%) пояснюється тим, що там конфлікти менш гострі й партнери більше керують ситуацією без активного «визнання» провини.

Детальний аналіз реакцій на визнання вини у конфлікті у сім'ях із венеричними захворюваннями (ВЗ) порівняно з сім'ями без ВЗ дозволяє

виявити специфіку емоційної та поведінкової реактивності партнерів, що визначає динаміку конфліктних взаємодій.

Починаючи з негативної реакції, у сім'ях із ВЗ її прояв спостерігається у 25 % випадків. Це означає, що кожен четвертий партнер реагує на спробу визнати власну провину агресивно або заперечно. Така поведінка вказує на низький рівень саморефлексії та труднощі з прийняттям особистої відповідальності, що підтримує або загострює конфлікт. Порівняно, у сім'ях без ВЗ негативна реакція складає лише 11 %, що свідчить про кращу емоційну стабільність, здатність до самоконтролю та конструктивного регулювання власних емоцій. Висока частка негативних реакцій у родинах із ВЗ може бути пов'язана із соціально-психологічним навантаженням, страхом стигматизації та внутрішньою напругою, які підсилюють захисну поведінку та агресивні відповіді на конфліктні ситуації.

Щодо пасивної реакції, у сім'ях із ВЗ її прояв спостерігається у 52 % випадків, тобто більшість партнерів ухиляються від прямого визнання своєї провини або перекладають відповідальність на іншого. Це демонструє схильність до уникнення конфлікту та збереження власної безпеки у стресових ситуаціях. У сім'ях без ВЗ пасивна реакція ще частіша (77 %), проте у цьому контексті вона поєднується з більшою здатністю до конструктивного вирішення проблем. Така відмінність свідчить, що пасивність у контрольній групі може виконувати стратегічну функцію стабілізації конфліктної ситуації, тоді як у родинах із ВЗ вона супроводжується високим рівнем емоційної напруженості та меншою ефективністю регуляції конфліктів.

Позитивна реакція, яка включає готовність визнавати провину і конструктивно реагувати на конфлікт, спостерігається у 23 % партнерів із ВЗ. Цей показник демонструє наявність у частини респондентів механізмів самоконтролю та бажання зменшити конфліктну напругу, хоча вони менш численні, ніж пасивні або негативні реакції. У сім'ях без ВЗ позитивна

реакція складає лише 12 %, що можна пояснити менш гострим конфліктним характером взаємодій: там партнери частіше контролюють конфлікт без потреби у явному «визнанні провини», використовуючи більш стабільні способи регуляції конфліктної динаміки.

Загалом, аналіз показує, що реакції на визнання вини у сім'ях із ВЗ більш поляризовані: присутні одночасно високі показники негативних і пасивних реакцій, що свідчить про підвищену емоційну чутливість та конфліктність. У той же час позитивна реакція залишається менш поширеною, але виконує роль компенсаторного механізму зниження напруженості. У сім'ях без ВЗ домінує пасивна, але конструктивно спрямована модель поведінки, а негативні реакції зустрічаються рідше, що підкреслює більш стабільну і регульовану психологічну атмосферу та зрілість у подружній взаємодії.

Таким чином, розподіл реакцій відображає специфіку емоційно-поведінкових стратегій у родинах із ВЗ, де конфліктна взаємодія більш напружена, менш регульована і має виражену тенденцію до емоційного реагування, тоді як у сім'ях без ВЗ конфлікти проходять менш драматично та більш контрольовано.

Таблиця 3.4.3

Реакція на привід до конфлікту

Реакція	Сім'ї із ВЗ	Сім'ї без ВЗ	Аналіз
Негативна	39%	27%	У сім'ях із ВЗ майже 40% партнерів відчують загрозу або реагують агресивно на будь-яку провокацію, що свідчить про конфліктну напруженість. У сім'ях без ВЗ тільки чверть партнерів реагує негативно, що свідчить про вищу здатність до самоконтролю.
Пасивна	51%	25%	Більшість партнерів із ВЗ реагує

			пасивно, уникаючи конфлікту або перекладаючи відповідальність. У сім'ях без ВЗ пасивна реакція нижча (25%), що свідчить про більш активну, але контрольовану взаємодію.
Позитивна	10%	48%	Лише 10% партнерів із ВЗ оцінюють свій внесок у конфлікт конструктивно, тоді як у сім'ях без ВЗ майже половина партнерів готова позитивно реагувати, визнавати помилки та шукати рішення.

