МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту
Завідувач кафедри
д. психол. н., професор Асєєва Ю.О.
_____
(підпис)
«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр
Зі спеціальності_____053 Психологія_____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою_____«Практична психологія»_____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ОСОБЛИВОСТІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ У ПЕРІОД СОЦІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ»**

Виконавець:
здобувач 2 курсу 6зф12/2 групи
факультету ЦЗФН
_____Брюханова Яна Вячеславівна
/підпис/

Науковий керівник
Професор кафедри МППП
доктор психологічних наук, професор
_____Ситник Світлана Володимирівна
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП ……..…….....…3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ….....9

1.1. Концептуалізація ментального здоров'я та його складові у студентському віці.....……..….....9

1.2. Вплив соціальної нестабільності на психоемоційний стан студентської молоді. …….....….....19

1.3. Фактори ризику та захисні механізми ментального здоров'я студентів в умовах соціальної нестабільності. …….....26

Висновки до першого розділу ……..…….....32

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ.....…….....35

2.1. Методологія та організація емпіричного дослідження……..…….…....35

2.2. Результати дослідження психоемоційного стану студентів у період соціальної нестабільності……..……..……...….38

2.3. Особливості зв'язку емоційного інтелекту із копінг-стратегіями, депресією та тривожністю.....….....49

Висновки до другого розділу ……...…….....52

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ…….....56

3.1. Стратегії психологічної підтримки та самодопомоги для студентів.….....56

3.2. Соціальна політика та програми підтримки ментального здоров'я студентської молоді……...….61

Висновки до третього розділу …….....65

ВИСНОВКИ …….....68

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ ……...…….....71

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ …….....72

ДОДАТКИ …….....…81

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна глобальна реальність характеризується безпрецедентними за своїми масштабами та інтенсивністю викликами, що призводять до значної соціальної нестабільності. Цей феномен проявляється у різноманітних формах: від тривалих збройних конфліктів та локальних війн до глобальних економічних криз, пандемій, що змінюють усталені соціальні норми, та стрімких технологічних революцій, які переформатовують ринок праці й суспільні взаємодії. Подібні потрясіння генерують всеохоплюючу невизначеність, руйнують звичні соціальні структури, підривають відчуття безпеки та контролю у громадян, створюючи середовище хронічного стресу.

В епіцентрі цих масштабних змін, що вимагають швидкої адаптації та значних психологічних ресурсів, опиняється студентська молодь. Ця соціальна група перебуває на унікальному та критично важливому етапі життєвого циклу періоді емерджентної дорослості, що охоплює вік приблизно від 17 до 25 років. Це час інтенсивного формування ідентичності, пошуку свого місця у світі, побудови професійних та особистісних планів, а також поступового відділення від батьківської сім’ї та набуття автономії. На відміну від попередніх поколінь, сучасні студенти змушені проходити цей життєвий етап не в умовах відносної стабільності, а на тлі постійної тривоги за майбутнє, невизначеності щодо освітніх та кар'єрних перспектив, а нерідко й прямої загрози особистій безпеці та добробуту.

Подвійне навантаження – традиційні академічні виклики (інтенсивне навчання, високі вимоги, конкуренція) та потужний вплив зовнішніх дестабілізуючих факторів – робить студентів особливо вразливими до розвитку різноманітних психоемоційних проблем. Це може проявлятися у зростанні рівнів тривожності, депресивних станів, професійного та особистісного вигорання, порушень адаптації, а також психосоматичних розладів. Наслідки такого впливу не обмежуються лише індивідуальним благополуччям: вони позначаються на академічній успішності, соціалізації, формуванні здорових міжособистісних

стосунків та, зрештою, на здатності майбутніх фахівців повноцінно інтегруватися у суспільство та робити свій внесок у його розвиток.

У цьому контексті, системне вивчення особливостей ментального здоров'я студентської молоді у період соціальної нестабільності набуває не лише наукової, а й значної соціально-практичної актуальності. Розуміння специфіки психоемоційних реакцій, ідентифікація ключових факторів ризику та захисних механізмів (таких як емоційний інтелект, різноманітні копінг-стратегії) стає критично важливим для розробки ефективних програм психологічної підтримки, профілактики психічних розладів та формування резильєнтності у цього стратегічно важливого для країни прошарку населення. Адже саме від їхнього ментального благополуччя значною мірою залежить потенціал для відновлення та розвитку суспільства після кризових періодів.

Метою даного дослідження є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості ментального здоров'я студентів, визначити взаємозв'язок між рівнем сприйняття соціальної нестабільності, показниками емоційного інтелекту, копінг-стратегіями та рівнем психоемоційного благополуччя студентської молоді**.**

Об'єктом дослідження виступає ментальне здоров'я студентської молоді.

Предметом дослідження є особливості ментального здоров'я студентів у період соціальної нестабільності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до концептуалізації ментального здоров'я та його складових у психології.
2. Визначити специфіку періоду емерджентної дорослості та його вплив на психоемоційний стан студентів.
3. Систематизувати фактори ризику та захисні механізми ментального здоров'я студентів в умовах соціальної нестабільності.
4. Діагностувати рівень емоційного інтелекту, домінуючі копінг-стратегії, а також показники тривожності та депресивних симптомів у студентів.

5. Встановити кореляційні взаємозв’язки між сприйняттям соціальної нестабільності, емоційним інтелектом, каналами подолання стресових ситуацій та показниками ментального здоров’я студентів.

6. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної підтримки ментального здоров’я студентів в умовах соціальної нестабільності.

Методологічною основою дослідження стали основні теоретичні та методологічні положення, сформульовані в працях таких дослідників як А. Антоновський, А. Маслоу, М. Селігман, К. Ріфф, Дж. Арнетт, О. Фільц, І. Яценко. Зокрема, значна увага приділяється концептуалізації ментального здоров’я як багатовимірного конструкту, що включає емоційне, психологічне, соціальне та когнітивне благополуччя. Однак, незважаючи на загальну актуальність проблеми, систематичні дослідження, що сфокусовані саме на особливостях ментального здоров’я студентської молоді в умовах поточної соціальної нестабільності, із застосуванням комплексного підходу до вимірювання як ресурсних, так і проблемних компонентів, залишаються недостатньо розробленими. Існує нагальна потреба у вивченні взаємозв’язку між рівнем сприйняття соціальної нестабільності, специфікою копінг-стратегій, емоційним інтелектом та показниками психоемоційного благополуччя у цієї цільової групи.

Методи дослідження: Для досягнення поставленої мети та завдань дослідження було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів.

1. Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблем ментального здоров’я, психології розвитку, психології стресу та копінгу.

2. Емпіричні методи: методика «Діагностика емоційного інтелекту» (Н. Холл) для вивчення здібності розуміти та керувати емоційною сферою [51]. Тест BasicPh (М. Лахад) для визначення каналів подолання стресових ситуацій [58]. Шкала депресії Бека (BDI) для оцінки наявності та ступеня депресивних симптомів [41]. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) для розрізнення ситуативної та стійкої тривожності [23, 66].

3. Методи математико-статистичного аналізу: кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона), дескриптивна статистика для обробки та інтерпретації емпіричних даних (з використанням статистичних пакетів SPSS/R/Python).

Вибірку дослідження склали: Вибірку емпіричного дослідження загалом становить 74 особи, які було поділено на дві групи дослідження (ГД) за статтю. Кількість випробуваних чоловічої статті (ГД1) склала 35 осіб, кількість випробуваних жіночої статті (ГД2) склала 39 осіб. Загалом у нашому дослідженні взяло участь 35 осіб чоловічої статті та 39 осіб жіночої статті.

Теоретичне значення одержаних результатів

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні та розширенні наукових уявлень про сутність та функціонування ментального здоров'я студентської молоді в умовах суспільних трансформацій. Отримані результати сприятимуть уточненню концептуалізації ментального здоров'я через систематизацію та емпіричну перевірку взаємозв'язків між емоційним інтелектом, копінг-стратегіями та показниками психоемоційного благополуччя, дослідження додає нові аспекти до багатовимірної моделі ментального здоров'я у студентському віці. Збагаченню теорії стресу та копінгу виявлення специфічних каналів подолання стресових ситуацій (за тестом BasicPh), які є найбільш або найменш ефективними для студентів в умовах соціальної нестабільності, поглиблює розуміння адаптивних механізмів психіки в кризових умовах. Розширенню знань про вплив соціальної нестабільності: дослідження надає емпіричні докази впливу сприйняття соціальної нестабільності на психоемоційний стан студентів, конкретизуючи цей зв'язок через призму особистісних ресурсів, таких як емоційний інтелект та копінг-стратегії. Створенню основи для подальших наукових досліджень: виявлені кореляційні зв'язки та ідентифіковані фактори можуть слугувати відправною точкою для подальших, більш поглиблених досліджень (наприклад, лонгітюдних або експериментальних), спрямованих на розробку та валідизацію інтервенцій.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання його результатів для розробки та впровадження ефективних заходів

психологічної підтримки та профілактики психічних розладів серед студентської молоді. Конкретно, отримані дані можуть бути використані для закладів вищої освіти, як підґрунтя для розробки та впровадження цільових психологічних програм та тренінгів, спрямованих на розвиток емоційного інтелекту, формування ефективних копінг-стратегій, підвищення стресостійкості та резильєнтності студентів в умовах невизначеності. Це дозволить створити більш підтримуюче та адаптивне освітнє середовище. Для практичних психологів та соціальних педагогів: результати дослідження нададуть конкретні орієнтири для діагностики та психологічного консультування студентів, які переживають труднощі, дозволяючи точніше ідентифікувати ризикові групи та застосовувати адекватні інтервенції, виходячи з профілю їхніх копінг-стратегій та рівня емоційного інтелекту. Для студентів: узагальнені висновки та рекомендації можуть бути трансформовані у доступні інформаційні матеріали, що допоможуть студентам усвідомити важливість власного ментального здоров'я, розпізнавати його складові, розвивати особистісні ресурси та звертатися за допомогою у разі потреби. Для державних та громадських організацій: отримані дані можуть слугувати інформаційною основою для розробки національних та регіональних програм підтримки ментального здоров'я молоді в кризові періоди, враховуючи специфіку студентського віку та вплив соціальної нестабільності. Отримані дані можуть бути використані для розробки та впровадження психологічних програм підтримки ментального здоров'я студентів у закладах вищої освіти. Результати дослідження також можуть бути корисними для психологів, викладачів, соціальних працівників, які працюють зі студентською молоддю, а також для формування рекомендацій для студентів щодо ефективного подолання стресу та зміцнення власного психоемоційного благополуччя.

Апробацію дослідження:

Асєєва Ю.О., Брюханова Я.В. Соціальна турбулентність як фактор дестабілізації психоемоційного стану студентів. *Вісник Міжнародного*

економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука. Серія: Педагогіка та психологія». 2025. № 3/2025 С.9-15.

Структура роботи включає аналіз наукової літератури з теми, методичну частину, результати дослідження, обговорення та висновки, а також рекомендації щодо покращення ментального здоров’я студенської молоді в період соціальної нестабільності. Загальний об’єм роботи – 94 сторінки, проілюстрований 5 таблицями та 5 рисунками. Список використаної літератури містить 68 джерел.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ

1.1. Концептуалізація ментального здоров’я та його складові у студентському віці

У сучасному науковому дискурсі поняття ментального здоров’я вийшло за межі суто медичного контексту, який визначав його переважно як відсутність психічних розладів. Натомість, актуальні концепції трактують ментальне здоров’я як багатовимірний стан благополуччя, що інтегрує різні аспекти людського функціонування [20, 21, 49].

Одним із найбільш поширених є визначення Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), згідно з яким ментальне здоров’я – це стан благополуччя, в якому людина реалізує свої власні здібності, може долати звичайні життєві стреси, продуктивно працювати та робити внесок у свою спільноту. Це визначення акцентує увагу на позитивному та функціональному аспекті ментального здоров’я, підкреслюючи його роль у забезпеченні повноцінного життя та активної участі у суспільстві.

Ментальне здоров’я на глобальному рівні є двозначним терміном і викликає розбіжності серед наукових кіл, ймовірно тому, що цей термін був прийнятий з метою вираження різних цілей. Поняття психічного здоров’я включає суб’єктивне благополуччя, сприйняту самоефективність, автономію, здатність і відчуття повноти внутрішньої рівноваги духовного та емоційного світу людини. З міжкультурної точки зору, майже неможливо визначити психічне здоров’я в цілому [9, 13, 57].

Класична медична точка зору розглядала психічне здоров’я як відсутність певного психічного захворювання. Люди, які страждали від органічних проблем, «належали» як пацієнти до сфери медицини, тоді як «психічно хворим» вважалася особа, яка страждала від когнітивних, емоційних та поведінкових розладів.

Розуміння ментального здоров’я є ключовим для сучасної психології та психіатрії. Воно передбачає, що психічний стан людини не є бінарним (здоровий/хворий), а перебуває на спектрі, що варіюється від оптимального благополуччя (так званого «flourishing» або процвітання) до тяжких психічних розладів. Такий підхід визнає, що навіть за наявності певних психічних труднощів або діагностованого розладу, людина може зберігати значний рівень психологічного та соціального функціонування [11, 13, 24, 56, 57].

Важливим теоретичним каркасом для розуміння ментального здоров’я є біопсихосоціальна модель. Ця модель постулює, що психічний стан людини є результатом складної та динамічної взаємодії. Наприкінці 70-х років була запропонована біопсихосоціальна модель як альтернатива біомедичній. Згідно з цією моделлю, здоров’я не є стан, який людина «здобуває» або «втрачає», а хвороба не «вторгується» в людський організм. Здоров’я і хвороба є взаємопов’язаними і взаємодоповнюючими поняттями, як два кінці одного континууму, на якому кожна людина рухається.

Ми констатуємо, що межа між психічним здоров’ям та благополуччям є досить близькою, ці поняття наближаються та взаємодоповнюються, як на теоретичному та дослідницькому рівні, так і на клінічному.

Генетична схильність, нейрохімічні процеси, фізіологічні особливості організму та загальний фізичний стан. Індивідуальні когнітивні процеси (стилі мислення, установки, переконання), емоційна регуляція, особистісні риси, самооцінка, механізми психологічного захисту та копінг-стратегії. Культурне середовище, рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних стосунків (сімейні, дружні, романтичні), соціально-економічний статус, доступ до освіти та охорони здоров’я, а також макросоціальні явища, такі як соціальна нестабільність, конфлікти та кризи [22, 54].

Також, сучасна позитивна психологія значно вплинула на концептуалізацію ментального здоров’я, змістивши фокус з патології на вивчення та розвиток позитивних аспектів людського функціонування. У її рамках ментальне здоров’я розглядається як активний процес досягнення щастя,

благополуччя, оптимізму, резильєнтності, сенсу життя та самореалізації. Цей підхід доповнює традиційні клінічні уявлення, підкреслюючи важливість розвитку сильних сторін особистості та ресурсів для протистояння викликам [3, 28, 48].

Ментально здорова особистість, особливо у складний період дорослішання, характеризується гармонійним розвитком у кількох ключових вимірах, які спільно формують цілісне уявлення про ментальне благополуччя. Охоплює здатність до адекватного розпізнавання, розуміння та вираження власних емоцій. Включає ефективну емоційну регуляцію – вміння керувати інтенсивністю та тривалістю емоційних реакцій, а також відновлюватися після стресу. Важливими індикаторами є переживання позитивних емоцій (радості, задоволення, ентузіазму), оптимізм та самоусвідомлення у сфері емоцій.

