

ВПЛИВ РЕЛІГІЙНОЇ ВІРИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ У КРАЇНАХ ЄВРОПИ

THE IMPACT OF RELIGIOUS FAITH ON THE MENTAL HEALTH OF UKRAINIAN FORCED MIGRANTS IN EUROPE

Стаття досліджує взаємозв'язок між релігійною вірою та показниками психічного здоров'я українських вимушених переселенців, які перебувають у Європі після повномасштабного вторгнення Росії. Теоретичний огляд літератури показав, що поєднання воєнного травматизму й міграційного стресу суттєво підвищує вірогідність тривожних, депресивних і посттравматичних проявів, а також зумовлює відчуття самотності. Незважаючи на добре описаний психотравматичний ефект війни, залишається відкритим питання, які саме внутрішні ресурси здатні його пом'якшити. Попередні дані вказують на релігійну віру як один із можливих захисних чинників: вона структурує життєві смисли, підтримує відчуття контролю та посилює соціальну підтримку через спільні практики. У контексті сучасної України це спонукає перевірити, наскільки віра може виконувати подібну буферну функцію для вимушених переселенців, які стикаються з подвійним стресом війни й тривалої міграції. Емпіричне дослідження виконано за використання самостійно розробленого опитувальника щодо релігійності та чотирьох стандартизованих методик: шкали посттравматичного стресового розладу (PCL-5), шкали Бека (BDI) для оцінки ступеня вираженості депресивних симптомів, методики «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком), визначення рівня суб'єктивного відчуття самотності за методикою розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном. Отримані результати свідчать, що більшість респондентів демонструють помірний рівень емоційного неблагополуччя, а найпотужнішим предиктором депресивних переживань є переживання соціальної відокремленості. Дослідження свідчить, що релігійність відіграє швидше допоміжну, ніж визначальну роль у підтриманні психічного благополуччя. Отримані дані розширюють уявлення про психологічні ресурси вимушених мігрантів і можуть бути враховані при розробленні комплексних інтервенцій.

Ключові слова: вимушені переселенці; війна; психічне здоров'я; самотність; депресія; ПТСР; релігійна віра; життєстійкість.

The article explores the relationship between religious faith and mental health indicators of Ukrainian forced migrants who are residing in Europe following the full-scale Russian invasion. A theoretical review of the literature has shown that the combination of war trauma and migration stress significantly increases the likelihood of anxiety, depression, and post-traumatic symptoms, as well as a sense of loneliness. Despite the extensive literature on the psychotraumatic effects of war, there is a paucity of research on the internal resources that may mitigate these effects. Preliminary evidence suggests that religious faith may be a protective factor, potentially by providing a structured framework for life interpretations, maintaining a sense of control, and fostering social support through shared practices. In contemporary Ukraine, this prompts us to test the extent to which faith can perform a similar buffering function for migrants facing the double stress of war and protracted migration. The empirical study was conducted using a self-developed questionnaire on religiosity and four standardised methods: the Posttraumatic Stress Disorder Scale (PCL-5); the Beck Depression Inventory (BDI) to assess the severity of depressive symptoms; the Self-Assessment of Mental States (by G. Eysenck); and the assessment of the level of subjective loneliness using the method developed by D. Russell and M. Ferguson. The results indicate that the majority of respondents exhibit a moderate level of emotional distress, with social isolation emerging as the most significant predictor of depressive experiences. The study indicates that religiosity exerts a supportive rather than a determinative influence on mental well-being. The findings expand the understanding of the psychological resources of forced migrants and can be taken into account when developing comprehensive interventions.

Key words: forced migrants; war; mental health; loneliness; depression; PTSD; religious faith; resilience.

УДК 159.942:316.344.7-054.73(477)(4)
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.72.1.33>

Шабанова Н.В.

студент

Інституту післядипломної освіти
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка

Трофімов А.Ю.

к.психол.н., доцент,

доцент кафедри психології розвитку
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка

Постановка проблеми. Війна є значним, високоінтенсивним стресором, який змушує людей шукати притулку в безпечніших місцях. Внаслідок повномасштабного російського вторгнення в Україну в лютому 2022 року близько 6,9 мільйона українців стали вимушеними мігрантами в різних країнах світу [1].