Детальний аналіз реакцій на привід до конфлікту у сім'ях із венеричними захворюваннями (ВЗ) порівняно з сім'ями без ВЗ демонструє суттєві відмінності у поведінкових стратегіях партнерів і свідчить про специфіку конфліктної динаміки у родинах із ВЗ.

Негативна реакція, яка проявляється у вигляді агресії, заперечення або демонстрації ворожості у відповідь на провокацію, спостерігається у 39 % партнерів із ВЗ. Це свідчить про високу емоційну чутливість, схильність до конфронтації та низький рівень здатності до саморегуляції у стресових ситуаціях. Такий високий показник негативної реакції може бути пов'язаний із внутрішньою напругою, страхом стигматизації та соціально-психологічними труднощами, які підсилюють конфліктну активність. У сім'ях без ВЗ негативна реакція проявляється у 27 % випадків, тобто менше ніж у родинах із ВЗ, що свідчить про більшу стабільність емоційного стану та здатність контролювати негативні емоції у партнерів.

Щодо пасивної реакції, у сім'ях із ВЗ її рівень становить 51 %, тобто більшість партнерів уникають активного реагування на конфліктні провокації або перекладають відповідальність на іншого. Ця поведінка свідчить про страх конфлікту, збереження психологічної безпеки та недостатню здатність до конструктивного вирішення суперечок. Водночас у сім'ях без ВЗ пасивна реакція спостерігається лише у 25 % випадків, що відображає більш активну, але контрольовану взаємодію: партнери здатні реагувати на провокації, але без емоційного загострення, використовуючи

більш регульовані стратегії розв'язання проблем.

Позитивна реакція, яка передбачає конструктивне ставлення до виникнення конфлікту, готовність визнавати власні помилки та шукати компромісні рішення, у сім'ях із ВЗ зустрічається лише у 10 % випадків. Це дуже низький показник, що підкреслює обмеженість здатності партнерів до конструктивного управління конфліктом та відсутність ефективних стратегій саморегуляції у більшості родин із ВЗ. У сім'ях без ВЗ позитивна реакція спостерігається у 48 % випадків, майже половина партнерів здатна оцінювати свій внесок у конфлікт об'єктивно і активно спрямовувати свої дії на вирішення суперечок, що свідчить про високий рівень психологічної зрілості, саморефлексії та комунікативної компетентності.

Таким чином, аналіз показує, що у сім'ях із ВЗ конфліктна взаємодія характеризується одночасно високою часткою негативних і пасивних реакцій, що створює підвищену напруженість у стосунках і зменшує можливість конструктивного вирішення конфліктів. У той же час у сім'ях без ВЗ домінує позитивна реакція та контрольована активність, що дозволяє уникати ескалації конфліктів і підтримувати стабільність подружніх взаємин. Високі відсотки негативних і пасивних реакцій у родинях із ВЗ можуть бути відображенням психосоціального навантаження, тривожності та страху соціальної дискримінації, що робить ці родини більш уразливими до конфліктних ситуацій.

Таблиця 3.4.4.

Основні причини конфліктів

Причина	Сім'ї із ВЗ	Сім'ї без ВЗ	Аналіз
Матеріальні питання	90%	40%	Фінансова нестабільність — ключова зона конфлікту для сімей із ВЗ. У сім'ях без ВЗ лише 40% конфліктів пов'язані з грошима.

Неузгодженість інтересів	66%	30%	У сім'ях із ВЗ партнери частіше стикаються з розбіжностями у пріоритетах та побутових інтересах.
Невідповідність очікувань	65%	55%	Обидві групи мають конфлікти через очікування, але у сім'ях із ВЗ це проявляється частіше.
Друзі/родичі	50%	85%	У сім'ях без ВЗ соціальні контакти стають головним джерелом конфлікту (85%), тоді як у сім'ях із ВЗ цей фактор менше значущий.
Домінування	45%	80%	Сім'ї без ВЗ частіше стикаються з конфліктами через боротьбу за лідерство та автономію, тоді як у сім'ях із ВЗ домінування менше впливає на конфлікти.
Виховання дітей	40%	20%	У сім'ях із ВЗ конфлікти через дітей трапляються частіше, можливо через стрес і недостатній рівень комунікації.
Автономія	40%	80%	У сім'ях без ВЗ прагнення до автономії є частою причиною конфліктів, але ці конфлікти конструктивніші.
Ревнощі	30%	20%	Менш значущий фактор у обох групах, але у сім'ях із ВЗ трохи частіше.