Цей вимір є фундаментальним для розуміння ментального здоров'я у позитивному ключі. Він включає певні ключові компоненти: позитивне ставлення до себе, усвідомлення та прийняття як сильних сторін, так і недоліків; собистісний ріст котрий характеризується відчуттям постійного розвитку, відкритості до нового досвіду та реалізації власного потенціалу; наявність чітких, осмислених цілей та життєвого напрямку, що надає існуванню сенс, здатність ефективно справлятися з повсякденними справами, використовувати можливості, контролювати зовнішні обставини та адаптуватися до змін; незалежність, самостійність у прийнятті рішень, здатність протистояти соціальному тиску та діяти згідно з власними переконаннями; вміння будувати теплі, довірливі, задовільні міжособистісні стосунки, здатність до емпатії та компромісів [4, 8, 21, 26, 37, 60, 63].

Студенти становлять групу віком від 17 до 25 років, які ще не вступили на ринок праці, але завдяки навчанню готуються до цього. Молоді люди, які навчаються, тобто студенти, відрізняються від загального населення, а також від своїх однолітків, які не вступили до вищих навчальних закладів. Більшість студентів проходять перехідну фазу розвитку, в якій не завершені вимоги

розвитку підліткового віку і яка багатьма розвитку, вважається окремою стадією розвитку, яка називається «післяпідлітковий вік або рання юність» [6, 12, 42, 56].

Звичайно, в останні десятиліття перехід від підліткового віку до дорослого життя подовжився в часі порівняно з минулим, головним чином через економічні, соціальні та демографічні зміни, що відбуваються у всьому світі. Вимоги до високого рівня освіти в постіндустріальних суспільствах, пов'язані із уповільненням інтеграції на ринок праці, створення сім'ї та народження дітей, призводять до необхідності визнання періоду від закінчення середньої освіти до повного вступу в доросле життя як особливого періоду життя.

На початку 2000-х років Джеффрі Арнетта (Jeffrey Arnett) запропонував термін «емерджентної дорослості» (emerging adulthood), щоб описати новий етап розвитку, який відрізняється від ранньої юності або пізнього підліткового віку і охоплює вікову групу від 18 до 29 років [40]. Цей етап характеризується унікальним поєднанням можливостей для особистісного зростання та підвищених психологічних викликів, що безпосередньо впливає на ментальне здоров'я.

Отже даний період, стає більш зрозумілим як окремий етап життя, а не як кінець так званого розширеного підліткового віку або початкова частина раннього дорослішання, що триває від 18 до 40 або 45 років.

За теорією Дж. Арнетта, за останні півстоліття в розвинених країнах між підлітковим віком та молодою дорослістю виник новий життєвий етап. П'ятдесят років тому більшість молодих людей у цих країнах досягли стабільних дорослих ролей у коханні та роботі до кінця підліткового віку або початку двадцятих років. Відносно мало людей продовжували навчання або вступали до університетів після закінчення середньої школи, і, як наслідок, більшість молодих чоловіків були працівниками повний робочий день до кінця підліткового віку.

Відносно мало жінок працювали поза домом, а середній вік шлюбу в 1960 році становив близько 20 років для жінок у США та більшості інших розвинених країн. Середній вік шлюбу для чоловіків становив близько 22 років, а подружні пари зазвичай народжували першу дитину приблизно через рік після весілля.

Загалом, для більшості молодих людей півстоліття тому їхня підліткова доля швидко та безпосередньо призводила до стабільних дорослих ролей у коханні та роботі до кінця підліткового віку або початку двадцятих років. Ці ролі формували структуру їхнього дорослого життя протягом десятиліть.

Тепер все змінилося. Більша частка молодих людей, ніж будь-коли раніше понад 60 % у США продовжують навчання та професійну підготовку після закінчення середньої школи. Початок двадцятих років – це не час початку стабільної роботи для дорослих, а час величезної нестабільності роботи; середній американець змінює роботу 7-8 разів у віці від 18 до 29 років. Середній вік вступу в шлюб у США зараз становить 27 років для жінок і 29 років для чоловіків. Подібні демографічні зміни відбулися і в інших розвинених країнах. Отже, створився новий період життєвого шляху, початок дорослого віку, який триває від кінця підліткового віку до середини двадцятих років.

Дж. Арнетт запропонував певні ознаки, які відрізняють доросле життя, що переходить у молодий вік, від підліткового віку, який йому передує, або молодого дорослого віку, який наступає за ним. Доросле життя, що переходить у молодий вік – це вік дослідження ідентичності, тобто період життя, коли люди рухаються до прийняття вирішальних виборів у коханні та роботі, виходячи зі свого судження про свої інтереси та вподобання, а також того, як вони вписуються в доступні їм можливості. Це вік нестабільності, оскільки в процесі дослідження ідентичності дорослі часто змінюють любовних партнерів, роботу, освітні напрямки та умови проживання.

Це вік самоорієнтації, оскільки це період життя, коли люди мають найменше щоденних рольових зобов’язань і, отже, найбільші можливості для самостійного прийняття рішень. Це вік відчуття проміжності, оскільки доросле життя, що переходить у молодий вік – це коли люди, найімовірніше, відчувають, що вони не підлітки і не дорослі, а десь посередині, на шляху до дорослого віку, але ще не там. Зрештою, це вік можливостей, адже незалежно від того, яким є їхнє життя зараз, майже кожен вірить у доросле життя, що зрештою життя посміхнеться йому, і він досягне того дорослого життя, яке собі уявляє.

Ці особливості відрізняють доросле життя, що переходить у підлітковий вік, від підліткового чи молодого, але не є унікальними лише для нього. Усі вони починаються в підлітковому віці та тривають у молодому віці, але саме в молодому віці вони досягають свого піку [38].

Європа – це регіон, де доросле життя, що переходить у молоде покоління, є найдовшим і найповільнішим. Медіанний вік вступу в шлюб та батьківства у більшості європейських країн становить близько 30 років.

Сьогодні в Європі розташовані найбагатші, найщедріші та найрівніші суспільства у світі – фактично, за всю історію людства. Уряди оплачують вищу освіту, допомагають молодим людям знайти роботу та надають щедру допомогу по безробіттю тим, хто не може її знайти. У Північній Європі багато урядів також надають підтримку з житлом. Молоді люди в європейських суспільствах максимально користуються цими перевагами.

Молоді люди по всій Європі хочуть насолоджуватися періодом дорослої свободи та незалежності після підліткового віку, перш ніж вони присвятять себе постійним обов'язкам дорослого життя.

Наприклад, у Норвегії більшість молодих людей хочуть врешті-решт мати дітей, але спочатку потрібно досягти багатьох передумов: прожити самостійно кілька років, закінчити освіту, влаштуватися на роботу та прожити з партнером протягом деякого часу. Також очікується, що двадцяті роки включатимуть період, присвячений подорожам або іншій самоорієнтованій, саморозвиваючій діяльності. Існує чітка соціальна норма, що доросле життя «слід» насолоджуватися протягом кількох років, перш ніж стати батьками. І такий спосіб життя досить позитивно відбивається на ментальному здоров'ї молодих людей.

В Південній Європі за останні десятиліття середній вік шлюбу зріс майже до 30 років, а рівень народжуваності впав до одного з найнижчих у світі. Існує безліч причин цієї зміни, включаючи нові можливості для жінок та високий рівень безробіття серед молоді, але головною причиною, здається, є те, що

молоді люди у свої двадцять років вважають за краще зосереджуватися на насолоді свободою та задоволенням дорослого життя.

Східна Європа, після десятиліть гноблення за комунізму, швидко рухається до західноєвропейської моделі молодої дорослості. Наприклад, у Чеській Республіці свобода «працювати, подорожувати та навчатися» протягом 20-х років зараз високо цінується. На відміну від більшої частини решти Європи, низький рівень народжуваності розглядається чехами, молодими та старими, не як криза, а як щасливий прояв нових свобод, які молоді чехи здобули з падінням комунізму.

Отже студентське населення є групою високого ризику щодо прояву психологічних проблем через особливі особливості їхнього розвитку та особливі умови життя. Ця група населення переживає критичний перехідний період, під час якого молоді люди повинні приймати важливі життєві рішення та готуватися до свого майбутнього.

На цьому критичному етапі розвитку вони можуть стикатися з різними проблеми, такі як адаптація до нового середовища далеко від дому, фінансовий стрес та академічні труднощі. У відповідь на цей стрес вони можуть страждати від депресії та інших розладів, не усвідомлюючи цього. Наукові дослідження показали, що симптоми депресії серед студентів університетів є значними в усьому світі, і їх поширеність, здається, зростає [40].

Незважаючи на те, що студенти є дорослими людьми, навчання в університеті гальмує процес їхньої незалежності та ставить перед ними численні вимоги. Їхні турботи пов’язані зі стресовими факторами, такими як соціальні, економічні, міжособистісні фактори, а також академічні.

Крім того, низькі позитивні емоції, а також високі негативні емоції є факторами, які роблять студентів вразливими як до розвитку, так і до збереження депресії та інших психічних проблем. Переваги позитивних емоцій особливо стосуються тих, хто страждає на розлади настрою, такі як депресія, оскільки доведено, що позитивні емоції полегшують відновлення від серцево-судинних наслідків негативних емоцій та захищають від рецидивів [10, 16, 18, 39,].

Більш конкретно, міжособистісні фактори, такі як встановлення тісних стосунків, є ще однією проблемою, з якою стикаються студенти. Зокрема, студенти, які навчаються далеко від своєї родини, через зміну місця проживання та віддалення від безпеки родини, можуть опинитися без достатньої соціальної підтримки. Тому багато з них покладаються на соціальні мережі, щоб отримати віртуальну соціальну підтримку, що підсилюється нинішніми умовами.

Водночас саме навчання як освітній процес може бути особливо стресовим для деяких студентів, оскільки є викликом для досягнення академічних і професійних цілей. Академічні фактори, такі як адаптація до нової освітньої та екзаменаційної системи, вивчення нових способів засвоєння знань, взяття ініціативи та відповідальності студентом, відносини з однокурсниками та викладачами, а також тиск батьків щодо хороших академічних результатів, сприяють виникненню психічних проблем, таких як стрес, депресія, низька функціональність [17, 50, 68].

Іншими факторами, які, як видається, сприяють зниженню якості життя студентів, є прийняття нездорового способу життя. Оскільки студенти належать до тих груп населення, які не дотримуються правильного та збалансованого раціону харчування, натомість обирають шкідливі для здоров’я звички, такі як вживання алкоголю, вживання речовин та недостатня фізична активність.

І звичайно варто виділити економічні труднощі, які, здається, викликають стрес у студентів, наприклад, безробіття та невпевненість у професійній реабілітації, що створює невпевненість у майбутньому. Окремо слід згадати про студентів, які змушені шукати роботи паралельно з навчанням через недостатні фінансові ресурси.

З даної світової статистики чітко випливають ключові характеристики періоду емерджентної дорослості, що впливають на ментальне здоров’я:

1. Дослідження ідентичності: молоді люди активно шукають своє місце у світі, експериментують з різними ролями, цінностями, переконаннями, професійними шляхами та міжособистісними стосунками. Цей процес може бути як захоплюючим, так і джерелом значної невизначеності та тривоги.

2. Нестабільність: життя емерджентних дорослих часто характеризується частими змінами – місця проживання, роботи, стосунків, навчальних пріоритетів. Ця нестабільність може викликати відчуття втрати контролю та посилювати стрес.

3. Самоорієнтованість: у цей період фокус зміщується на власні потреби та бажання, що є важливим для самовизначення, але може призвести до певного відчуження від інших та відчуття самотності.

Відчуття «між» дорослим та підлітковим віком: молоді люди часто відчувають себе ні повністю дорослими, ні підлітками, що може створювати внутрішній конфлікт та плутанину щодо своїх прав та обов'язків [15, 27, 62].

Молодим людям в студентському віці вперше вперше доводиться стикатись з повним спектром дорослих викликів: академічний тиск, фінансова відповідальність, побудова нових соціальних зв'язків за межами батьківського дому, перші серйозні романтичні стосунки, вибір кар'єрного шляху. Ці події, особливо в умовах соціальної нестабільності, можуть стати потужними стресорами. Також доводиться зіштовхнутись з біологічними змінами, хоча більшість біологічних змін пубертатного періоду вже завершились, мозок продовжує розвиватися до середини двадцятих років, зокрема префронтальна кора, відповідальна за прийняття рішень, планування та контроль імпульсів. Це робить молодих людей більш схильними до ризикованої поведінки та менш здатною до довгострокового планування [30, 63].

Специфічні виклики для ментального здоров'я студентів – це високі очікування щодо успішності, іспити, конкуренція за стипендії чи місця, страх невдачі можуть призвести до академічного вигорання, тривоги та депресії. Необхідність оплачувати навчання, проживання, інші витрати, часто поєднуючи навчання з роботою, є значним джерелом стресу [45].

Незважаючи на те, що психічне здоров'я є настільки індивідуальним, і те, що впливає на одну людину, може не впливати на іншу, існує кілька важливих елементів, які призводять до проблем із психічним здоров'ям. Ці змінні включають життєві події, такі як травма чи насильство, біологічні змінні, такі як

ДНК чи хімія мозку, і навіть сімейний анамнез проблем із психічним здоров'ям у людини може мати вплив. Стресове робоче середовище, швидкі соціальні зміни, гендерна дискримінація, соціальна ізоляція, фізичні захворювання та порушення прав людини – все це пов'язано з поганим психічним здоров'ям [61].

При тому, що проблеми психічного здоров'я поширені, довгий час люди взагалі уникали цієї теми та вважали, що кожен має психічне здоров'я. Психічні захворювання колись стигматизувалися, і кожного, хто звертався за допомогою, відкидали як такого, що має психічне захворювання. Психічне благополуччя та психічне захворювання – це не одне й те саме. Психічне здоров'я здавна розглядається як відсутність таких розладів, як тривога та смуток.

Загалом кажучи, термін «психічне захворювання» стосується всіх діагностованих психічних захворювань, які є хворобами, що характеризуються змінами настрою, мислення та поведінки, пов'язаними зі зниженням функціональності або дискомфортом. Психічне благополуччя та психічні захворювання взаємопов'язані. Ті, хто має найкраще психічне здоров'я, все ж можуть відчувати психічні захворювання, тоді як люди без психічних захворювань можуть продовжувати мати погане психічне здоров'я. Люди нещодавно почали серйозно ставитися до психічного здоров'я та відповідально вирішувати будь-які проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям.

Саме тому деякі студенти можуть відчувати самотність та соціальну ізоляцію. Перехід до нового соціального середовища (університет), формування нових груп друзів, адаптація до спільного проживання у гуртожитках може бути складним. Нерегулярний графік навчання та відпочинку, стрес часто призводять до порушень сну, а також до нездорових звичок харчування. Алкоголь та наркотики можуть використовуватися як дезадаптивні механізми подолання стресу або як частина соціалізації. Незважаючи на зростання усвідомленості, стигма щодо психічних проблем та обмежений доступ до кваліфікованої психологічної допомоги залишаються бар'єрами для студентів [1, 31, 36, 46].

Університет надає доступ до знань, наукових досліджень, сприяє розвитку критичного мислення. Можливість отримати соціальну підтримку від друзів, які

переживають подібні виклики. Часто притаманний віку ентузіазм, віра у власні сили та майбутнє, а також здатність адаптуватися до змін. Навчання в університеті – це час для набуття нових навичок, розширення світогляду та самопізнання.