Теоретичний аналіз проблеми біженців і вимушених мігрантів, заснований на досвіді інших країн, показує, що військові конфлікти можуть призводити до різних психологічних проблем, таких як тривога, депресія і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [2]. Ці стани можуть призвести до серйозних проблем зі здоров'ям, як фізичним, так

і психічним, і суттєво вплинути на процес адаптації до нових умов життя.

Наприклад, Х. Н. Махмуд та його колеги (2019) повідомляють, що війна є основною причиною проблем з психічним здоров'ям серед сирійських біженців [3]. Аналогічно, важкі посттравматичні симптоми спостерігалися серед дорослих палестинців, які брали участь у Великому марші повернення в секторі Газа [4, с. 179]. Крім того, вплив війни в Афганістані пов'язаний зі збільшенням поширеності ПТСР і спроб самогубства [5, с. 1]. Варто зазначити, що вплив війни на психічне здоров'я може бути довготривалим: люди, які пережили Другу світову війну, все ще демонстрували

високі показники поширеності ПТСР навіть через 50 років після конфлікту [6, с. 451]. З початку повномасштабного вторгнення в історичній дослідники фіксували ознаки психічного дистресу і серед українських вимушених переселенців за кордоном [7; 8].

Хоча негативний вплив війни на психічне здоров'я добре задокументований, роль факторів життєстійкості у пом'якшенні цього впливу, особливо в ситуаціях тривалого переміщення, потребує подальшого дослідження. Так, стійкість особистості може підсилюватись завдяки низці внутрішніх ресурсів, одним із яких є віра. Здатність людини використовувати віру та власні цінності як ресурс є важливим механізмом подолання кризових станів. Це може проявлятися у вірі в Бога, у людство або у власні сили. Усвідомлення сенсу життя, наявність чіткої системи цінностей та життєвої місії дають змогу черпати внутрішні ресурси для протистояння складним життєвим обставинам [7].

Як показали результати дослідження Дж. Ф. П. Переса, А. Морейра-Альмейди, А. Г. Населло та Г. Г. Кеніга, вищий рівень релігійної віри корелює з покращенням добробуту та психічного здоров'я [9]. Водночас дослідження Г. А. Бонанно підкреслює, що люди з сильними релігійними переконаннями з більшою ймовірністю демонструють стійкість перед обличчям травми [10, с. 671]. Про те, що релігійна віра часто є ключовим ресурсом життєстійкості у кризових ситуаціях, свідчать також результати Н. Хасана, Д. Б. Мітчке та К. Е. Раві, які виявили, що для сирійських біженців-мусульман віра виступає джерелом внутрішньої сили, гідності та емоційної підтримки під час вимушеного переселення [11, с. 223]. Навіть жертви сексуального насильства використовують духовність як шлях до зміцнення, знаходячи опору в молитві та надії [12].

Таким чином, релігія може бути потужним джерелом життєстійкості, особливо для людей, які переживають вимушену міграцію та війну. Цей висновок стає особливо цінним у контексті сучасної України, де мільйони людей опинилися в ситуації переселення, втрати та невизначеності. Саме тому постає питання – чи є релігійна віра подібним джерелом стійкості і для українських переселенців, здебільшого православних християн.

Мета дослідження. Тож, нами було вирішено дослідити вплив віри на психічне здоров'я українських вимушених переселенців під час російсько-української війни.

При виборі **методичного інструментарію** ми опирались на результати попередніх досліджень та припущень. Для розв'язання поставлених завдань у роботі було використано:

– емпіричні методи дослідження: шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5), шкала Бека (BDI) для оцінки ступеня вираженості депресивних симптомів, методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком), визначення рівня суб'єктивного відчуття самотності за методикою

розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном, опитувальник щодо релігійності;

– методи статистичної обробки кількісних даних: параметричний критерій Ст'юдента, параметричний критерій кореляційного зв'язку за Пірсоном, багатофакторний регресійний аналіз.