Детальний аналіз результатів щодо основних причин конфліктів у сім'ях із венеричними захворюваннями (ВЗ) і без ВЗ показує виразні відмінності у структурі конфліктогенних факторів та пріоритетах, що впливають на подружню взаємодію.

Найпомітнішою відмінністю є роль матеріальних питань. У сім'ях із ВЗ фінансова нестабільність є визначальним джерелом конфліктів — 90 % партнерів зазначають гроші як причину суперечок. Це вказує на високий рівень економічного стресу, який потенційно пов'язаний із лікувальними витратами, соціально-економічними труднощами та тривогою через здоров'я. У сім'ях без ВЗ лише 40 % конфліктів пов'язані з фінансами, що

свідчить про відносну стабільність або нижчу емоційну напруженість у цій сфері.

Неузгодженість інтересів проявляється у 66 % випадків у сім'ях із ВЗ, тоді як у сім'ях без ВЗ — 30 %. Це демонструє, що у родинах із ВЗ партнери частіше мають різні пріоритети та способи проведення часу, що призводить до побутових та ціннісних суперечок. Високий показник невідповідності очікувань у сім'ях із ВЗ (65 % проти 55 % у сім'ях без ВЗ) підтверджує, що очікування щодо поведінки, ролей і взаємодії часто не збігаються, що створює додатковий тиск на подружжя.

Соціальні контакти з родичами та друзями, навпаки, є більш значущою причиною конфліктів у сім'ях без ВЗ — 85 % конфліктів у цій групі пов'язані із зовнішніми впливами, тоді як у сім'ях із ВЗ цей фактор має меншу значущість — 50 %. Це може свідчити про соціальну ізоляцію або концентрацію внутрішніх проблем у родинах із ВЗ, де зовнішні взаємодії менш важливі для конфліктів.

Домінування у партнерських стосунках також показує протилежну тенденцію. У сім'ях без ВЗ 80 % конфліктів пов'язані з боротьбою за контроль і автономію, тоді як у сім'ях із ВЗ домінування є причиною лише 45 % конфліктів. Це може свідчити про те, що у родинах із ВЗ конфліктні взаємодії більше зосереджені на матеріальних та емоційних питаннях, ніж на структурі влади у сім'ї.

Конфлікти через виховання дітей спостерігаються частіше у сім'ях із ВЗ — 40 % проти 20 % у сім'ях без ВЗ. Це відображає підвищений рівень стресу, психологічну напруженість та потенційні труднощі у взаємодії з дітьми, що може посилювати конфліктність у сім'ї.

Прагнення до автономії у сім'ях без ВЗ є однією з провідних причин конфліктів (80 %), що свідчить про більш активну боротьбу за особистісну незалежність та самореалізацію. У сім'ях із ВЗ автономія є менш значущим фактором конфліктів (40 %), що може пояснюватися зосередженістю на більш нагальних проблемах, таких як фінанси та рольові суперечності.

Ревнощі є менш значущим фактором у обох групах, але у сім'ях із ВЗ вони зустрічаються трохи частіше (30 % проти 20 %), що може бути пов'язано із підвищеною тривожністю, психологічною вразливістю та невпевненістю у партнерських стосунках.

Загалом, аналіз показує, що для сімей із ВЗ основними конфліктогенними зонами є фінансові питання, невідповідність очікувань та рольові суперечності, що створює високий рівень стресу і напруженості у відносинах. Для сімей без ВЗ ключовими джерелами конфліктів є прагнення до автономії, соціальні контакти та домінування, що відображає більш конструктивний, але активний тип взаємодії, орієнтований на узгодження ролей та особистісних прав партнерів. Ці відмінності демонструють, що психологічні та соціальні фактори, пов'язані із захворюванням, значно впливають на структуру конфліктів і способи їх прояву у подружніх стосунках.

Таблиця 3.4.5

Статистично значущі розбіжності (t-критерій Стьюдента)

Параметр	Сім'ї із ВЗ	Сім'ї без ВЗ	t-критерій	p	Значення
Гроші	5,03	3,16	-2,855	<0,01	Висока конфліктогенність у сім'ях із ВЗ
Прагнення до домінування	6,9	7,4	-4,886	<0,05	Чоловіки у сім'ях без ВЗ частіше прагнуть домінувати; у сім'ях із ВЗ конфлікти частіше через суперечки про роль жінки
Неузгодженість ролей	9,0	7,96	-3,607	<0,03	Сім'ї із ВЗ мають більшу плутанину у ролях, що підвищує конфліктність
Очікування від партнера	4,66	3,43	2,510	<0,001	У сім'ях із ВЗ розбіжності в

					очікуваннях більш виражені
Прагнення автономії	4,20	2,10	3,925	<0,001	У сім'ях із ВЗ автономія жінок частіше викликає конфлікти

Детальний аналіз статистично значущих розбіжностей між сім'ями із венеричними захворюваннями (ВЗ) та сім'ями без ВЗ за параметрами конфліктної взаємодії демонструє системні відмінності у структурі конфліктів, їх джерелах та поведінкових моделях партнерів.