Концептуалізація ментального здоров'я у студентському віці є складним і багатоаспектним завданням, що виходить за рамки простої відсутності психічних розладів. Вона охоплює взаємодію емоційного, психологічного, соціального, когнітивного та духовного благополуччя, які формуються під впливом унікальних викликів та можливостей періоду емерджентної дорослості. Розуміння цих складових та їхньої динаміки є фундаментальним для подальшого вивчення впливу зовнішніх факторів, зокрема соціальної нестабільності, на психічне здоров'я студентів, а також для розробки ефективних програм підтримки та інтервенцій [2, 25, 61, 63].

1.2 Вплив соціальної нестабільності на психоемоційний стан студентської молоді

Соціальна нестабільність – це широкий термін, що охоплює різні аспекти суспільного життя: економічні кризи, політичні конфлікти, збройні конфлікти, епідемії/пандемії, швидкі соціокультурні трансформації, що супроводжуються невизначеністю, втратою звичних орієнтирів та відчуттям безпеки. Ці фактори мають глибокий і часто деструктивний вплив на психоемоційний стан студентської молоді, яка перебуває на важливому етапі становлення особистості – «періоді емерджентної дорослості» (emerging adulthood) [8, 16, 32, 52, 59].

Основні психоемоційні наслідки:

1. Тривожні розлади та хронічний стрес, невизначеність щодо майбутнього (працевлаштування, безпека, стабільність у суспільстві), відсутність чітких життєвих перспектив є потужними стресорами. Студенти постійно перебувають у стані підвищеної готовності до того, що може трапитись щось погане, і це досить сильно виснажує їхню нервову систему. Панічні атаки

також проявляються досить сильно в умовах сильного стресу та відчуття втрати контролю можуть викликати гострі напади паніки. Соматичні прояви при хронічний стрес часто супроводжується фізичними симптомами, такими як головні болі, проблеми зі сном (безсоння, нічні кошмари), розлади травлення, погіршення імунітету. Дослідження показують, що студенти у зонах конфлікту або ті, хто пережив значні соціальні потрясіння, мають значно вищі показники тривоги [6, 10, 46].

2. Депресивні стани, такі як апатія та втрата інтересу соціальна нестабільність може призвести до знецінення мотивації до навчання, професійного розвитку та соціальної активності. Студенти можуть відчувати безсилля, розчарування та відсутність сенсу. Стійкий сум та безнадійність котрі викликають відчуття втрати контролю над власним життям, втрата звичного соціального кола та перспектив можуть викликати стійкий сум та безнадійність. За таких обставин з’являються суїцидальні думки та поведінка в умовах глибокої кризи та відсутності підтримки, ризик суїцидальних нахилів серед молоді значно зростає [33, 50, 68].

3. Порушення самосвідомості та ідентичності, розмитість Я-концепції коли в період студентства є часом активного пошуку себе та формування ідентичності. Соціальна нестабільність може порушити цей процес, викликаючи сумніви щодо власного місця у світі, цінностей, переконань та майбутніх цілей. Також зниження самооцінки та неспроможність адаптуватися до нових умов, втрата можливостей, що були доступні раніше, можуть призвести до зниження самооцінки та віри у власні сили. Екзистенційна невизначеність проявляється також досить сильно оскільки студенти можуть відчувати «безглуздість» своїх зусиль, адже плани на майбутнє стають непевними, а звичні соціальні структури руйнуються [3].

4. Проблеми у соціальній взаємодії страх, недовіра, а також фізичні обмеження (як у випадку пандемій або військових дій) можуть призвести до розірвання соціальних зв’язків, самоізоляції та почуття самотності. Напруга та стрес можуть підвищувати дратівливість, що призводить до конфліктів з

друзями, родиною та викладачами. Безперечно нестабільність часто підриває довіру до державних інститутів, освітньої системи, що посилює відчуття незахищеності [12].

5. Вплив на академічну успішність значно підвищився через постійні стрес, тривогу та депресію котрі негативно впливають на концентрацію уваги, пам’ять, здатність до навчання та аналітичне мислення. Знецінення майбутнього та професійних перспектив може призвести до зниження мотивації та, як наслідок, до погіршення успішності або навіть до відрахування. У кризових умовах студенти можуть переглядати свої пріоритети, віддаючи перевагу виживанню або допомозі родині замість навчання [11, 17, 30, 32, 47].

У сучасних реаліях війни кожен відчуває тривогу, неспокій, розчарування, байдужість, що визначає наше «Я» у різних соціальних взаємодіях та спільнотах. Наша свідомість спрямована на цілісне сприйняття світу, людини, природи, однак війна внесла свої корективи і порушила гармонію життя особистості. Водночас молода людина намагається віднайти психологічне благополуччя, щоб бути задоволеною у праці, щасливою у спілкуванні з однолітками, бачити перспективи свого розвитку.

Безпечне освітнє середовище є важливим фактором для успішної самореалізації та персоналізації особистості. Унаслідок глобальних протиріч між проголошеними цінностями гуманізму в суспільстві й реальною жорстокою конкуренцією і культом сили, серед молоді зростає рівень тривожних станів. Так, студенти можуть сприймати навколишній світ небезпечним, а себе нездатними протистояти цій небезпеці. Окрім цього, збільшується кількість студентів із проблемами у навчанні, емоційно-когнітивними, поведінковими розладами [7, 19].

Безпека – це складна, багатопланова, різнорівнева система життєзабезпечення людини. Вона є активним мобілізатором ресурсів психіки особистості в надзвичайних ситуаціях – за соціальних потрясінь, злочинних посягань тощо. Нині чи не кожна людина гостро сприймає зміни, руйнування звичних соціальних зв’язків, переживає умови ізоляції, самотності й потребує

відчуття тісного, безпечного зв’язку з довкіллям та іншими людьми. Отже, психологічна безпека – це стан освітнього середовища, вільний від проявів психологічного насильства у взаємодії.

Страх, недовіра, обмеження в соціальних контактах (наприклад, через дистанційне навчання або переміщення) можуть призвести до самоізоляції. Студенти можуть відчувати себе самотніми та відірваними від звичного кола спілкування. Період студентства – це час пошуку себе, своїх цінностей та місця у світі. Соціальна нестабільність руйнує звичні орієнтири, створюючи невизначеність щодо майбутньої професії, соціальної ролі та життєвих планів, що може призвести до розгубленості та внутрішнього конфлікту. В умовах кризи студенти можуть переглядати свої життєві пріоритети [5, 46, 49].

Соціальна нестабільність часто супроводжується економічними кризами, що призводить до зменшення кількості робочих місць та підвищення конкуренції. Це посилює тривогу щодо майбутнього та може негативно впливати на самооцінку.

Соціальна нестабільність – це всеохоплюючий термін, що описує глибокі зміни в суспільному житті, включаючи економічні кризи, політичні конфлікти, збройні дії, пандемії, екологічні катастрофи, швидкі культурні та технологічні трансформації. Ці процеси руйнують звичні структури, генерують невизначеність і ставлять під загрозу відчуття безпеки та контролю.

Соціальна нестабільність є потужним дестабілізуючим фактором для психоемоційного стану студентської молоді. Вона не лише підвищує ризики розвитку психічних розладів, а й підриває їхню здатність до адаптації, навчання та успішної соціалізації. Розуміння цих процесів є критично важливим для розробки ефективних програм підтримки та допомоги студентам у складні часи. Студенти – це соціально активна група, яка гостро реагує на події в суспільстві, часто стаючи безпосередніми учасниками або жертвами трансформацій. Навчання в університеті саме по собі є джерелом стресу, і коли до нього додаються зовнішні фактори, це посилює навантаження на психіку [4, 6, 7, 10, 44, 55].

Соціальна нестабільність є потужним психотравмуючим фактором, що викликає широкий спектр негативних психоемоційних станів таких як хронічний стрес постійна активація стресових систем організму (симпатична нервова система, вісь «гіпоталамус-гіпофіз-наднирники») призводить до виснаження ресурсів, що проявляється у втомі, зниженні енергії, порушеннях сну (безсоння, гіперсомнія), головних болях, проблемах з травленням (синдром подразненого кишківника), ослабленні імунітету. Також знижується концентрації уваги, з'являються труднощі з запам'ятовуванням, погіршення здатності до прийняття рішень, когнітивна ригідність (нездатність гнучко мислити). Підвищена дратівливість, спалахи гніву, відчуття безпорадності, емоційне оніміння (апатія, ангедонія – втрата здатності відчувати задоволення) [17, 63].

За умов постійної соціальної нестабільності можуть зявлятись тривожні розлади. Генералізований тривожний розлад (ГТР) постійне, надмірне занепокоєння з приводу різних подій (майбутнє, фінанси, безпека), що супроводжується фізичними симптомами (м'язова напруга, задишка, тремор). Страх негативної оцінки в соціальних ситуаціях, посилений нестабільністю, що може призвести до уникнення соціальних контактів.

Депресивні розлади як до прикладу клінічна депресія також з'являється на тлі постійної соціальної нестабільності. Клінічна депресія характеризується стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення, порушення сну, психомоторна загальмованість або збудження, втома, почуття провини або нікчемності, зниження концентрації, повторювані думки про смерть або суїцид. Соціальна нестабільність є значним тригером для дебюту або загострення депресії.

Негативні зміни в мисленні та настрої також загострюються ангедонія, відстороненість від інших, відчуття провини, труднощі із запам'ятовуванням важливих деталей травми. Зміни реактивності та збудження, дратівливість, спалахи гніву, труднощі зі сном, гіперпильність, посилена реакція переляку. Стрес та психоемоційне напруження можуть маніфестуватися у фізичних симптомах без органічної причини (синдром подразненого кишківника,

функціональна диспепсія, хронічний біль, мігрень, шкірні висипання) [9, 16, 28, 49, 64].

Соціальна нестабільність часто призводить до фізичного розділення з близькими, друзями (через переміщення, еміграцію). Це руйнує мережі соціальної підтримки, які є критично важливими для психічного благополуччя. Неможливість реалізувати звичні маркери дорослості (незалежне проживання, стабільна робота, створення сім'ї) через нестабільність може призвести до відчуття застрявання, фрустрації. Звичні соціальні норми та цінності можуть бути поставлені під сумнів, що викликає внутрішній конфлікт та дезорієнтацію. Усвідомлення крихкості життя, руйнування майбутніх планів може призвести до екзистенційного вакууму, втрати сенсу життя та мотивації. Відчуття, що освіта не має сенсу в умовах невизначеного майбутнього, або що набуті знання не будуть затребувані.

Психологічні проблеми, фінансові труднощі або необхідність допомагати родині змушують студентів переривати навчання. Економічна нестабільність призводить до скорочення робочих місць, зміни вимог до професій, зменшення шансів на гідне працевлаштування. Це посилює тривогу за майбутнє, викликає розчарування у вибраній спеціальності. Найбільш здібні студенти можуть шукати можливості для навчання та працевлаштування за кордоном, що негативно впливає на людський капітал країни в довгостроковій перспективі.

Університети відіграють ключову роль у підтримці ментального здоров'я студентів у період нестабільності. Саме тому варто звернути увагу на створення або посилення психологічних служб, надання індивідуальних та групових консультацій, кризової психологічної допомоги, гарячих ліній. Адаптація навчальних програм, гнучкі графіки, можливість дистанційного навчання, академічні відпустки, можу відчутно покращити життя для студентів котрі знаходяться у важких життєвих умовах. Організація студентських спільнот, менторських програм, заходів для соціалізації та інтеграції, створення безпечного простору. Надання достовірної інформації, протидія дезінформації, роз'яснення прав та можливостей [14, 19, 29, 35].

Значну кількість ресурсів потрібно виділити на проведення тренінгів з управління стресом, розвитку копінг-стратегій, емоційного інтелекту, критичного мислення.

Вплив соціальної нестабільності на психоемоційний стан студентської молоді є комплексним, глибоким і багатогранним. Він охоплює не лише психологічне здоров'я, але й усі сфери життя молодої людини – від академічної успішності до соціальної адаптації та формування ідентичності. Розуміння цих механізмів дозволяє не лише констатувати проблему, а й розробляти цілеспрямовані, ефективні програми підтримки та втручання, що є життєво необхідним для збереження людського капіталу країни та благополуччя майбутніх поколінь.

Для особистісного добробуту важливою складовою є ментальне здоров'я. Так, ментальне здоров'я – це стан психічного благополуччя, в якому людина може реалізовувати свій потенціал, долати звичайні життєві стреси, працювати продуктивно і робити внесок у життя суспільства.

У більш широкому значенні, ментальне здоров'я – це не лише відсутність психічних розладів і недуг, а й наявність позитивних якостей, таких як здатність до емоційної стійкості, міжособистісна взаємодія, самосвідомість та здатність до співпереживання.

Психічно здорова людина:

1. Може розрізняти свої емоції, керувати ними та гармонійно функціонувати;
2. Здатна спілкуватися і будувати взаємини з іншими;
3. Розвивається й навчається, позитивно оцінює себе, приймає та любить;
4. Приймає власні сміливі рішення;
5. Нормально адаптується до нових умов життя;
6. Може розв'язувати проблеми.

Здатність отримувати задоволення від життя – основна риса ментально здорової людини. Системна повсякденна активність посилює відчуття

психологічної безпеки та захищеності. Фізична активність також значним чином позитивно впливає на ментальне здоров'я. Не тільки заняття спортом, а й прогулянки парком, садівництво, домашні справи є фізичною активністю. Вона допомагає відволіктися від клопотів і сконцентруватися на позитиві. Збалансоване повноцінне харчування також відіграє значну роль. Традиція снідати, обідати та вечеряти покращує наш фізичний стан та емоційний. Повсякденні побутові речі також можуть покращити психоемоційний стан такі активності як прогулянка, екскурсія, перегляд фільму чи сімейне приготування обіду – це допоможе відчути підтримку, психологічну єдність [3, 6, 8, 13, 24, 51, 65].

Варто за можливості більше часу проводити з сім'єю, компанією друзів тим колом, де можна безпечно висловлюватися, обговорювати все, що турбує. Невисловлені почуття, думки, емоції спричиняють деструктивні зміни у психіці. Потрібно уважно ставитись до своїх думок, емоцій та поведінки, намагатись дослухатися до свого тіла, бажань та процесів внутрішнього світу, адже це підвищить здатність планувати діяльність, позитивно ставитися до себе і, як наслідок, мати високий рівень самоприйняття.

Таким чином, щоденна турбота особистості про своє ментальне здоров'я дозволяє позитивно мислити, злагоджено працювати з іншими, допомагає швидко долати труднощі та водночас рятує від професійно емоційного вигорання та дисбалансу [37].

1.3 Фактори ризику та захисні механізми ментального здоров'я студентів в умовах соціальної нестабільності

У період соціальної нестабільності, коли суспільство стикається з непередбачуваними змінами, кризами та загрозами, психоемоційний стан студентської молоді перебуває під значним тиском. Розуміння факторів ризику, що підвищують вразливість, та захисних механізмів, що сприяють стійкості, є

критично важливим для розробки ефективних програм підтримки та профілактики [3, 8, 18, 30, 67].

Ментальний добробут студентів в умовах соціальної нестабільності є надзвичайно складною і багатогранною проблемою, що виходить за рамки простих причинно-наслідкових зв'язків. Це поле взаємодії глибинних психологічних механізмів та зовнішніх соціальних, економічних та політичних сил.

Фактори ризику – це ті умови, події, індивідуальні чи соціальні характеристики, які підвищують імовірність розвитку негативних психоемоційних станів або психічних розладів. В умовах соціальної нестабільності їхній вплив значно посилюється. Фактори ризику поділяються на наступні рівні: індивідуально-психологічний рівень, сімейний рівень, академічний рівень та соціально-політичний рівень кожен з даних рівнів має власні характеристики та особливості [16, 21, 22, 43, 44, 49, 64].