Опитувальник щодо релігійності охоплював і переконання, і поведінку. Респонденти оцінювали віру в Бога (0–10), вказували належність до релігії, а християни – до конфесії (православ'я, католицизм, протестантизм тощо). Далі з'ясовувалося, коли й чому сформувалася віра: у дитинстві через виховання, у дорослому віці свідомим вибором чи після кризових подій. Для поведінкового виміру зазначали частоту відвідування храмів (щотижня, на релігійні свята, ніколи) й молитви (щодня, кілька разів на тиждень, рідше). Окремий блок стосувався воєнних умов та міграції: чи допомагає віра переживати стрес війни, які бар'єри заважають практиці за кордоном (нестача храмів, культурні й мовні обмеження) та чи відвідували респонденти місцеві парафії. Також оцінювався вплив такого досвіду на почуття інтеграції в нове середовище й психологічний стан.

Вибірка. У дослідженні взяла участь 61 особа: 53 жінки та 8 чоловіків. Анкетування проводилося з липня 2024 року по лютий 2025 року через Google-форму, розміщену в соціальних мережах у групах на кшталт «Українці в Польщі», «Українці в Німеччині» тощо, з подальшим поширенням серед знайомих. На момент дослідження респонденти перебували у таких країнах як Польща, Німеччина, Румунія, Нідерланди, Чехія, Ірландія, Болгарія. Віковий діапазон учасників становив від 18 до 58 років, при цьому середній вік учасників склав 33,4 роки. Усі респонденти – вимушені мігранти, які покинули Україну через повномасштабне вторгнення Росії. Різницю між кількістю чоловіків і жінок пояснює те, що з 24 лютого 2022 року, у зв'язку із воєнним станом, чоловікам (за окремими винятками) обмежено виїзд з України.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з результатами дослідження, більшість учасників перебувають у вимушеній міграції вже тривалий час. Зокрема, 63.93% респондентів (39 осіб) зазначили, що перебувають за кордоном понад два роки. Такий розподіл свідчить про те, що для значної частини опитаних стан тривалого перебування в іншій країні став не лише гострою кризовою ситуацією, а й фактично новою реальністю, до якої доводиться адаптуватися протягом тривалого періоду.

Результати емпіричного дослідження демонструють, що переселенці стикаються зі значними емоційними викликами. У вибірці з 61 вимушеного переселенця найбільш поширеними були середні показники тривожності – 29 осіб (47.5 %), ригідності – 39 осіб (63.9 %) та фрустрації – 27 осіб (44.2 %). Низький рівень агресивності продемонструвала майже половина респондентів – 30 осіб (49.2 %), тоді як середніх значень агресивності було 28 осіб

(45.9 %). Для фрустрації низькі (26 осіб; 42.6 %) та середні (27 осіб; 44.2 %) рівні виявилися практично однаково поширеними (рис. 1). Понад половина опитаних повідомила також про підвищені показники депресії – 35 осіб (57.4 %), а 28 осіб (45.9 %) – про симптоми ПТСР, що свідчить про значне емоційне навантаження попри відносно помірні рівні агресивності та фрустрації.

Додатково було оцінено рівень суб'єктивної самотності. У більшості респондентів виявлено середній її рівень: 35 осіб, або 57.4% вибірки. Низький рівень самотності зафіксовано у 25 учасників (41%), тоді як високий – лише в однієї особи (1,6 %). Отже, навіть за відсутності вираженого відчуття ізоляції в абсолютній більшості переселенців, помірне переживання самотності залишається типовим і, як підтвердив наступний кореляційний аналіз, істотно підсилює депресивні та посттравматичні симптоми.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі зв'язки між рівнем суб'єктивного відчуття самотності та основними показниками психічного стану вимушених переселенців. Зокрема, коефіцієнт кореляції Пірсона між рівнем самотності та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) склав $r = +0.54$ при $p < 0.001$, що свідчить про сильний позитивний зв'язок. Аналогічно, рівень депресії також виявив значну позитивну кореляцію із самотністю: $r = +0.56$, $p < 0.001$. Отже, чим вищий рівень суб'єктивного відчуття самотності, тим більше виражені симптоми ПТСР та депресії. Ці результати підтверджують гіпотезу про важливу роль самотності в посиленні психоемоційних проблем серед переселенців.