Параметр «Гроші» показує середній бал 5,03 у сім'ях із ВЗ та 3,16 у сім'ях без ВЗ, при $t = -2,855$ і $p < 0,01$. Ця різниця є статистично значущою і свідчить про високий рівень конфліктності у сфері фінансів у родинах із ВЗ. Фінансові питання стають центральним джерелом суперечок, що, ймовірно, пов'язано з витратами на лікування, економічною нестабільністю та загальним стресом, що супроводжує наявність захворювання. У сім'ях без ВЗ конфлікти через гроші менш інтенсивні та менш часті, що відображає відносну стабільність економічної ситуації та нижчу емоційну напруженість у цій сфері.

Параметр «Прагнення до домінування» має середній бал 6,9 у сім'ях із ВЗ і 7,4 у сім'ях без ВЗ при $t = -4,886$ і $p < 0,05$. Незважаючи на те, що чоловіки у сім'ях без ВЗ частіше демонструють прагнення до лідерства, у родинах із ВЗ конфлікти проявляються не стільки через боротьбу за владу, скільки через суперечки щодо ролі жінки у сімейних процесах. Це може відображати порушення традиційних очікувань щодо розподілу обов'язків у сім'ї, що підвищує внутрішньосімейну напруженість.

Параметр «Неузгодженість ролей» у сім'ях із ВЗ складає 9,0 проти 7,96 у сім'ях без ВЗ при $t = -3,607$ і $p < 0,03$. Високий показник у родинах із ВЗ свідчить про більшу плутанину в очікуваннях щодо ролей чоловіка і дружини. Це створює сприятливе середовище для конфліктів, оскільки

партнери не узгоджують свої дії, що призводить до частих суперечок, напруження та невдоволення взаємними обов'язками.

Параметр «Очікування від партнера» показує середній бал 4,66 у сім'ях із ВЗ і 3,43 у сім'ях без ВЗ при $t = 2,510$ і $p < 0,001$. Це свідчить про те, що у родинх із ВЗ розбіжності у взаємних очікуваннях є більш вираженими. Партнери часто мають різні уявлення про обов'язки, рольові функції та поведінку в стосунках, що посилює напруженість і конфліктність.

Параметр «Прагнення автономії» має середній бал 4,20 у сім'ях із ВЗ та 2,10 у сім'ях без ВЗ при $t = 3,925$ і $p < 0,001$. Це вказує на те, що прагнення до автономії, особливо у жінок, частіше стає джерелом конфліктів у родинх із ВЗ. Високий рівень конфліктності з цього приводу може відображати спроби партнерів визначити межі самостійності, що викликає суперечки щодо особистісної незалежності та контролю у сім'ї.

Таким чином, аналіз статистично значущих параметрів підтверджує, що сім'ї із ВЗ характеризуються більш високим рівнем конфліктності, особливо у сферах фінансів, рольових очікувань, автономії та взаємних очікувань партнерів. У цих родинх конфлікти частіше виникають через невідповідність ролей і суперечки щодо функціональних обов'язків, тоді як у сім'ях без ВЗ конфлікти більш пов'язані з прагненням до домінування, автономією та узгодженням соціальних ролей. Ці результати підкреслюють необхідність цільового психологічного втручання для покращення комунікації, узгодження очікувань і формування конструктивних стратегій взаємодії у сім'ях із венеричними захворюваннями.

Аналіз показників поведінки у конфліктних ситуаціях серед сімей із венеричними захворюваннями (ВЗ) і без них демонструє суттєві відмінності у стилі подружньої взаємодії. У сім'ях із ВЗ, де шлюбний стаж менший за десять років, 25 % партнерів негативно реагують на визнання власної вини у конфлікті, що свідчить про високу емоційну напруженість і низьку здатність до саморефлексії. Пасивна реакція у таких сім'ях зустрічається у

52 % випадків і проявляється у ухиленні від відповідальності або перекладанні її на партнера. Лише 23 % партнерів демонструють позитивну реакцію, готові визнати власну провину та конструктивно впливати на хід конфлікту. У сім'ях без ВЗ, де шлюб триває десять років і більше, негативна реакція на визнання вини спостерігається лише у 11 % респондентів, пасивна — у 77 %, а позитивна — у 12 %, що свідчить про більш зрілу конфліктну компетентність і здатність контролювати емоційний вплив ситуації.