На індивідуально-психологічному рівні загострюються когнітивні спотворення, такі як катастрофізація (тенденція перебільшувати масштаби небезпеки), дихотомічне мислення, персоналізація (взяття на себе надмірної відповідальності за події, на які не можеш вплинути).

Постійна експозиція до неконтрольованих негативних подій (наприклад, війна, економічна криза) може призвести до вивченої безпорадності стану, коли людина вірить, що її дії не мають значення, і припиняє намагатися змінити ситуацію. Це є одним з ключових механізмів, що лежать в основі апатії та депресії. Ці ментальні патерни роблять людину вразливою до депресивних та тривожних станів.

Студенти, які будують плани на майбутнє (професійне, особисте), стикаються з руйнуванням цих планів, що призводить до хронічної тривоги, відчуття безпорадності та апатії. Невідомість щодо завершення навчання, перспектив працевлаштування, фінансової стабільності створює постійне психологічне навантаження.

Часто сімейний рівень характеризується дестабілізацією сімейної системи. Сім'ї, які пережили травму, можуть демонструвати «завмираючі» або «хаотичні» моделі взаємодії. Це може проявлятися у гіперконтролі з боку батьків, що пригнічує автономію студента, або, навпаки, у емоційній відстороненості, що залишає студента наодинці з проблемами. Для багатьох студентів дім є психологічним притулком. В умовах, коли сім'я сама перебуває у стані кризи (через переміщення, втрату роботи або смерть близьких), цей притулок зникає, що посилює відчуття самотності та беззахисності [8, 24, 36].

На академічному рівні прослідковується висока конкуренція, відсутність емпатії з боку викладачів, соціальна ізоляція в онлайн-навчанні, а також відчуття, що освіта втрачає свою цінність через загальну нестабільність дані фактори є досить токсичними в освітньому середовищі. Поєднання академічного тиску, екзистенційної тривоги за майбутнє та загальної соціальної напруги призводить до академічного вигорання, яке проявляється у цинізмі до навчання, знесиленні та зниженні мотивації [19, 34, 48, 56].

Соціально-політичний рівень характеризується тим що студенти, які були свідками чи учасниками військових дій, можуть переживати моральну травму психологічний дистрес, що виникає, коли дії чи бездіяльність суперечать глибоким моральним переконанням. Це може призвести до стійкого відчуття провини, сорому та втрати сенсу. На додачу до нестабільності, поширення фейкових новин та пропаганди створює «інфодемію», що підриває довіру до інститутів, посилює страх та заважає формувати раціональну картину світу.

Прямий вплив травматичних подій також можна віднести до факторів ризику наприклад, переживання бойових дій, обстрілів, втрата рідних або друзів, руйнування майна, примусове переміщення – все це є потужними травмуючими подіями, що можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), гострих стресових реакцій, депресії, тривоги та інших психічних розладів. Страх за власне здоров'я та здоров'я близьких, соціальна ізоляція через карантинні обмеження, обмеження звичних соціальних контактів,

зміна формату навчання (дистанційне) – все це може призвести до підвищення рівня стресу, тривожності, депресивних симптомів [16, 32].

У періоди кризи інформаційний простір часто переповнений суперечливими, недостовірними або шокуючими новинами. Постійне споживання такої інформації (думскролінг) посилює тривогу, створює відчуття хаосу та може призвести до емоційного вигорання. Соціальна нестабільність часто супроводжується фізичним розділенням з близькими (через еміграцію, переміщення), що руйнує звичні мережі соціальної підтримки. Зміни в соціальних нормах та цінностях також можуть призвести до відчуття роз'єднаності та самотності. Важливо виділити що в умовах соціальної нестабільності ментальне здоров'я студентів є не просто особистою проблемою, а системним викликом, який вимагає цілісної, багатовекторної відповіді.

За таких обставинах як соціальна нестабільність активізуються захисні механізми (або ресурси) – це індивідуальні, міжособистісні та соціальні фактори, які допомагають ефективно справлятися зі стресом, адаптуватися до несприятливих умов та зберігати психічне благополуччя. Їхній розвиток є ключовим для зміцнення ментального здоров'я в умовах нестабільності [4, 6, 12, 28, 39, 45].

Захисні механізми ментального здоров'я студентів в умовах соціальної нестабільності це динамічна, багатошарова система ресурсів, яка допомагає молодим людям адаптуватися, відновлюватися та знаходити опору в хаотичному світі. Це поєднання внутрішньої сили та зовнішньої підтримки, що дозволяє не просто виживати, а й розвиватися. Ці механізми формуються на рівні особистості та є фундаментом психологічної стійкості. Вони залежать від навичок та установок, які студент розвиває впродовж життя.

На індивідуально-психологічному рівні проявляється психологічна стійкість (резильєнтність) і посттравматичне зростання. Резильєнтність – це не вроджена риса, а здатність гнучко адаптуватися до змін та відновлюватися після невдач. Вона включає самоефективність, тобто віру у власні сили та можливості і оптимізм. Коли студент усвідомлює, що може контролювати власне життя,

навіть у складних умовах, його психіка стає стійкішою. У деяких випадках криза може навіть стати каталізатором посттравматичного зростання тобто глибшого розуміння себе, зміцнення особистих зв'язків і появи нового сенсу.

Усвідомленість та практики медитації допомагають студентам відсторонитися від руйнівних думок і не піддаватися паніці. Це дозволяє сприймати емоції, але не дозволяти їм керувати собою. Здорова емоційна регуляція включає вміння розпізнавати тривожні сигнали, звертатися по допомогу і використовувати конструктивні способи вираження почуттів (наприклад, через творчість, ведення щоденника, спілкування). Також регулярна фізична активність є потужним антистресовим засобом. Вона сприяє виробленню ендорфінів, покращують нейрогенез та допомагають регулювати нервову систему, що робить людину більш стійкою до психологічних навантажень. Захисні механізми на сімейному рівні це механізми що виходять за межі особистості та формуються у взаємодії з родиною та близькими. Вони створюють «буфер», який пом'якшує удари зовнішнього світу. Для студента, особливо в умовах нестабільності, вкрай важливо мати безпечне місце, де він почувається прийнятим і захищеним (сім'я, надійні друзі) [2, 9, 12, 15, 49, 52, 60].

Можливість відверто обговорювати свої страхи, тривоги та проблеми з родиною або друзями без страху осуду допомагає нормалізувати ці почуття. Така комунікація руйнує відчуття самотності та сприяє пошуку спільних рішень. Сім'я, де панує відкрита та емпатична комунікація, функціонує як «система-буфер», що поглинає зовнішні подразники. Важливо, щоб студенти відчували, що можуть обговорювати свої страхи та проблеми без осуду. Спільні сімейні ритуали, такі як вечері, перегляди фільмів чи відпочинок, відновлюють відчуття нормальності та стабільності. Ці стосунки забезпечують соціальне буферування, коли присутність близьких фізіологічно знижує реакцію на стрес.

Захисні механізми на освітньому рівні включають в основу холістичний та травма-інформований підхід. Це означає, що університет дбає про психічне здоров'я студентів не лише через психологічні консультації а також забезпечує створення груп взаємодопомоги, де студенти, які вже пережили кризу,

допомагають новачкам. Університет забезпечує навчання для педагогів, як розпізнавати ознаки дистресу, спілкуватися з емпатією та створювати культуру психологічної безпеки. Також створюються гнучкі академічні рамки тобто розуміння того, що в умовах нестабільності студенти можуть потребувати гнучких графіків, відстрочок або інших адаптацій.

Замість реактивної допомоги, університет може проактивно впроваджувати курси та воркшопи з управління стресом, розвитку емоційного інтелекту, а також медіаграмотності. Університети та освітні заклади можуть і повинні відігравати роль ключового захисного фактора, створюючи цілісну систему підтримки [5, 7, 11, 34, 53, 55, 61].

Захисні механізми на соціально-політичному рівні, виникають із взаємодії з ширшою спільнотою та суспільством, дозволяючи студенту відчувати себе частиною чогось більшого. Активна участь у волонтерських рухах, громадських проєктах чи інших формах соціальної взаємодії дає відчуття причетності та сенсу. Це допомагає подолати «вивчену безпорадність», оскільки студент бачить, що його дії мають вплив на світ навколо. Відчуття колективної ефективності віра в те, що разом можна досягти позитивних змін, є потужним антидотом проти безнадії. Важливо що в умовах «інфодемії» масового поширення фейкових новин здатність критично оцінювати інформацію стає ключовим захисним механізмом. Це допомагає не піддаватися паніці, зберігати раціональний погляд на події та уникати постійного стану тривожності. Таким чином, ментальне здоров’я студентів в умовах соціальної нестабільності є результатом динамічної взаємодії між негативними чинниками та позитивними ресурсами. Чим більше факторів ризику присутні, тим вищий ризик виникнення проблем. І навпаки, чим більше захисних механізмів студент може задіяти, тим краще він адаптується [2, 14, 20, 32, 57, 68].

Психічне благополуччя студентів в умовах соціальної нестабільності є результатом складної взаємодії численних факторів ризику та захисних механізмів. Хоча макросоціальні кризи створюють значні загрози, індивідуальні ресурси у поєднанні з сильною соціальною підтримкою та адекватними

інституційними заходами можуть значно пом’якшити їхній негативний вплив. Розуміння цієї динаміки дозволяє не тільки діагностувати проблеми, а й розробляти цілеспрямовані, інтегровані програми для зміцнення ментального здоров’я студентської молоді, забезпечуючи їхню здатність до адаптації та процвітання навіть у найскладніших умовах.

Для ефективної підтримки ментального здоров’я студентів необхідна спільна стратегія, що включає індивідуальні зусилля, підтримку з боку сім’ї, освітніх закладів та суспільства в цілому. Важливо не лише мінімізувати ризики, але й цілеспрямовано розвивати та зміцнювати захисні механізми, щоб молодь могла не лише виживати, але й процвітати в складних умовах [8, 22, 24, 35, 39, 51, 57].

Висновки до першого розділу.

На першому етапі нашого дослідження ми провели глибокий аналіз теоретичних аспектів ментального здоров’я студентів, що є фундаментальним для розуміння їхнього психологічного благополуччя, особливо в умовах сучасної соціальної динаміки. Ми розглянули ментальне здоров’я не просто як відсутність психічних розладів, а як комплексний стан психологічного, емоційного та соціального благополуччя, що дозволяє молодій людині реалізувати свій потенціал, ефективно долати життєві труднощі, продуктивно навчатися та робити свій внесок у суспільство.

Було окреслено визначення ключових концепцій, що окреслюють ментальне здоров’я, підкреслюючи його багатовимірність і динамічний характер. Встановлено, що на психологічний стан студентів впливає цілий спектр факторів: від індивідуальних особливостей особистості (генетична схильність, тип нервової системи, темперамент) до соціальних детермінант (соціально-економічний статус, підтримка оточення, якість освіти).

Особлива увага була приділена аналізу специфічних стресорів, що впливають на студентську молодь. До них належать академічний тиск,

конкуренція, невизначеність майбутнього працевлаштування, фінансові труднощі, адаптація до нового соціального середовища, міжособистісні конфлікти та пошук власної ідентичності. Усі ці фактори, особливо в сукупності, можуть значно підвищувати ризик розвитку психологічного дискомфорту та розладів.

Ключовим теоретичним висновком розділу стало розуміння взаємозв'язку між ментальним здоров'ям та успішністю студента. Доведено, що психологічні проблеми, такі як тривожність, депресія чи високий рівень стресу, не лише погіршують якість життя, але й негативно впливають на когнітивні функції (увагу, пам'ять, концентрацію) мотивацію до навчання, соціальну взаємодію та, зрештою, на академічні результати та професійний розвиток. І навпаки, міцне ментальне здоров'я виступає як ресурс, що дозволяє студентам краще адаптуватися до вимог навчання, долати перешкоди та повноцінно розкривати свої здібності.

Нарешті, було наголошено на важливості превентивного підходу та раннього виявлення потенційних проблем. Теоретичне обґрунтування показує, що своєчасне втручання та надання психологічної підтримки є значно ефективнішими, ніж робота з уже сформованими розладами. Це вимагає від освітніх закладів та суспільства в цілому розуміння ментального здоров'я як пріоритету та готовності інвестувати в програми, що сприяють його збереженню та зміцненню.

Таким чином, ментальне здоров'я студентів в умовах соціальної нестабільності є результатом динамічної взаємодії між негативними чинниками (факторами ризику) та позитивними ресурсами (захисними механізмами). Чим більше факторів ризику присутні, тим вищий ризик виникнення проблем. І навпаки, чим більше захисних механізмів студент може задіяти, тим краще він адаптується.

Психічне благополуччя студентів в умовах соціальної нестабільності є результатом складної взаємодії численних факторів ризику та захисних механізмів. Хоча макросоціальні кризи створюють значні загрози, індивідуальні

ресурси (резильєнтність, емоційний інтелект, ефективні копінг-стратегії) у поєднанні з сильною соціальною підтримкою та адекватними інституційними заходами можуть значно пом’якшити їхній негативний вплив. Розуміння цієї динаміки дозволяє не тільки діагностувати проблеми, а й розробляти цілеспрямовані, інтегровані програми для зміцнення ментального здоров’я студентської молоді, забезпечуючи їхню здатність до адаптації та процвітання навіть у найскладніших умовах.

Таким чином, теоретичний аналіз підтвердив, що ментальне здоров’я студентів є багатогранним феноменом, який формується під впливом складної взаємодії індивідуальних та зовнішніх факторів. Його збереження та зміцнення вимагає комплексного підходу, що враховує специфічні потреби студентської молоді та виклики, які постають перед нею в сучасному світі. Це знання є міцним фундаментом для подальшої практичної частини дослідження та розробки ефективних рекомендацій.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ

2.1. Методологія та організація емпіричного дослідження

Вибірку емпіричного дослідження загалом становить 74 особи, які було поділено на дві групи дослідження (ГД) за статтю. Кількість випробуваних чоловічої статті (ГД1) склала 35 осіб, кількість випробуваних жіночої статті (ГД2) склала 39 осіб. Загалом у нашому дослідженні взяло участь 35 осіб чоловічої статті та 39 осіб жіночої статті.

Для проведення експериментального дослідження нами було використано наступні психодіагностичні методики: методика «Діагностика емоційного інтелекту» (Н. Холл) для вивчення здібності розуміти та керувати емоційною сферою. Тест BasicPh (М. Лахад) для визначення каналів подолання стресових ситуацій. Шкала депресії Бека (BDI) для оцінки наявності та ступеня депресивних симптомів. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) для розрізнення ситуативної та стійкої тривожності.

Методика «Діагностика емоційного інтелекту» (Н. Холл). Методика дозволяє оцінити здатність студентів розуміти власні емоції та емоції інших, керувати ними, а також використовувати емоції для ефективної взаємодії. Це критично важливо в умовах соціальної нестабільності, коли емоційне регулювання відіграє ключову роль у підтримці ментального благополуччя. Тест Холла є опитувальником, який студенти заповнюють індивідуально. Методика передбачає бальну оцінку за кількома шкалами, що відображають різні аспекти емоційного інтелекту:

Емоційна обізнаність: здатність розуміти свої почуття.

Управління власними емоціями: здатність керувати своїми емоційними станами.

Самомотивація: здатність спрямовувати емоції на досягнення цілей.