У духовно-релігійній частині опитування учасники насамперед оцінили власну віру в Бога за 10-бальною шкалою. Майже половина вибірки

(28 респондентів, 45.9%) віднесла себе до «слабко віруючих» (0–3 бали), ще 18 осіб (29.5%) обрали середні значення (4–7), тоді як чверть переселенців (15 осіб, 24.6%) продемонстрували високий рівень віри (8–10). Релігійна самоідентифікація виявилася переважно християнською: її задекларували 48 респондентів (78.7%). Серед них домінує православна конфесія – 40 осіб ($\approx 83\%$ від усіх християн, або 65.6% усієї вибірки); католицизм назвали 6 учасників (9.8%), протестантизм – 2 (3.3%). Інші релігії представлені поодинокі (іслам – 1.6%, буддизм – 3.3%), а 16.4% опитаних указали «інше» або нерелігійне світоглядне поле.

Щодо релігійного «стажу», 28 переселенців (45.9%) зростали у вірі з дитинства, 9 (14.8%) свідомо прийшли до неї в дорослому віці, ще 4 (6.6%) пов'язують навернення з кризовими подіями; водночас майже третина (20 осіб, 32.8%) прямо заявили, що не вірять у Бога. Практичні прояви релігійності загалом не інтенсивні: лише 2 респонденти (3.3%) відвідують храм щотижня, 13 (21.3%) – переважно на великі свята, тоді як 46% ходять «інколи» або не роблять цього зовсім. Подібна картина і з особистою молитвою: щодня моляться 13 осіб (21.3%), ще 12 (19.7%) звертаються до молитви лише у скрутних ситуаціях, тоді як 44.3% не моляться зовсім.

Лише третина опитаних (29.5%) відчуває, що віра допомагає їм упоратися з наслідками війни; для переважної більшості (70.5%) такої підтримки недостатньо або вона взагалі не відчувається. Системних перешкод для релігійної практики в країнах перебування більшість не бачить (лише 9.8% відзначили труднощі доступу до храмів чи інший календар свят). Проте регулярне відвідування місцевих парафій також не є масовим явищем: 23 учасники (37.7%) спробували інтегрува-

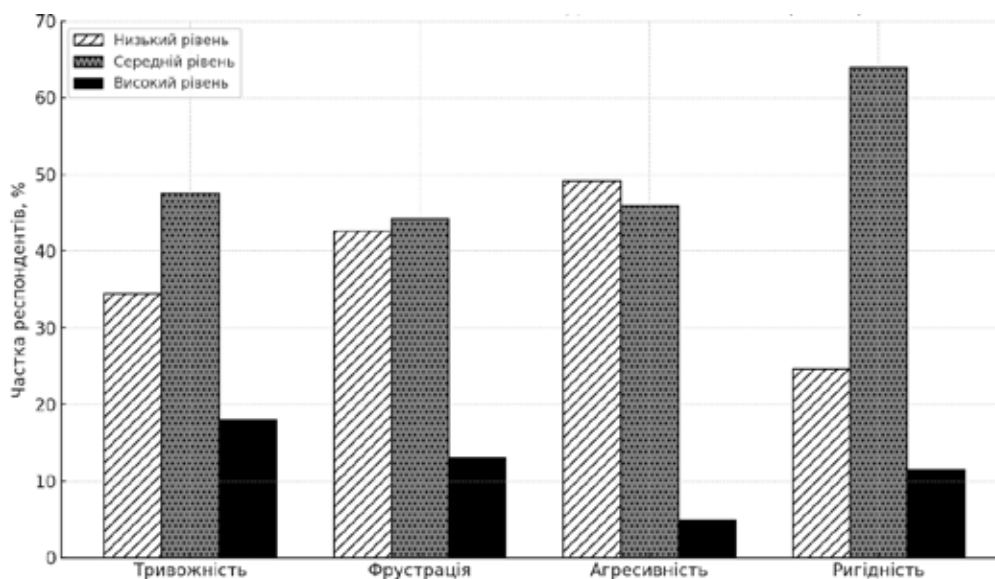


Рис. 1. Сумарні результати за методикою «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком)