Щодо реакції на привід до конфлікту, сім'ї із ВЗ проявляють негативну реакцію у 39 % випадків і пасивну — у 51 %, тоді як позитивну оцінку своєї ролі у конфлікті дають лише 10 % партнерів. У сім'ях без ВЗ негативна реакція спостерігається у 27 %, пасивна — у 25 %, а позитивна — у 48 %, що демонструє більш високий рівень конструктивності та готовності визнавати власні помилки.

Аналіз причин конфліктів свідчить, що у сім'ях із ВЗ домінують фінансові питання, які провокують конфлікт у 90 % випадків, далі за частотою йдуть неузгодженість інтересів (66 %) та невідповідність очікувань (65 %). Менш значущими факторами є суперечки через друзів і родичів (50 %), прагнення до домінування (45 %), виховання дітей і автономія (по 40 %) та ревності (30 %). У сім'ях без ВЗ конфлікти найчастіше виникають через соціальні контакти (85 %), прагнення до автономії та домінування (по 80 %), невиправдані очікування (55 %) і фінансові питання (40 %). Меншу частоту мають конфлікти через неузгодженість у стосунках (30 %), ревності та відмінності у вихованні дітей (по 20 %).

Статистично значущі відмінності між групами підтверджуються *t*-критерієм Стюдента. Показник конфліктності у сфері грошей у сім'ях із ВЗ становить 5,03, тоді як у сім'ях без ВЗ — 3,16 ($t = -2,855$; $p < 0,01$). Прагнення до домінування оцінюється у 6,9 і 7,4 відповідно ($t = -4,886$; $p < 0,05$). Неузгодженість ролей у сім'ях із ВЗ дорівнює 9,0, а у сім'ях без ВЗ —

7,96 ($t = -3,607$; $p < 0,03$). Розбіжності в очікуваннях від партнера складають 4,66 у сім'ях із ВЗ і 3,43 у сім'ях без ВЗ ($t = 2,510$; $p < 0,001$). Прагнення автономії у сім'ях із ВЗ становить 4,20, тоді як у сім'ях без ВЗ — 2,10 ($t = 3,925$; $p < 0,001$). Решта показників, таких як ревності, виховання дітей та соціальні контакти, статистично значущих розбіжностей не демонструють.

Отже, сім'ї із ВЗ характеризуються підвищеною конфліктогенністю через фінансові проблеми, невідповідність очікувань, суперечності у ролях та прагнення до автономії. Вони більш схильні до пасивно-негативної поведінки, що підтримує хронічну напруженість у подружніх стосунках. Сім'ї без ВЗ, навпаки, демонструють пасивно-позитивну або конструктивну реакцію на конфлікти, де головними джерелами напруження є автономія, домінування та соціальні контакти. Узгодженість рольових очікувань та готовність до компромісу сприяють стабільності та зменшенню напруженості у подружніх стосунках.

Висновки до третього розділу

Висновки емпіричного дослідження специфіки сімейних взаємин у родинях із венеричними захворюваннями свідчать про те, що наявність хвороби істотно впливає на внутрішньосімейну динаміку, рольові очікування та психоемоційний клімат. Аналіз отриманих даних показав, що сім'ї, де один із партнерів має венеричне захворювання, характеризуються зниженням експресивності, автономності та узгодженості, водночас спостерігається підвищення контролю й ієрархічності в сімейних взаєминах. Результати методики «Рольові очікування і домагання у шлюбі» засвідчили, що у шлюбах із захворюваннями значно зменшуються очікування щодо побутових обов'язків, виховання дітей, емоційної підтримки та інтимно-сексуальної взаємодії. Це зниження рівня очікувань можна розглядати як адаптаційний механізм, спрямований на мінімізацію конфліктів і збереження стабільності стосунків, тоді як певні аспекти, зокрема привабливість партнера,

залишаються важливими, що свідчить про збереження базових мотивацій у подружніх взаєминах навіть за наявності серйозних проблем зі здоров'ям.