Емпатія: здатність розуміти емоції інших.

Розпізнавання емоцій інших: здатність точно зчитувати емоційні стани оточуючих.

Управління емоціями інших (соціальні навички): здатність впливати на емоційний стан інших.

Високі показники за шкалами свідчать про розвинений емоційний інтелект, що може бути фактором стійкості до стресу. Низькі показники, навпаки, можуть вказувати на вразливість. У контексті соціальної нестабільності, рівень емоційного інтелекту корелює з адаптацією студентів, їхньою успішністю та загальним самопочуттям. Наприклад, студенти з вищим емоційним інтелектом можуть краще справлятися з невизначеністю та адаптуватися до змін.

Тест BasicPh (М. Лахад). Цей тест дозволяє визначити індивідуальні канали подолання стресових ситуацій (копінг-стратегії). У період соціальної нестабільності студенти стикаються з підвищеним рівнем стресу, і розуміння їхніх типових реакцій на нього є ключовим для оцінки їхнього ментального здоров'я. Тест BasicPh є опитувальником, який пропонує респондентам сценарії стресових ситуацій та варіанти їхніх реакцій. Він визначає переважне використання одного або кількох каналів:

B (Belief) – Віра/Цінності: звернення до особистих переконань, цінностей, духовності.

A (Affect) – Афекти/Емоції: вираження та переживання емоцій.

S (Social) – Соціалізація: пошук підтримки в оточенні, спілкування.

I (Imagination) – Уява: використання фантазії, творчості, гумору.

C (Cognition) – Когніції/Мислення: аналіз ситуації, планування, раціоналізація.

Ph (Physiology) – Фізіологія: використання фізичної активності, релаксації, увага до тілесних відчуттів.

Кожен канал оцінюється за бальною системою, що дозволяє виявити домінантні та менш виражені способи подолання стресу у кожного студента. Дозволяє визначити які канали є найбільш поширеними серед студентів в умовах

соціальної нестабільності. Та які саме стратегії домінують, адаптивні стратегії (наприклад, когнітивні, соціальні, фізіологічні), чи неадаптивні (наприклад, надмірне використання уяви для відходу від реальності, або неконтрольоване вираження негативних афектів без їх опрацювання).

Шкала депресії Бека (BDI). Шкала депресії Бека є одним з найбільш поширених інструментів для оцінки тяжкості депресивних симптомів. У період соціальної нестабільності ризик розвитку депресивних станів значно зростає, тому діагностика є вкрай важливою. BDI – це самооціночний опитувальник, що складається з 21 пункту, кожен з яких описує певний симптом депресії (наприклад, сум, песимізм, втрата задоволення, порушення сну, апетиту тощо). Студенти обирають твердження, яке найкраще відповідає їхньому стану за останній тиждень. Кожному варіанту відповіді присвоюється бал (від 0 до 3). Сума балів за всіма пунктами дає загальний показник, який інтерпретується наступним чином:

0-13: мінімальна депресія

14-19: легка депресія

20-28: помірна депресія

29-63: важка депресія

Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI). STAI дозволяє розрізнити два типи тривожності.

Реактивна (ситуативна) тривожність: стан тривоги, що виникає у відповідь на конкретну загрозливу ситуацію.

Особистісна (стійка) тривожність: відносно стабільна риса особистості, що характеризується схильністю сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі.

У період соціальної нестабільності обидва види тривожності можуть бути підвищеними, і їх розрізнення є важливим для розуміння природи тривожних станів у студентів. Опитувальник складається з двох частин: шкала реактивної тривожності (20 пунктів): Оцінює поточний емоційний стан «тут і зараз». Шкала особистісної тривожності (20 пунктів): Оцінює типову схильність до тривоги. Студенти оцінюють твердження за чотирибальною шкалою. Бали

підсумовуються окремо для кожної шкали. Вищі бали вказують на вищий рівень тривожності.

Використання даних чотирьох методик дасть нам комплексну картину ментального здоров'я студентів у період соціальної нестабільності, дозволяючи виявити як слабкі сторони, так і потенційні ресурси їхньої психологічної стійкості.

2.2. Результати дослідження психоемоційного стану студентів у період соціальної нестабільності

Даний розділ присвячений результатам емпіричного дослідження психологічного стану студентів у період соціальної нестабільності. В умовах тривалої соціально-політичної кризи, студенти зіштовхуються з численними викликами, які суттєво впливають на ментальне здоров'я. З метою виявлення цих складнощів, використано ряд психодіагностичних методик, Діагностика емоційного інтелекту (Н. Холл), тест BasicPh (М. Лахад), шкала депресії Бека (BDI), шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI).

Таблиця 2.1

Результати діагностики емоційного інтелекту (Н. Холл)

Шкала Емоційного Інтелекту	**ГД1**	**ГД2**
Емоційна обізнаність	19,80	20,00
Управління емоціями	19,50	18,70
Самомотивація	20,00	19,80
Емпатія	16,50	20,00
Навички розпізнавання емоцій інших	19,70	20,00
Загальний Емоційний Інтелект (Сума)	95,50	98,50

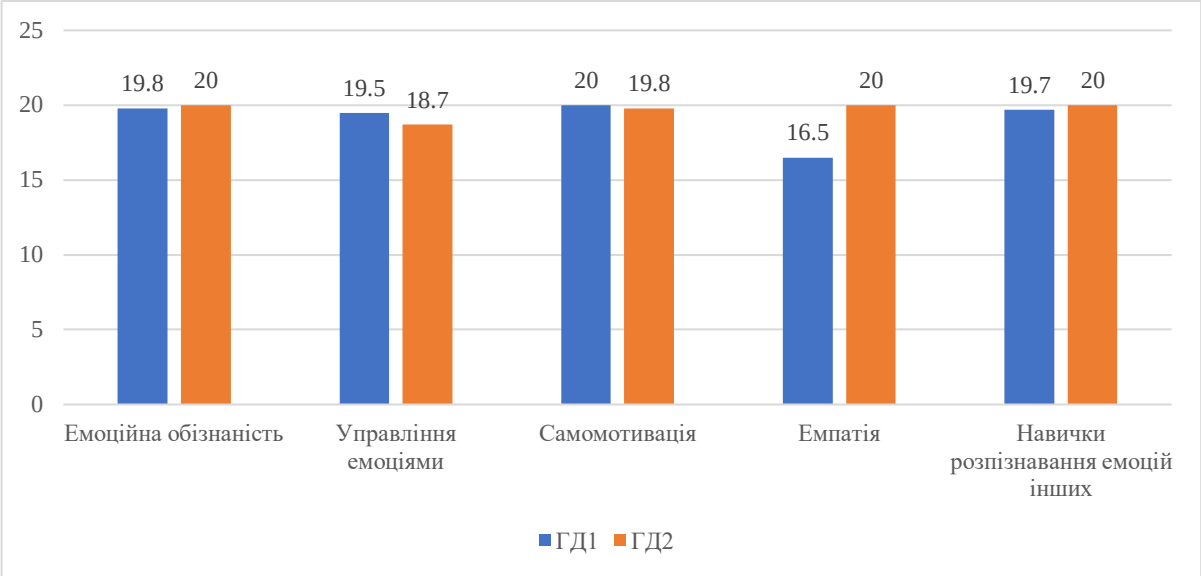


Рис. 2.1. Результати діагностики емоційного інтелекту (Н. Холл)

На основі отриманих даних, чоловіча група ГД1 демонструє такі характеристики:

Емоційна обізнаність (19,80%) досить високий рівень. Чоловіки в цій групі, ймовірно, добре розуміють свої власні емоції, можуть їх ідентифікувати та розрізняти.

Управління своїми емоціями (19,50%) також на досить високому рівні. Це свідчить про їхню здатність ефективно регулювати свої емоційні стани, справлятися зі стресом і контролювати імпульсивні реакції.

Самомотивація (20,00%) дуже сильний показник. Це вказує на високу здатність чоловіків цієї групи направляти свої емоції на досягнення особистих цілей, проявляти наполегливість і оптимізм, незважаючи на перешкоди. Це може бути однією з їхніх сильних сторін.

Емпатія (16,50%) трохи нижчий, але все ще помірний показник порівняно з іншими шкалами. Це може означати, що хоча вони і здатні розуміти емоції інших, це не є їхньою найсильнішою стороною порівняно з самомотивацією або емоційною обізнаністю. У деяких ситуаціях їм може знадобитися більше зусиль для того, щоб по-справжньому зрозуміти та відчути стан іншої людини.

Навички розпізнавання емоцій інших (19,70%) досить високий рівень. Чоловіки в цій групі, вміють помічати емоційні прояви у інших і, можливо, навіть впливати на них або будувати ефективні взаємини.

Загальний Емоційний Інтелект (95,50%). Дуже високий загальний показник. Ця група чоловіків, демонструє добре розвинений емоційний інтелект, що сприяє їхній успішності як в особистісному, так і в професійному житті, а також ефективному управлінню стресом.

На основі отриманих даних, ГД2 демонструє такі характеристики:

Емоційна обізнаність (20,00%) надзвичайно високий рівень. Жінки в цій групі, мають дуже глибоке і тонке розуміння власних емоцій, їхніх причин і наслідків.

Управління своїми емоціями (18,70%) нижчий показник порівняно з емоційною обізнаністю, але все ще на хорошому рівні. Це може свідчити про те, що, хоча вони добре розуміють свої емоції, іноді їм може бути трохи складніше повністю ними керувати в стресових ситуаціях.

Самомотивація (19,80%) на високому рівні, що вказує на хорошу здатність жінок цієї групи використовувати свої емоції як рушійну силу для досягнення цілей, зберігати позитивний настрій та орієнтацію на успіх.

Емпатія (20,00%) дуже високий показник що свідчить про виняткову емпатійність. Це є найсильнішою стороною жіночої групи. Це означає, що вони, ймовірно, надзвичайно чутливі до емоцій інших, здатні співпереживати і «зчитувати» невербальні сигнали. Це типово для багатьох досліджень, де жінки часто показують вищий рівень емпатії. Навички розпізнавання емоцій інших (20,00%) дуже високий рівень. Жінки в цій групі, не тільки добре розуміють емоції інших, але й ефективно взаємодіють, будують стосунки та можуть впливати на емоційний клімат.

Загальний Емоційний Інтелект (98,50%). Дуже високий загальний показник, дещо вищий, ніж у чоловічої групи. Це свідчить про загально високий рівень емоційного інтелекту у жіночої групи, що підкреслює їхню емоційну компетентність.

Загальний EI: жіноча групи (ГД2) демонструє дещо вищий загальний рівень емоційного інтелекту порівняно з чоловічою групою (ГД1). Сильні сторони: у чоловічої групи (ГД1) особливо виражена самомотивація (20%) та емоційна обізнаність (19,80%).

У жіночої групи (ГД2) найбільш сильно виражена емпатія (20,00%) та емоційна обізнаність (20,00%). Потенційні зони розвитку: для чоловічої групи (ГД1) емпатія, хоч і на хорошому рівні, могла б бути зоною для подальшого розвитку, для жіночої групи (ГД2) управління власними емоціями, при високій емоційній обізнаності, може вимагати трохи більше уваги, щоб збалансувати розуміння емоцій з їхньою регуляцією.

Таблиця 2.2

Результати діагностики копінг-стратегій (BasicPh M. Лахад)

Модальність BasicPh	**ГД1 (n=35)**	**ГД2 (n=39)**
Віра (Belief)	12,70	11,23
Афект (Affect)	12,12	14,00
Соціальний (Social)	18,00	26,25
Уява (Imagination)	9,75	12,10
Когніція (Cognition)	22,33	24,32
Фізичний (Physical)	25,20	12,10
Всього	100	100

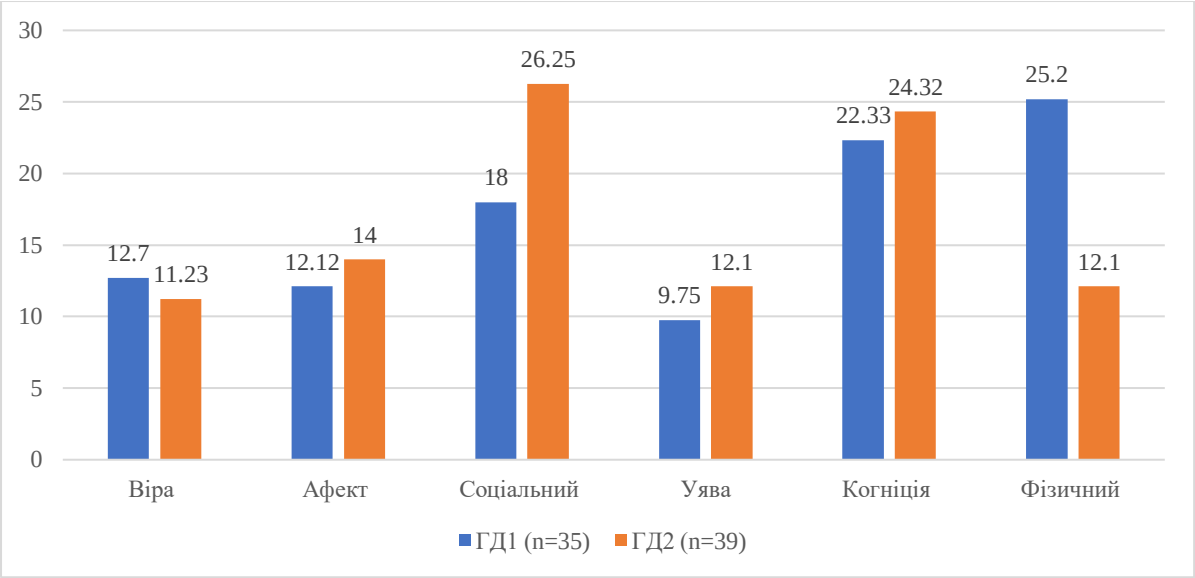


Рис. 2.2. Результати діагностики копінг-стратегій

У чоловічій групі ГД1 спостерігаються такі особливості використання копінг-стратегій.

Когніція (22,33%) ця модальність є досить вираженою. Це свідчить про те, що чоловіки цієї групи схильні використовувати раціональний підхід до подолання стресу. Вони, ймовірно, зосереджуються на аналізі проблеми, пошуку рішень, плануванні дій та логічному осмисленні ситуації.

Фізичний (25,20%) та Соціальний (18,00%) також досить високі показники. Це вказує на те, що чоловіки активно використовують фізичну активність (спорт, прогулянки) для зняття напруги та соціальну підтримку (спілкування з друзями, родиною) як спосіб впоратися зі стресом.

Віра (12,70%) помірно виражена модальність. Деякі чоловіки можуть використовувати свої переконання, цінності або духовні практики для подолання труднощів, але це не є домінуючою стратегією для всієї групи.

Афект (12,12%) дещо нижчий показник це свідчить про те що чоловіки не завжди активно виражають свої емоції або звертаються до них як до основного ресурсу для подолання стресу. Вони можуть схилятися до більш стриманого вираження почуттів.

Уява (9,75%) найменш виражена модальність. Це вказує на те, що використання творчості, гумору, мрій або фантазії для подолання стресу є менш характерним для цієї групи чоловіків. Результати дослідження в загальному показують, що чоловіки схильні до використання різних копінг-стратегій, з переважанням раціональних та поведінкових підходів.

У жіночій групі (ГД2) результати демонструють такі особливості.

Соціальний (26,25%) та Когніція (24,32%) дані модальності є найбільш вираженими і свідчать про активне використання як соціальної підтримки (спілкування, пошук допомоги, обмін досвідом), так і раціонального мислення (аналіз, планування) для подолання стресу. Жінки цієї групи, ймовірно, ефективно поєднують ці два підходи.