тися у локальні релігійні спільноти, тоді як решта поділилася порівну між відповідями «ні» й «не визначилися» (по 31.1%). Таким чином, попри декларовану християнську ідентичність більшості, реальна залученість до релігійних практик і відчуття ресурсності віри залишаються помірними.

З метою перевірити, чи пов'язана сила віри з показниками психічного здоров'я, ми згрупували респондентів за їхньою самооцінкою віри (0–10 балів) у три підгрупи: низьку (0–3), середню (4–7) й високу (8–10). За результатами, віра в Бога не має сильного впливу на психічне здоров'я в групах з низьким або середнім рівнем віри (0–7). Сила віри для респондентів з високою вірою (8–10) помірно й статистично значуще обернено корелює з обома показниками: із тривожністю $r = -0.57$ ($p = 0.027$) та депресією $r = -0.55$ ($p = 0.033$). Тобто, що сильніша віра, то менше тривожних і депресивних симптомів (табл. 1).

Наступним кроком дослідження став багатифакторний регресійний аналіз, який дозволяє одночасно врахувати вплив кількох змінних і виявити, які з них справді мають значущий вплив на психічне здоров'я. У межах цього аналізу було збудовано регресійну модель, де залежною змінною виступав рівень депресії, а до складу предикторів увійшли: рівень віри (оцінений респондентами від 0 до 10), частота молитви, відвідування храму, ознаки ПТСР, тривожність, самотність, фрустрація, агресивність, ригідність, вік та стать респондентів, тривалість перебування за кордоном (до 1 року, від 1 до 2 років, більше 2 років).

Багатифакторна регресія виявилася статистично значущою ($F = 7.70$; $p < 0.001$) і пояснила 63,4 % варіації рівня депресії ($R^2 = 0.634$). Найпотужнішими предикторами зростання депресії виступили самотність ($\beta = 0.39$; $p = 0.001$), фрустрація ($\beta = 0.93$; $p = 0.012$) та ригідність ($\beta = 0.70$; $p = 0.024$). Водночас спостерігалася тенденція до захисного ефекту сили віри ($\beta = -0.79$; $p = 0.060$) і регулярного відвідування храму ($\beta = -2.47$; $p = 0.075$), хоча ці показники не досягли традиційного порога значущості. Вік, стать, тривожність, симптоми ПТСР, агресивність і частота молитви у повній моделі не виявилися суттєвими, що свідчить про перекриття їхнього

впливу іншими змінними. Отже, депресивні стани найбільше посилюються соціальною ізоляцією та емоційною фрустрацією, тоді як глибока віра й активна релігійна практика можуть пом'якшувати цей вплив.

Загалом, отримані висновки підтверджують захисну роль релігії та релігійних практик (рівень віри, відвідування храму) у контексті депресії, але з урахуванням того, що сильний ефект спостерігається передусім для людей з високим рівнем віри (8–10). Дані також вказують на виняткову важливість «соціального виміру» психічного здоров'я: фактори самотності та фрустрації, як і ригідності, демонструють істотний внесок у формування депресії. Це узгоджується зі спостереженнями, зробленими під час кореляційного аналізу ($r = +0.54$ та $r = +0.56$ між самотністю й ПТСР/депресією відповідно).

У підсумку можна стверджувати, що сам факт належності до релігійної групи чи використання релігійних практик має додаткову протективну дію в ситуації затяжного стресу і невизначеності через війну і вимушену міграцію. Проте цей ефект є виразним переважно для людей із глибокими релігійними переконаннями, тоді як формальна релігійність (середній рівень віри, нерегулярна молитва тощо) може не дати такої ж сильної підтримки.