Дослідження сімейного клімату за допомогою методики «Шкала сімейного оточення» показало, що респонденти з венеричними захворюваннями оцінюють сімейну атмосферу як більш напружену і проблемну порівняно з контрольною групою. Пацієнти демонструють нижчу експресивність, меншу готовність до відкритого вираження емоцій і конфліктів, знижену автономність та підвищений контроль у сімейних стосунках. Вплив статі проявляється в тому, що чоловіки частіше зберігають автономність у вирішенні проблем і оцінюють експресивність вираження емоцій вищою, тоді як жінки частіше утримуються від обговорення хвороби і менш схильні просити допомогу, що впливає на суб'єктивне сприйняття сімейного середовища. Тривалість захворювання модулює експресивність по-різному у чоловіків і жінок, у жінок спостерігається тенденція до збільшення відкритого вираження емоцій при тривалому перебігу хвороби, тоді як у чоловіків із часом проявляється її зниження.

Аналіз показників згуртованості та незалежності продемонстрував складну взаємодію між тяжкістю хвороби, статтю та суб'єктивним сприйняттям сімейного мікроклімату. Середній ступінь тяжкості захворювання асоціюється зі зниженням відчуття згуртованості та автономності, у той час як легка та тяжка форми характеризуються вищими показниками цих шкал. У жінок при тяжкому перебігу спостерігається більш високий рівень згуртованості та незалежності, що свідчить про активну підтримку та адаптацію до критичних станів, тоді як чоловіки при середньому ступені тяжкості втрачають частину відчуття автономії та єдності. Результати свідчать, що сімейні стосунки у родинах із венеричними захворюваннями характеризуються підвищеною ієрархічністю, контрольованістю, ригідністю правил, що ускладнює адаптацію до змін у сімейному житті, спричинених хворобою, та підкреслюють важливість врахування гендерних особливостей при оцінці внутрішньосімейних взаємин.

Особливості конфліктної поведінки подружжя у сім'ях із венеричними захворюваннями проявляються у пасивній або негативній реакції на конфлікти, уникненні визнання власної причетності до суперечок і переважанні роздратування чи заперечення. Конфлікти найчастіше пов'язані з фінансовими питаннями, прагненням до домінування, невідповідністю очікувань та ролей, а також суперечностями у сімейних цінностях. У той же час сім'ї без захворювань демонструють більш позитивні та конструктивні моделі взаємодії, гнучкість у ролевій поведінці та готовність до врегулювання суперечок, що свідчить про більшу узгодженість і стабільність сімейних взаємин. Загалом результати дослідження підтверджують гіпотезу про негативний вплив венеричних захворювань на психоемоційний стан сім'ї, рольові очікування, взаємодію та конфліктність, а також вказують на необхідність розробки психологічних стратегій підтримки пацієнтів і членів їхніх родин для підвищення адаптивності та збереження стабільності сімейного клімату.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз засвідчив, що венеричні захворювання є складною медико-психосоціальною проблемою, яка виходить далеко за межі суто соматичного ураження організму. Висока поширеність інфекцій, що передаються статевим шляхом, їх частий безсимптомний або хронічний перебіг, а також тяжкі віддалені наслідки зумовлюють значний вплив не лише на фізичне здоров'я, а й на психологічне благополуччя особистості та функціонування сімейної системи в цілому. Аналіз наукових джерел підтвердив, що венеричні захворювання характеризуються стійкою соціальною стигматизацією, яка формує специфічний фон переживань хворих і їхніх близьких.

Узагальнення даних щодо психологічних особливостей осіб із венеричними захворюваннями показало, що отримання діагнозу часто супроводжується розвитком тривожних і депресивних реакцій, почуттям сорому, провини, страхом соціального осуду та порушенням образу власного тіла. Хронічний або рецидивний перебіг інфекцій сприяє формуванню стійкого психоемоційного дистресу, зниженню самооцінки, соціальній ізоляції та порушенню сексуальної ідентичності. Встановлено, що психологічний стан пацієнтів істотно впливає на перебіг захворювання, прихильність до лікування та якість життя, що підтверджує доцільність застосування біопсихосоціальної моделі в роботі з цією категорією хворих.

Теоретичний аналіз сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями засвідчив, що хвороба виступає потужним кризовим чинником, який змінює структуру ролевих очікувань, характер комунікації та рівень емоційної близькості між членами сім'ї. У таких родинах часто спостерігаються зниження відкритості у спілкуванні, підвищення конфліктності, порушення довіри та емоційне відчуження між партнерами. Особливо вразливою є сексуальна сфера, де страх передачі інфекції, почуття провини та тривога сприяють виникненню психогенних сексуальних дисфункцій і подальшому поглибленню міжособистісних труднощів.