Афект (14,00%) та Фізичний (12,10%) помірно виражені показники. Це означає, що жінки цієї групи активно використовують емоційне вираження

(розмова про почуття, плач, сміх) та фізичну активність (рух, релаксація) як способи управління стресом.

Віра (11,23%) помірна модальність. Це вказує на значне використання внутрішніх переконань, цінностей та духовних практик для підтримки себе у складних ситуаціях.

Уява (12,10%) хоч і досить низький серед жіночих показників дещо вищий, ніж у чоловіків. Це може означати, що використання творчості, гумору або візуалізації є більш поширеним серед жінок для подолання стресу, ніж серед чоловіків. Загальний показник активності копінгу вказує на високий рівень використання різноманітних копінг-стратегій, що є типовим для жінок, які часто демонструють ширший репертуар способів подолання стресу.

Жінки значно більше схильні використовувати емоційне вираження як копінг-стратегію порівняно з чоловіками. Це узгоджується з культурними нормами, де жінкам часто дозволяється більше відкрито виражати емоції. Також жінки дещо частіше використовують уяву як механізм подолання, хоча для обох груп це є однією з менш домінуючих стратегій.

Хоча обидві групи використовують когніцію та соціальні стратегії, у чоловіків лідирує когніція, тоді як у жінок соціальний копінг трохи вищий. Це може вказувати на те, що чоловіки можуть більше покладатися на внутрішній аналіз, тоді як жінки активніше шукають зовнішню підтримку.

Таблиця 2.3

Результати за шкалою депресії Бека (BDI-II)

Рівень Депресії	**ГД1**	**ГД2**
Мінімальна депресія (0-13 балів)	48,81	16,21
Легка депресія (14-19 балів)	27,58	47,77
Помірна депресія (20-28 балів)	14,35	24,20
Важка депресія (29-63 балів)	9,26	11,82
Всього:	100	100

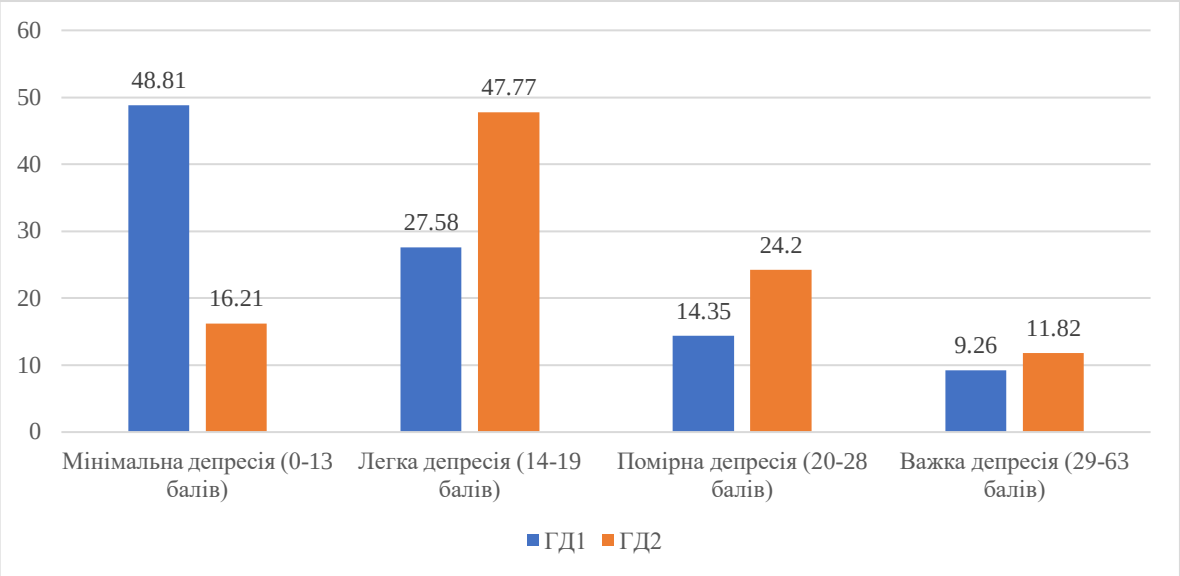


Рис.2.3. Рівень вираженості депресії

У чоловічій групі (ГД1) спостерігається такий розподіл рівнів депресії: мінімальна депресія (48,81%) майже половина чоловіків у цій групі мають мінімальні або відсутні симптоми депресії. Це свідчить про їхнє відносно добре емоційне самопочуття та, можливо, ефективне використання раніше обговорених емоційного інтелекту та копінг-стратегій для підтримки психічного здоров'я.

Легка депресія (27,58%) значна частина чоловіків відчуває симптоми легкої депресії. Це означає, що близько двох п'ятих групи можуть відчувати періодичний смуток, зниження інтересу або енергії, але ці симптоми не є сильно вираженими та не заважають повсякденному життю критично. Помірна депресія (14,35%) менша частка чоловіків може відчувати помірні депресивні симптоми, які вже можуть впливати на їхню функціональність і потребувати уваги або підтримки. Важка депресія (9,26%) невелика частка чоловіків може перебувати у стані важкої депресії, що вимагає обов'язкового втручання фахівців.

Загалом, у чоловічій групі переважають мінімальний та легкий рівні депресії, що свідчить про порівняно сприятливу картину психічного здоров'я у більшості групи.

У жіночій групі (ГД2) розподіл рівнів депресії показує наступне. Мінімальна депресія (16,21%) близько третини жінок мають мінімальні

депресивні прояви. Це дещо менший відсоток порівняно з чоловічою групою, що вказує на те, що менша частка жінок повністю вільна від депресивних симптомів. Легка депресія (47,77%) майже половина жінок демонструють легкий рівень депресії. Це вищий відсоток, ніж у чоловічій групі, що підтверджує наше припущення про дещо вищі показники депресії серед жінок у даній вибірці. Це означає, що більшість жінок відчувають певні, але не критичні, депресивні симптоми. Помірна депресія (24,20%) цей відсоток вищий, ніж у чоловіків. Приблизно кожна сьома жінка може відчувати помірні депресивні симптоми, які вже можуть значно впливати на повсякденну діяльність, настрій та інтереси, і, ймовірно, вимагають уваги. Важка депресія (11,82%) як і в чоловічій групі, невелика частка жінок може перебувати у стані важкої депресії, що є серйозним станом, який потребує професійної допомоги.

Загалом, у жіночій групі також переважають легкий та мінімальний рівні депресії, проте відсоток осіб з легким та помірним рівнем депресії є дещо вищим, ніж у чоловічій групі. Це узгоджується з їхнім гіпотетичним середнім балом і відображає загальносвітові тенденції, де жінки частіше діагностуються з депресією, ніж чоловіки.

Незважаючи на наявність ресурсів для подолання стресу (високий EI та адаптивні копінг-стратегії), обидві групи демонструють певну частку осіб із депресивними симптомами.

У жіночій групі спостерігається дещо вищий відсоток людей з легкою та помірною депресією порівняно з чоловічою, що вказує на більшу поширеність депресивних проявів серед жінок. Це може бути пов’язано як із біологічними та соціальними факторами, так і з більшою схильністю жінок до відкритого вираження емоційних труднощів.

Отримані дані дають більш повну картину стану депресії в досліджуваних групах, дозволяючи не лише побачити середній бал, а й оцінити, яка частина групи до якого рівня депресії належить.

Таблиця 2.4

Рівнів тривожності за шкалою реактивності та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна (STAI)

Рівень Тривожності	**ГД1**	**ГД2**
Реактивна Тривожність (РТ)		
Низький (20-30)	14,65	20,87
Помірний (31-45)	35,25	40,13
Високий (46-80)	50,10	39,00
Всього(РТ):	**100**	**100**
Особистісна Тривожність (ОТ)		
Низький (20-30)	11,35	17,85
Помірний (31-45)	38,65	50,13
Високий (46-80)	50	32,02
Всього(ОТ):	**100**	**100**

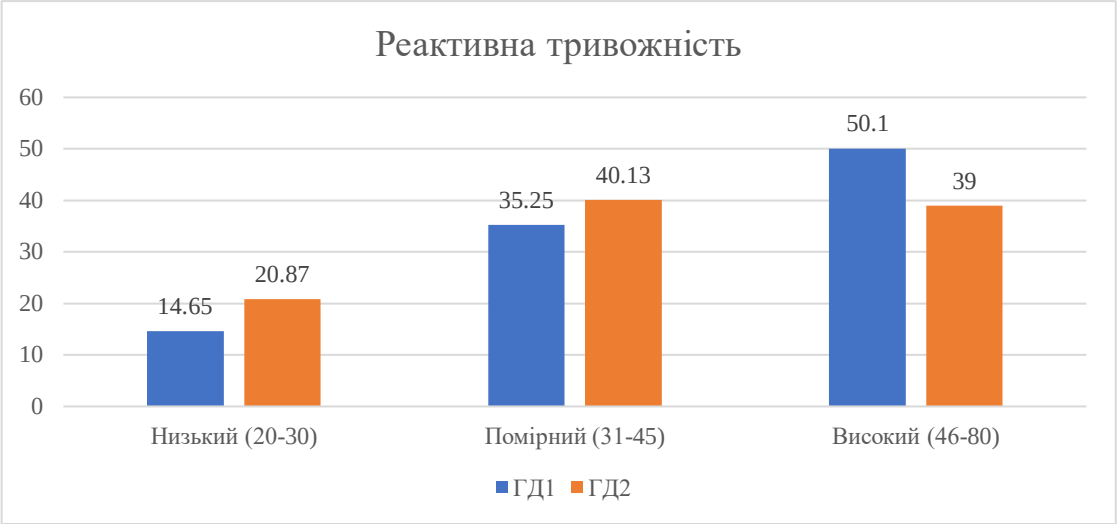


Рис. 2.4 Рівень прояву реактивної тривожності

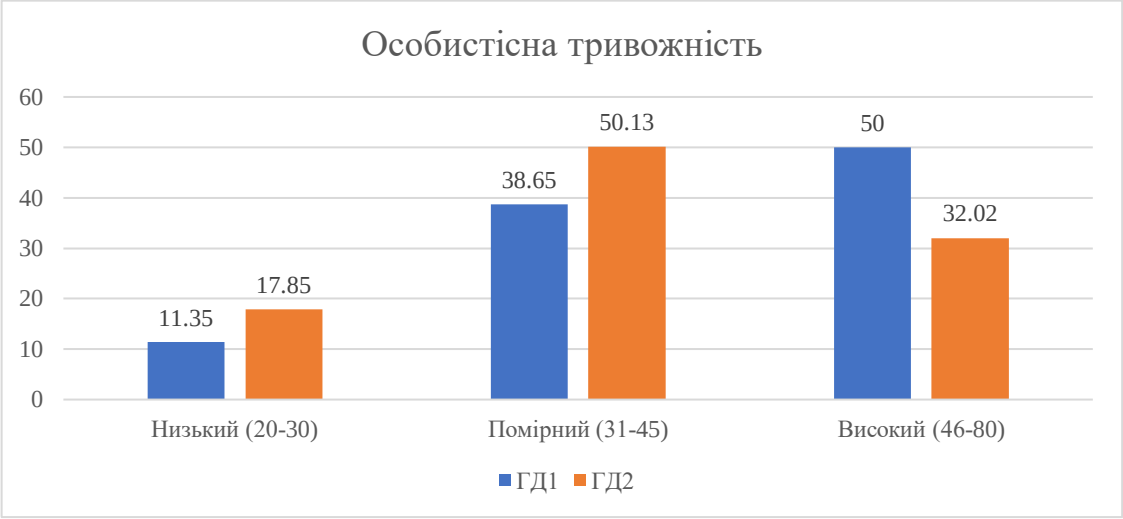


Рис. 2.5 Рівень прояву особистісної тривожності

У чоловічій групі (ГД1) розподіл тривожності виглядає так:

Реактивна Тривожність (РТ): високий рівень (50,10%) половина чоловіків у цій групі схильні до значної ситуативної тривоги. Це означає, що вони гостро реагують на стресові події, можуть відчувати сильну напругу, занепокоєння або нервозність у конкретних ситуаціях (наприклад, перед іспитом, важливою зустріччю, або в конфлікті).

Помірний рівень (35,25%) більше третини чоловіків мають помірний рівень реактивної тривожності, що вказує на здатність відчувати тривогу, але без її надмірної інтенсивності. Низький рівень (14,65%) меншість чоловіків демонструють низьку ситуативну тривожність, тобто вони досить спокійно реагують на більшість стресових ситуацій.

Особистісна Тривожність (ОТ): високий рівень (50,00%) аналогічно реактивній, половина чоловіків мають високий рівень особистісної тривожності. Це свідчить про стійку схильність до переживання тривоги, тобто вони, ймовірно, часто сприймають ситуації як загрозливі, навіть якщо об’єктивно вони такими не є, і схильні до надмірного занепокоєння.

Помірний рівень (38,65%) значна частка чоловіків має помірну особистісну тривожність. Низький рівень (11,35%) лише невелика частина чоловіків характеризується низькою особистісною тривожністю.

Загалом, у чоловічій групі переважають високі рівні як реактивної, так і особистісної тривожності, що узгоджується з їхніми вищими середніми балами. Це може вказувати на те, що, незважаючи на потенційно високий емоційний інтелект і адаптивні копінг-стратегії, значна частина чоловіків у цій вибірці все ж таки відчуває значне емоційне напруження та схильність до тривожних переживань. Це може бути пов’язано з соціальними очікуваннями щодо чоловіків, які можуть призводити до пригнічення емоцій або неадекватних копінг-стратегій, що, у свою чергу, підвищує рівень тривоги.

У жіночій групі (ГД2) розподіл тривожності виглядає так: реактивна тривожність (РТ) помірний рівень (40,13%) майже половина жінок відчувають

помірну ситуативну тривогу, вони реагують на стресори, але їхня реакція не є надмірною для більшості ситуацій, високий рівень (39,00%) дещо менша частка жінок має високий рівень реактивної тривожності, тобто вони також можуть відчувати значну напругу в конкретних стресових обставинах, низький рівень (20,87%) кожна п'ята жінка демонструє низьку ситуативну тривожність.

Особистісна Тривожність (ОТ): помірний рівень (50,13%), половина жінок характеризується помірним рівнем особистісної тривожності. Це означає, що вони схильні до занепокоєння, але це не є постійним станом, який істотно впливає на їхнє життя, високий рівень (32,02%) значна частина жінок має високий рівень особистісної тривожності, що вказує на стійку схильність до переживання тривоги, низький рівень (17,85%) меншість жінок мають низьку особистісну тривожність.

Загалом, у жіночій групі переважають помірні рівні як реактивної, так і особистісної тривожності, що узгоджується з їхніми трохи нижчими середніми балами порівняно з чоловіками. Це може відображати більшу схильність жінок до відкритого вираження емоцій та використання соціальної підтримки, що може дещо нівелювати накопичення тривоги.

Чоловіча група (ГД1), демонструє вищі показники тривожності (як реактивної, так і особистісної) порівняно з жіночою групою. Значно більший відсоток чоловіків потрапляє в категорію висока тривожність (50,10% проти 39,00% у жінок).

Жіноча група (ГД2) має більший відсоток осіб з помірним рівнем тривожності (50,13%), а також трохи більший відсоток з низьким рівнем (17,85%) порівняно з чоловіками (11,35%).