Таким чином, багатифакторний регресійний аналіз підтвердив, що віра й релігійність можуть виступати захисними факторами для психічного здоров'я, особливо в умовах довготривалої міграції та впливу військового конфлікту. Цей висновок варто враховувати під час розроблення програм психологічної допомоги, орієнтованих на підвищення соціальної й духовної підтримки вимушених переселенців.

Висновки. Війна та вимушене переселення створюють подвійний стрес: безпосередня небезпека життя поєднується з втратою дому, соціальних зв'язків і ясності майбутнього. У вибірці переселенців переважають середні рівні тривожності, фрустрації та ригідності; понад половина респондентів демонструє виражені депресивні симптоми, а майже половина – імовірні ознаки ПТСР. Найпотужнішим чинником, що підсилює ці стани,

Таблиця 1

Результати аналізу кореляції Пірсона (r) між рівнем віри в Бога та показниками психічного здоров'я

Показник	r при низькій вірі (0-3)	r при середній вірі (4-7)	r при високій вірі (8-10)
ПТСР	0.022	-0.082	-0.505
Тривожність	0.273	-0.019	-0.537*
Агресивність	-0.248	-0.231	-0.194
Фрустрація	0.29	-0.365	-0.454
Ригідність	-0.031	-0.181	-0.110
Самотність	0.187	-0.263	-0.358
Депресія	0.285	-0.299	-0.559*

Примітка: * r – відповідає рівню статистичної значимості $p < 0,05$

виявилася суб'єктивна самотність. Глибока особиста віра і регулярні релігійні практики асоціюються з помітно нижчими показниками тривожності та депресії, однак у багатофакторній моделі визначальними предикторами депресії залишаються саме самотність, фрустрація та ригідність; протективний ефект віри зберігається лише як тенденція. Отже, релігійність може частково пом'якшувати негативний психічний фон, але не перекриває впливу сильних соціально-емоційних стресорів. Отримані результати можуть слугувати орієнтиром під час розроблення психологічних інтервенцій та програм підтримки для українських вимушених переселенців.

ЛІТЕРАТУРА:

1. UNHCR. Countries featured in the Refugee Response Plan. United Nations High Commissioner for Refugees. 2024. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>
2. Hall B. J., Olf M. Global mental health: Trauma and adversity among populations in transition. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7. Article 31140. DOI: 10.3402/ejpt.v7.31140
3. Mahmood H. N., Ibrahim H., Goessmann K., Ismail A. A., Neuner F. Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict and Health*. 2019. Vol. 13. Article 51. DOI: 10.1186/s13031-019-0238-5
4. Wispelwey B., Jamei Y. A. The Great March of Return: Lessons from Gaza on mass resistance and mental health. *Health and Human Rights*. 2020. Vol. 22. № 1. P. 179–185.
5. Kovess-Masfety V., Keyes K., Karam E., Sabawoon A., Sarwari B. A national survey on depressive and anxiety disorders in Afghanistan: A highly traumatized population. *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21. P. 1–12. DOI: 10.1186/s12888-021-03273-4
6. Kleber R. J. Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. Article 451. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00451
7. Погорільська Н. І., Жигаліна О. О. Особливості переживання самотності вимушених мігрантів з України. *Габітус*. 2024. № 62. Стаття 29.
8. Lushchak O., et al. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: A nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023. Vol. 36. Article 100773. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100773
9. Peres J. F. P., Moreira-Almeida A., Nasello A. G., Koenig H. G. Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of Religion and Health*. 2007. DOI: 10.1007/s10943-006-9103-0
10. Bonanno G. A., Galea S., Bucciarelli A., Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007. Vol. 75. № 5. P. 671–682. DOI: 10.1037/0022-006X.75.5.671
11. Hasan N., Mitschke D. B., Ravi K. E. Exploring the role of faith in resettlement among Muslim Syrian refugees. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2018. Vol. 37. № 3. P. 223–238.
12. Knapik G. P., Martsolf D. S., Draucker C. B. Being delivered: spirituality in survivors of sexual violence. *Issues in Mental Health Nursing*. 2008. Vol. 29. № 4. P. 335–350. DOI: 10.1080/01612840801904274