Водночас наукові дані свідчать, що за наявності підтримки, конструктивної комунікації та психологічної допомоги сімейна система може демонструвати адаптивні ресурси, зокрема зростання взаємної відповідальності та емпатії.

Таким чином, результати теоретичного аналізу підтверджують, що венеричні захворювання мають системний вплив на особистість і сім'ю, поєднуючи медичні, психологічні та соціальні аспекти. Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до вивчення сімейних взаємин у родинях із венеричними захворюваннями та створює теоретичну основу для подальшого емпіричного дослідження особливостей рольової взаємодії, емоційного клімату й комунікативних процесів у таких сім'ях, а також для розробки ефективних програм психологічної підтримки пацієнтів і їхніх партнерів.

Проведений методичний аналіз засвідчує, що дослідження психологічних особливостей сімейних взаємин у родинях із венеричними захворюваннями ґрунтується на цілісному, науково обґрунтованому та системному підході. Обраний комплекс психодіагностичних методик дозволяє всебічно охопити ключові виміри сімейного функціонування — емоційний, рольовий, комунікативний та конфліктний — у контексті психосоціальних чинників, пов'язаних із наявністю венеричної патології.

Використання методики «Шкала сімейного оточення» R. H. Moos забезпечує кількісну оцінку соціально-психологічного клімату сім'ї, рівня згуртованості, підтримки, експресивності та конфліктності, а також організаційних характеристик сімейної системи. Можливість аналізу реальної, бажаної та очікуваної моделі сім'ї розширює інтерпретаційний потенціал методики та дозволяє виявити зони напруження і внутрішні протиріччя між актуальним і суб'єктивно значущим образом сімейних взаємин.

Модифікований варіант проєктивної методики «Незакінчені речення» дає змогу проникнути у глибинні емоційні переживання респондентів, їхні внутрішні конфлікти, установки щодо сім'ї, партнера, себе та майбутнього.

Поєднання кількісної оцінки з якісним аналізом відповідей забезпечує розуміння не лише рівня напруженості чи задоволеності взаєминами, а й змісту особистісних переживань, що особливо важливо у ситуації хронічного захворювання, яке може супроводжуватися почуттям провини, сорому, тривоги та зниженням самооцінки.

Опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (А. М. Волков) дозволяє проаналізувати структуру сімейних цінностей подружжя, ступінь узгодженості рольових уявлень і реальної поведінки партнерів, а також рівень рольової адекватності у ключових сферах подружньої взаємодії. Це створює підґрунтя для виявлення прихованих джерел подружніх конфліктів, пов'язаних із невідповідністю очікувань і домагань, що в умовах венеричної патології може істотно посилювати емоційне напруження у сім'ї.

Методика «Характер взаємодії подружжя в конфліктних ситуаціях» (Ю. Альошина, Л. Гозман, О. Дубровська) доповнює дослідження поведінковим аспектом, дозволяючи визначити типові стратегії реагування подружжя на конфлікти, рівень активності чи пасивності, схильність до згоди або протистояння у різних сферах сімейного життя. Її застосування дає змогу виявити найбільш конфліктогенні зони та специфіку комунікативної взаємодії партнерів.

Загалом методичні засади дослідження характеризуються поєднанням стандартизованих опитувальників і проективних методик, що забезпечує баланс між об'єктивністю вимірювань і глибиною психологічного аналізу. Такий підхід дозволяє отримати достовірну, багатовимірну інформацію про психологічні особливості сімейних взаємин, виявити роль сімейного середовища у формуванні емоційних і поведінкових реакцій членів родини, а також створює науково обґрунтовану основу для розробки психокорекційних, консультативних і профілактичних програм підтримки родин із венеричними захворюваннями.

Емпіричне дослідження було спрямоване на комплексне вивчення специфіки сімейних взаємин у родинах із венеричними захворюваннями та порівняння їх із сім'ями без таких проблем зі здоров'ям. У ході роботи проаналізовано вплив захворювання на психологічний клімат сім'ї, рольові очікування подружжя, характер внутрішньосімейної взаємодії та поведінку у конфліктних ситуаціях. Отримані результати підтверджують, що наявність венеричного захворювання виступає значущим чинником трансформації сімейної системи, змінюючи емоційні, комунікативні й рольові аспекти подружніх стосунків.