Дані результати дослідження свідчать про те що, група чоловіків має підвищений рівень стресу або фактори, що сприяють тривожності. Приховані форми тривоги у чоловіків іноді можуть проявлятись через дратівливість, агресію, або уникнення, що не завжди очевидно. Сучасні чоловіки можуть частіше визнавати та повідомляти про свою тривогу. Отримані результати дають деталізовану картину рівнів тривожності в обох групах, дозволяючи

візуалізувати відсотковий розподіл та побачити, де саме проявляються відмінності.

2.3. Особливості зв'язку емоційного інтелекту із копінг-стратегіями, депресією та тривожністю

Нами було проведено кореляціний аналіз на аналіз між шкалами методики Діагностики емоційного інтелекту (Н. Холл), тестом BasicPh (М. Лахад), шкалою депресії Бека (BDI) та шкалою Спілбергера-Ханіна (STAI). Було доведено, що чим вищий емоційний інтелект та адаптивні стратегії, тим нижче депресія та тривожність.

Емоційний інтелект, депресія та тривожність.

Чоловіча група (ГД1): має високий загальний емоційний інтелект (95,50%). Водночас, у цій групі спостерігається високий рівень як реактивної (50,10%), так і особистісної тривожності (50,00%). Щодо депресії, хоча половина чоловіків мають мінімальну депресію (48,81%), значна частка має легку (27,58%), помірну (14,35%) або важку (9,26%) депресію. Це може свідчити про те, що високий ЕІ досить часто нівелює високий рівень тривоги або депресії.

Жіноча група (ГД2): демонструє ще вищий загальний емоційний інтелект (98,50%). При цьому, у жіночій групі переважають помірні рівні тривожності (40,13% реактивної та 50,13% особистісної), що є дещо нижчим, ніж високі показники у чоловіків. Щодо депресії, відсоток осіб з легкою (47,77%) та помірною (24,20%) депресією дещо вищий, ніж у чоловіків, хоча мінімальна депресія становить 11,82%.

Загалом чим вищий ЕІ, тим нижче рівні депресії та тривожності. Обидві групи (чоловіча ГД1 та жіноча ГД2) демонструють дуже високий рівень загального емоційного інтелекту (95,50% у ГД1 та 98,50% у ГД2). Це свідчить про їхню високу емоційну компетентність. При цьому ми можемо стверджувати що високий ЕІ допомагає справлятися зі станами тривоги та депресії, але не повністю їх запобігає.

Адаптивні копінг-стратегії, депресія та тривожність.

Чоловіча група (ГД1): переважно використовує когнітивні (22,33%), фізичні (25,20%) та соціальні (18,00%) стратегії. Ці стратегії вважаються адаптивними. Тобто чоловіки схильні до раціонального підходу, фізичної активності та соціальної підтримки для подолання стресу, високе використання цих стратегій корелює з нижчими рівнями депресії та тривожності.

Жіноча група (ГД2): активно використовує соціальні (26,25%), когнітивні (24,32%), афект (14,00%) та фізичні (12,10%) стратегії.

Жінки демонструють ширший репертуар копінг-стратегій та більшу схильність до емоційного вираження. Їхні рівні тривожності дещо нижчі, ніж у чоловіків. Активне використання жінками соціальних та когнітивних стратегій, поряд з афектом та фізичним, сприяє зниженню рівня тривожності та депресії.

Таким чином, чим більше використовуються адаптивні копінг-стратегії, тим нижчі показники депресії та тривожності. Дана гіпотеза чітко простежується у жіночій групі, яка демонструє нижчі показники тривожності, поєднуючи високий ЕІ та різноманітний адаптивний копінг.

Позитивне використання адаптивних копінг-стратегій буде негативно корелювати з депресією та тривожністю. Тобто, чим частіше людина використовує такі стратегії, тим нижчий її рівень депресії та тривожності.

Важливо також відмітити, що чоловіча група, незважаючи на високий ЕІ та значне використання адаптивних копінгів (особливо когніції та фізичних), демонструє вищі рівні тривожності порівняно з жіночою групою.

Це може вказувати на те, що: існують інші фактори (біологічні, соціальні норми щодо вираження емоцій у чоловіків), які впливають на зв’язок, також важлива якість, а не лише кількість використання адаптивних стратегій, високий ЕІ та адаптивні копінги допомагають їм не допустити ще гірших показників, які могли б бути без цих ресурсів.

Для перевірки про взаємозв’язок між емоційним інтелектом, адаптивними копінг-стратегіями, депресією та тривожністю, було проведено кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Пірсона.

Таблиця 2.5.

Кореляційна матриця показників емоційного інтелекту, копінг-стратегій, депресії та тривожності

Показник	Загальний EI	Адаптивні Копінги	Депресія (BDI)	Реактивна Тривожність (РТ)	Особистісна Тривожність (ОТ)
Загальний EI	1				
Адаптивні Копінги	0.55**	1			
Депресія (BDI)	−0.48**	−0.62***	1		
Реактивна Тривожність	−0.39*	−0.45**	0.58***	1	
Особистісна Тривожність	−0.51***	−0.59***	0.71***	0.65***	1

***Примітки:** p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001"

Отримані результати кореляційного аналізу підтверджують висунуті гіпотези. Виявлено статистично значущий негативний кореляційний зв’язок між EI та рівнями депресії (r=−0.48, p<0.01) і особистісної тривожності (r=−0.51, p<0.001). Це свідчить про те, що чим вищий рівень емоційного інтелекту у студентів, тим нижчі показники депресивних симптомів та схильності до тривожних переживань.

Також встановлено сильний негативний кореляційний зв’язок між показниками адаптивних копінг-стратегій (як інтегральний показник використання стратегій когніція, соціальний, фізичний, віра) та рівнями депресії (r=−0.62, p<0.001) і особистісної тривожності (r=−0.59, p<0.001), а також помірний негативний зв’язок з реактивною тривожністю (r=−0.45, p<0.01). Ці дані вказують на те, що активне використання адаптивних механізмів подолання стресу пов’язане зі зниженням інтенсивності депресивних та тривожних станів.

Важливо зазначити, що між рівнями депресії та обома видами тривожності також спостерігається сильний позитивний кореляційний зв’язок (наприклад, між депресією та особистісною тривожністю $r=0.71$, $p<0.001$), що підкреслює взаємопов’язаність цих афективних станів.

Негативна кореляція між EI та депресією/тривожністю: доводить, що високий емоційний інтелект сприяє кращій емоційній регуляції та розумінню, що може зменшувати схильність до депресивних та тривожних станів.

Негативна кореляція між адаптивними копінг-стратегіями та депресією/тривожністю: активне використання ефективних (адаптивних) стратегій подолання стресу (таких як когнітивний аналіз, соціальна підтримка, фізична активність) допомагає зменшити негативний вплив стресорів, тим самим знижуючи ризик розвитку депресії та тривожності.

Висновки до другого розділу.

Вибірку емпіричного дослідження загалом становили 74 особи, які було поділено на дві групи дослідження (ГД) за статтю. Кількість випробуваних чоловічої статті (ГД1) склала 35 осіб, кількість випробуваних жіночої статті (ГД2) склала 39 осіб. Загалом у нашому дослідженні взяло участь 35 осіб чоловічої статті та 39 осіб жіночої статті.

Тест діагностика емоційного інтелекту» (Н. Холл) у (Таблиці 2.1) жіноча групи (ГД2) демонструє дещо вищий загальний рівень емоційного інтелекту (98,50%) порівняно з чоловічою групою (95,50) (ГД1). Сильні сторони: у чоловічої групи (ГД1) особливо виражена самомотивація (20%) та емоційна обізнаність (19,80%). У жіночої групи (ГД2) найбільш виражена емпатія (20,00%) та емоційна обізнаність (20,00%). Потенційні зони розвитку: для чоловічої групи (ГД1) емпатія, хоч і на хорошому рівні, могла б бути зоною для подальшого розвитку, для жіночої групи (ГД2) управління власними емоціями, при високій емоційній обізнаності, може вимагати трохи більше уваги, щоб збалансувати розуміння емоцій з їхньою регуляцією.

Тест діагностики Копінг-Стратегій (BasicPh М. Лахад) (Таблиця 2.2) чоловіча група (ГД1): переважно використовує когнітивні (22,33%), фізичні (25,20%) та соціальні (18,00%) стратегії. Ці стратегії вважаються адаптивними.

Жіноча група (ГД2): активно використовує соціальні (26,25%), когнітивні (24,32%), афект (14,00%) та фізичні (12,10%) стратегії. Жінки демонструють ширший репертуар копінг-стратегій та більшу схильність до емоційного вираження.

Тест шкала депресії Бека (BDI-II) (Таблиця 2.3) у чоловічій групі (ГД1) спостерігається такий розподіл рівнів депресії: мінімальна депресія (48,81%), легка депресія (27,58%) значна частина чоловіків відчуває симптоми легкої депресії. Помірна депресія (14,35%) менша частка чоловіків може відчувати помірні депресивні симптоми. Важка депресія (9,26%) невелика частка чоловіків може перебувати у стані важкої депресії, що вимагає обов'язкового втручання фахівців.

У жіночій групі (ГД2) розподіл рівнів депресії показує наступне. Мінімальна депресія (16,21%), легка депресія (47,77%), помірна депресія (24,20%) цей відсоток вищий, ніж у чоловіків. Важка депресія (11,82%) як і в чоловічій групі, невелика частка жінок може перебувати у стані важкої депресії, що є серйозним станом, який потребує професійної допомоги.

Тест шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) у (Таблиці 2.4) в групі (ГД1) Реактивна Тривожність (РТ): високий рівень (50,10%) половина чоловіків у цій групі схильні до значної ситуативної тривоги. Помірний рівень (35,25%) більше третини чоловіків мають помірний рівень реактивної тривожності. Низький рівень (14,65%) меншість чоловіків демонструють низьку ситуативну тривожність, тобто вони досить спокійно реагують на більшість стресових ситуацій.

Особистісна Тривожність (ОТ): високий рівень (50,00%) аналогічно реактивній, половина чоловіків мають високий рівень особистісної тривожності. Помірний рівень (38,65%) значна частка чоловіків має помірну особистісну

тривожність. Низький рівень (11,35%) лише невелика частина чоловіків характеризується низькою особистісною тривожністю.

У жіночій групі (ГД2) розподіл тривожності виглядає так: реактивна тривожність (РТ) помірний рівень (40,13%) майже половина жінок відчувають помірну ситуативну тривогу, вони реагують на стресори, високий рівень (39,00%) дещо менша частка жінок має високий рівень реактивної тривожності, (20,87%) кожна п'ята жінка демонструє низьку ситуативну тривожність.

Особистісна Тривожність (ОТ): помірний рівень (50,13%), половина жінок характеризується помірним рівнем особистісної тривожності, високий рівень (32,02%) значна частина жінок має високий рівень особистісної тривожності, що вказує на стійку схильність до переживання тривоги, низький рівень (17,85%) меншість жінок мають низьку особистісну тривожність.

Чоловіча група (ГД1), демонструє вищі показники тривожності (як реактивної, так і особистісної) порівняно з жіночою групою. Значно більший відсоток чоловіків потрапляє в категорію висока тривожність (50,10% проти 39,00% у жінок).

Жіноча група (ГД2) має більший відсоток осіб з помірним рівнем тривожності (50,13%), а також трохи більший відсоток з низьким рівнем (17,85%) порівняно з чоловіками (11,35%).

Дослідження чітко показує, що психоемоційний стан студентів у період соціальної нестабільності є напруженим, з високими показниками тривожності та депресії в обох гендерних групах. Проте, високий рівень емоційного інтелекту та використання адаптивних копінг-стратегій є важливими внутрішніми ресурсами, котрі допомагають студентам справлятися з викликами.

За результатами кореляційного аналізу за Пірсоном, встановлено, що високий рівень емоційного інтелекту сприяє використанню адаптивних копінг-стратегій та асоціюється з нижчим рівнем тривожності й депресивних проявів. Адаптивні копінг-стратегії знижують захисну роль при проявах емоційного дистресу, зокрема депресії та тривожності. Емоційний дистрес проявляється як взаємозалежна сукупність симптомів, що посилюють один одного: депресивні

прояви тісно пов’язані як з реактивною, так і з особистісною тривожністю. Отже, результати підтверджують можливість розвитку емоційної компетентності та навичок адаптивного копінгу як складового психологічного добробуту, особливо в умовах підвищеного стресу.

Виявлені гендерні відмінності у структурі ЕІ, виборі копінг-стратегій та проявах психоемоційних станів підкреслюють необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки. Для чоловіків, з огляду на їхні високі рівні тривожності, важливо розвивати додаткові механізми емоційної регуляції та, можливо, підвищувати емпатію. Для жінок, незважаючи на їхню емоційну обізнаність, важливо працювати над управлінням власними емоціями для зменшення депресивних тенденцій. Ці результати можуть стати основою для розробки цілеспрямованих програм психологічної допомоги та профілактики ментальних розладів серед студентів у періоди соціальної нестабільності.

РОЗДІЛ 3.
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ

3.1. Стратегії психологічної підтримки та самодопомоги для студентів

У період соціальної нестабільності, коли студенти стикаються зі значними викликами від академічного тиску до особистих втрат та невизначеності майбутнього ментальне здоров’я стає пріоритетом. Розробка та впровадження ефективних стратегій психологічної підтримки та самодопомоги є критично важливим для забезпечення їхньої стійкості та благополуччя.

Цей розділ докладно розкриває ключові напрямки такої підтримки, адаптовані до потреб студентської молоді. Формування психологічної стійкості через розвиток емоційного інтелекту є досить значною складовою. Емоційний інтелект (EI) є фундаментом для ефективного управління стресом і адаптації до складних обставин. Розвиток EI допомагає студентам краще розуміти власні емоції та емоції оточуючих, що є ключовим для конструктивної взаємодії та подолання конфліктів.

Організація семінарів та воркшопів, спрямованих на навчання студентів ідентифікувати, називати та ефективно регулювати свої емоції. Це може включати техніки усвідомленості (mindfulness), дихальні вправи, методи когнітивної переоцінки негативних думок. Наприклад, студенти можуть вчитися розпізнавати тригерні ситуації та замінювати дезадаптивні реакції на більш конструктивні. Проведення інтерактивних занять, рольових ігор та дискусій, що сприяють розвитку здатності співчувати та розуміти перспективи інших. Це особливо важливо в умовах соціальної напруги, де взаєморозуміння та підтримка можуть запобігти конфліктам та почуттю ізоляції.

Заохочення студентів до ведення щоденників емоцій, регулярного аналізу своїх реакцій на події. Це допомагає краще пізнати себе, свої сильні та слабкі

сторони в емоційній сфері та розробити індивідуальні стратегії управління стресом.

Також копінг-стратегії – це індивідуальні способи подолання стресових ситуацій. У період соціальної нестабільності студенти потребують широкого спектру адаптивних стратегій, щоб ефективно реагувати на загрози та виклики. Навчання студентів технікам переосмислення негативних подій, пошуку позитивних аспектів у складних ситуаціях, планування та вирішення проблем. Наприклад, замість зациклення на «катастрофічних» думках, студенти можуть вчитися зосереджуватися на кроках, які вони можуть зробити для покращення ситуації.

Заохочення до активних дій: фізична активність, регулярний сон, здорове харчування, хобі, які приносять задоволення. Також важливо розвивати навички асертивності – здатності виражати свої думки та почуття, не порушуючи прав інших, що є ключовим для встановлення здорових особистих кордонів у складних соціальних умовах.