З'ясовано, що родини, у яких один або обидва партнери мають венеричні захворювання, характеризуються зниженим рівнем експресивності, автономності та незалежності, що поєднується з підвищеним контролем, ієрархічністю та ригідністю сімейних правил. У таких сім'ях члени родини рідше відкрито виражають емоції, частіше уникають прямого обговорення проблем і демонструють обмежену готовність до самостійного прийняття рішень. Водночас високий рівень контролю може виконувати компенсаторну функцію, спрямовану на збереження стабільності та передбачуваності сімейного життя в умовах психоемоційного напруження, пов'язаного з хворобою.

Аналіз рольових очікувань і домагань у шлюбі показав, що у сім'ях без венеричних захворювань домінують високі очікування практично в усіх сферах подружнього життя, що відображає активну взаємодію, залученість у побут, виховання дітей, емоційну підтримку та соціальну активність. Натомість у шлюбах із венеричними захворюваннями простежується зниження рольових очікувань, особливо у господарсько-побутовій, батьківсько-виховній, інтимно-сексуальній та емоційно-психологічній сферах. Такі зміни можна розглядати як адаптаційний механізм, спрямований на зменшення конфліктності та напруження шляхом зниження вимог до партнера. При цьому привабливість партнера залишається відносно

значущою, що свідчить про збереження базових мотивацій подружньої близькості.

Дослідження суб'єктивного сприйняття сімейного середовища показало, що більшість респондентів із венеричними захворюваннями оцінюють внутрішньосімейні стосунки як напружені та проблемні, відзначаючи негативний вплив хвороби на атмосферу в родині. Порівняно з контрольною групою вони демонструють нижчі показники експресивності, незалежності та відкритості у взаємодії, водночас характеризуються підвищеним рівнем контролю. Виявлено гендерні відмінності: жінки частіше уникають обговорення хвороби та менш схильні звертатися по допомогу, тоді як чоловіки демонструють більшу автономність, але з часом знижують емоційну відкритість. Тяжкість захворювання також модулює сімейну динаміку: середній ступінь асоціюється зі зниженням згуртованості та автономії, тоді як легкий і тяжкий перебіг супроводжуються відносно вищою сімейною сплоченістю.

Особливості конфліктної взаємодії засвідчили, що у сім'ях із венеричними захворюваннями конфлікти є більш частими, емоційно напруженими та пов'язаними з матеріальними питаннями, невідповідністю рольових очікувань і прагненням до автономії. Реакції на конфлікти у таких родинах частіше мають пасивний або негативний характер, що ускладнює конструктивне розв'язання суперечностей. У сім'ях без венеричних захворювань конфліктна поведінка є більш гнучкою та орієнтованою на компроміс.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що венеричні захворювання чинять системний вплив на сімейні взаємини, зумовлюючи зниження емоційної відкритості, автономії та рольової узгодженості, а також підвищення контролю й конфліктності. Виявлені закономірності підкреслюють необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки таких родин і розробки програм сімейного консультування, спрямованих на

покращення комунікації, зниження напруженості та відновлення емоційної близькості між партнерами.

Перспективи подальших досліджень за результатами поданого теоретичного, методичного та емпіричного аналізу можуть бути сформульовані таким чином:

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні психологічних механізмів адаптації особистості та сімейної системи до умов хронічного венеричного захворювання з урахуванням індивідуальних, гендерних і культурних відмінностей. Доцільним є розширення вибірки за рахунок включення різних вікових груп, типів партнерських стосунків та стадій перебігу захворювання, що дозволить уточнити динаміку змін сімейних взаємин у коротко- та довготривалій перспективі. Важливим напрямом подальших досліджень є аналіз копінг-стратегій, рівня психологічної резилієнтності та ресурсів соціальної підтримки у пацієнтів і їхніх партнерів, а також їхнього впливу на якість подружніх і сімейних стосунків.

Перспективним також видається міждисциплінарний підхід із залученням медичних, соціологічних і психотерапевтичних змінних, що сприятиме глибшому розумінню взаємозв'язку між соматичним станом, психологічним благополуччям та сімейним функціонуванням. Окрему увагу варто приділити дослідженню ефективності різних форм психологічної допомоги — індивідуального, парного та сімейного консультування — з метою визначення найбільш результативних психокорекційних і психоосвітніх програм для родин із венеричними захворюваннями. Отримані в майбутніх дослідженнях дані можуть стати науковою основою для розробки системи комплексної психологічної підтримки, спрямованої на зниження стигматизації, покращення комунікації, відновлення довіри та підвищення якості життя пацієнтів і членів їхніх сімей.