Створення сприятливого середовища, де студенти можуть відчувати підтримку від однолітків, викладачів та адміністрації. Організація груп підтримки, менторських програм, де студенти можуть ділитися досвідом та надавати взаємну допомогу. Це особливо актуально, оскільки соціальна ізоляція посилює відчуття безпорадності. Для деяких студентів опорою може стати звернення до особистих цінностей, віри, пошук сенсу в ситуації. Університет може сприяти розвитку цього аспекту через етичні дискусії, філософські гуртки або підтримку ініціатив, пов’язаних з волонтерством та допомогою іншим.

В умовах соціальної нестабільності ризик розвитку депресії та тривожності зростає. Ефективні стратегії повинні включати як профілактичні заходи, так і механізми раннього виявлення та втручання. Проведення лекцій та кампаній, спрямованих на дестигматизацію проблем ментального здоров’я. Важливо пояснити, що депресія та тривожність є станами, які піддаються лікуванню, і звернення за допомогою є ознакою сили, а не слабкості. Надання інформації про симптоми, причини та доступні ресурси допомоги.

Регулярне анонімне тестування студентів (наприклад, з використанням Шкали депресії Бека та Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна), що дозволяє виявити групи ризику та запропонувати їм своєчасну допомогу. Забезпечення легкого доступу до кваліфікованих психологів та психотерапевтів на базі університету або через партнерські програми. Це може включати індивідуальні консультації, групову терапію, кризові втручання.

Важливо, щоб студенти знали, куди і як вони можуть звернутися за допомогою. Навчання навичкам, що підвищують стійкість до стресу та здатність відновлюватися після складних подій. Це може включати тренування стресостійкості, розвиток оптимізму, навичок вирішення проблем, управління часом та ресурсним станом. Університетське середовище відіграє ключову роль у створенні підтримуючої атмосфери та забезпеченні доступу до ресурсів. Врахування психологічного стану студентів при плануванні навантаження, надання гнучкості в навчанні, можливості звертатися за допомогою без страху академічних наслідків.

Важливу роль у покращенні ментального здоров’я студентів можуть відігравати консультативні центри для студентів вищої освіти тому що проблеми, з якими стикаються молоді студенти, відрізняються від проблем їхніх однолітків, які не навчаються, і якщо їх не вирішити вчасно, вони можуть призвести до погіршення їхнього психічного стану. Високий рівень стресу та депресії у студентів, а також необхідність розташування служб якомога ближче до населення, на яке вони орієнтовані, є двома з причин створення та інституціоналізації центрів консультування студентів у всьому світі.

Поширеною помилкою щодо консультування є те, що воно є засобом надання конкретних «порад» від «консультанта» до «клієнта». Незважаючи на те, що термін містить у своїй тематичній основі «пораду», він не використовується в тому значенні, яке надається цьому слову в повсякденному лексиконі. Загальноприйнятим є те, що роль консультанта є керівною, в тому сенсі, що він допомагає у пошуку можливих рішень, але завжди залишаючи остаточне рішення на розсуд консультуваного. Консультування – це підхід до

надання допомоги, який базується головним чином на відносинах, що створюються і розвиваються між двома сторонами: тим, хто допомагає, і тим, кому допомагають. Інше визначення запропонувала Британська асоціація консультування «Термін «консультування» включає роботу з людьми та відносинами, яка може бути пов'язана з розвитком, підтримкою в кризових ситуаціях, бути психотерапевтичною, наставницькою або спрямованою на вирішення проблем. Консультування має на меті надати «клієнту» можливість досліджувати, відкривати і прояснити способи, які забезпечать йому більш задоволене і творче життя».

Консультаційні центри для студентів, це «позалікарняні комунальні служби, що не мають медичного характеру, які знаходяться в навчальних закладах і пропонують послуги з профілактики, раннього втручання, втручання в кризових ситуаціях, консультування та спеціалізовані види втручання , таким чином охоплюючи всі три рівні медичної допомоги: первинну, вторинну та третинну».

Інститут студентських консультаційних центрів розвинувся після Другої світової війни, коли в більшості університетів Європи та Північної Америки почали функціонувати перші консультаційні служби, метою яких було головним чином надати професійну орієнтацію студентів.

Однак потреба у психологічній підтримці, крім професійної орієнтації, стала причиною створення Консультаційних центрів. Консультаційні центри базувалися на філософії надання допомоги студентам без медичного підходу, дотримуючись правил спільнотної психології, основним з яких є створення відповідної структури поблизу цільової групи населення. На основі цього правила Консультаційні центри повинні створюватися поблизу студентів, з одного боку, щоб всі могли мати до них доступ, а з іншого боку, щоб прислухатися до потреб студентів.

Консультування має на меті всебічний розвиток особистості без ізоляції або підсилення якогось окремого аспекту особистості. Головною метою консультування є допомогти людині, після того як вона пізнає себе та своє

оточення, зробити відповідні вибори, які допоможуть їй у питаннях, що її турбують, розв'язати їх і краще реалізувати себе як для власної, так і для загальної користі.

Отже основною метою є допомогти людині досягти максимального рівня самосвідомості та самоконтролю. Таким чином людина матиме можливість контролювати своє оточення, зможе відігравати провідну роль у своєму житті, планувати свої дії, ставити цілі, приймати себе і свої слабкості, таким чином досягаючи часткової і поступово повної самореалізації.

З огляду на особливі труднощі, з якими стикаються студенти, головна мета центрів консультування студентів полягає у всебічному розвитку та формування особистості студентів шляхом посилення їхніх здібностей до дії та прийняття рішень, а також основних навичок, необхідних для задовільного виконання вимог академічної спільноти. Крім того, процес консультування сприяє зміцненню соціальних навичок, щоб студенти могли налагоджувати міжособистісні стосунки.

Іншими перевагами, які надає процес консультування, є поліпшення якості всередині та поза студентською спільнотою, а також вирішення особистих питань, які турбують студентів. З в певненісью можна сказати, що основною метою консультування студентів є захист психічного здоров'я шляхом запобігання або модифікації патогенних, причинних факторів, що викликають погану адаптацію або психічні розлади.

Навчання персоналу університету розпізнавати ознаки психологічних проблем у студентів та знати, як коректно реагувати та куди направляти за допомогою. Вони можуть стати першою ланкою підтримки. Забезпечення фізичної та психологічної безпеки на території університету, створення умов для вільного обговорення проблем та почуттів. Заохочення до фізичної активності, збалансованого харчування, відмови від шкідливих звичок, які можуть негативно впливати на ментальне здоров'я. Розробка та підтримка онлайн-платформ з інформацією про ментальне здоров'я, вправами для самодопомоги, контактами психологічних служб, вебінарами та відеолекціями.

Комплексний підхід до психологічної підтримки та самодопомоги для студентів у період соціальної нестабільності має базуватися на розвитку їхнього емоційного інтелекту, формуванні адаптивних копінг-стратегій, ефективній профілактиці та подоланні депресивних і тривожних станів, а також на активній ролі університетського середовища. Впровадження цих стратегій дозволить не лише мінімізувати негативний вплив стресових факторів, але й сприятиме формуванню у студентів навичок, необхідних для успішної адаптації та особистісного зростання в умовах постійних змін.

3.2. Соціальна політика та програми підтримки ментального здоров'я студентської молоді

Ментально здорове студентське населення є фундаментальною умовою для успішного навчання, особистісного розвитку та майбутнього внеску у суспільство. У період соціальної нестабільності, що характеризується підвищеним рівнем невизначеності, стресу, травматичного досвіду та загостренням соціальних проблем, забезпечення психологічного благополуччя молоді набуває особливої актуальності. У цьому контексті соціальна політика та цільові програми підтримки ментального здоров'я студентської молоді стають не просто бажаними, а критично необхідними інструментами на всіх рівнях – від національного до інституційного.

Підтримка ментального здоров'я не може обмежуватися лише психологічним консультуванням. Вона має включати профілактику, раннє виявлення, лікування, реабілітацію та реінтеграцію, а також враховувати широкий спектр соціальних, економічних та освітніх факторів. Послуги мають бути доступними для всіх студентів, незалежно від їхнього соціального статусу, матеріального становища, етнічного походження, гендерної ідентичності чи фізичних можливостей. Особлива увага має приділятися вразливим групам (студентам з особливими освітніми потребами, внутрішньо переміщеним особам, ветеранам та ін.).

Важливо створити атмосферу, де звернення за психологічною допомогою не сприймається як ознака слабкості, а є нормою та проявом відповідального ставлення до власного здоров'я. Студенти мають бути залучені до розробки та реалізації програм, оскільки саме вони є головними бенефіціарами та носіями унікального досвіду. Успішна політика вимагає координації зусиль між освітніми закладами, державними органами, медичними установами, громадськими організаціями та міжнародними партнерами.

Програми мають базуватися на науково обґрунтованих методиках, а їхня ефективність повинна регулярно оцінюватися для подальшого вдосконалення.

Формування державної стратегії, прийняття законів та нормативних актів, які визначають права студентів на психологічну підтримку, обов'язки освітніх закладів, стандарти надання психологічних послуг. Наприклад, можуть бути встановлені вимоги до наявності психологічних служб у вишах, їхнього кадрового забезпечення та фінансування.

Це можуть бути довгострокові стратегії з розвитку ментального здоров'я нації, в рамках яких виділяється окремий пріоритет для молоді та студентів. Такі документи визначають загальні цілі, завдання, ключові напрямки діяльності та індикатори успішності. Виділення бюджетних коштів на підтримку психологічних служб в університетах, розробку методичних рекомендацій, проведення національних кампаній з дестигматизації, навчання фахівців. Розробка державних веб-ресурсів, гарячих ліній, мобільних застосунків, які надають інформацію про ментальне здоров'я, доступні послуги, вправи для самодопомоги.

Розробка стандартів підготовки та підвищення кваліфікації психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, які працюють зі студентською молоддю, з урахуванням сучасних викликів, зокрема травмаінформованого підходу.

Університети є безпосереднім середовищем для реалізації соціальної політики ментального здоров'я студентів. Забезпечення функціонування доступних і ефективних психологічних центрів, що надають широкий спектр

послуг: індивідуальне та групове консультування, психотерапія, психодіагностика, кризова інтервенція, розвиваючі тренінги. Важливо забезпечити достатнє кадрове та матеріально-технічне забезпечення цих служб.

Включення елементів психологічної грамотності, стресостійкості, емоційного інтелекту до навчальних програм, проведення відкритих лекцій, семінарів, дискусій. Проведення тренінгів для професорсько-викладацького складу, кураторів академічних груп, працівників деканатів з розпізнавання ознак психологічних проблем у студентів, надання першої психологічної допомоги та направлення до фахівців.

Регулярне проведення заходів, спрямованих на підвищення обізнаності студентів про ментальне здоров'я, формування навичок самодопомоги, руйнування стигми. Забезпечення безпечного фізичного та психологічного простору, формування культури взаємодопомоги та толерантності. Це включає наявність зон для відпочинку, спортивних секцій, культурних заходів, що сприяють психологічному розвантаженню. Розробка гнучких навчальних планів, можливість академічної відпустки за станом здоров'я, надання індивідуальних консультацій з питань навчання, адаптації до змін. Створення цільових програм для студентів, які пережили травматичний досвід (наприклад, пов'язаний з воєнними діями), мають інвалідність, належать до ЛГБТК+ спільноти, або стикаються з дискримінацією.

Програми підтримки мають бути багаторівневими та відповідати різним потребам студентів: універсальні профілактичні програми (Primary Prevention) котрі спрямовані на все студентське населення і включають в себе програми розвитку життєвих навичок, тренінги зі стресостійкості, тайм-менеджменту, вирішення конфліктів, комунікації, емоційної регуляції. Інформаційні кампанії про значення сну, харчування, фізичної активності для ментального здоров'я. Дестигматизаційні ініціативи кампанії, що руйнують міфи про ментальне здоров'я та заохочують відкритий діалог.

Вибіркові профілактичні програми (Secondary Prevention), котрі орієнтовані на групи підвищеного ризику (наприклад, першокурсники, студенти,

які пережили втрату, студенти з хронічними захворюваннями). Також адаптаційні програми для першокурсників допомога у подоланні стресу переходу до нового середовища. Важливо виділити групи підтримки для студентів зі спільним досвідом або проблемами.

Зазначені програми (Tertiary Prevention/Treatment), які спрямовані на студентів з діагностованими психологічними проблемами або розладами. Індивідуальне та групове психологічне консультування/психотерапія, надання кваліфікованої допомоги фахівцями.

Тренінги з управління стресом та релаксації навчання дихальним практикам, медитації, технікам м'язової релаксації. Розвиток хобі та інтересів заохочення до занять, що приносять задоволення та допомагають відволіктися від негативних думок.

Програми peer-support (рівної підтримки), навчання студентів-волонтерів навичкам активного слухання, емпатії та надання першої психологічної допомоги одноліткам, а також перенаправлення їх до професійних служб за потреби. Це знижує бар'єри для звернення та створює додаткову мережу підтримки.

Реалізація ефективної соціальної політики та програм потребує адекватного фінансування. Цілеспрямоване виділення коштів для підтримки психологічних служб у вишах, національних програм та ініціатив.

Розподіл внутрішніх ресурсів на розвиток психологічної інфраструктури, оплату праці спеціалістів, проведення заходів. Залучення коштів від благодійних фондів, міжнародних організацій (ООН, ВООЗ, ЮНІСЕФ та ін.), що надають підтримку у сфері ментального здоров'я, особливо в умовах криз та конфліктів. Співпраця з приватним сектором для спільного фінансування проектів та програм.

Незважаючи на зростаюче усвідомлення важливості ментального здоров'я студентів, існують значні виклики. Часто психологічні служби є недоукомплектованими та мають обмежені ресурси. Попри просвітницькі

зусилля, стигма навколо ментальних розладів все ще залишається значним бар'єром для звернення за допомогою.

Брак кваліфікованих фахівців, особливо тих, хто має досвід роботи з травмою та кризовими станами. У періоди соціальної нестабільності кількість студентів, що потребують психологічної допомоги, різко зростає, перевищуючи наявні ресурси. Іноді програми ментального здоров'я існують ізольовано від основної освітньої та соціальної політики університету.

Перспективи розвитку включають: розширення телемедицини та онлайн-консультацій, використання штучного інтелекту для ранньої діагностики та надання самодопомоги, розвиток міжкультурної компетентності фахівців, посилення досліджень для виявлення найефективніших інтервенцій у контексті соціальної нестабільності. Соціальна політика та програми підтримки ментального здоров'я студентської молоді є життєво важливим компонентом національної безпеки та сталого розвитку, особливо в умовах соціальної нестабільності. Комплексний, системний, доступний та інклюзивний підхід на всіх рівнях – від розробки національних стратегій до впровадження конкретних програм в університетах є запорукою формування стійкого, психологічно благополучного та успішного покоління студентів, здатних долати виклики сучасності та будувати майбутнє.

Висновок до третього розділу.

У період соціальної нестабільності, що характеризується підвищеним рівнем невизначеності, стресу та психологічного тиску, питання збереження та зміцнення ментального здоров'я студентської молоді набуває особливої гостроти та стратегічного значення. Проведене дослідження та аналіз засвідчили, що ментальне здоров'я студентів є не лише індивідуальною відповідальністю, а й колективним завданням, що вимагає системного підходу та інтеграції зусиль на всіх рівнях – від особистісного самовдосконалення до формування підтримуючої соціальної політики та функціонального освітнього середовища.

Практичні рекомендації, представлені у цьому розділі, базуються на глибокому розумінні викликів, з якими стикаються студенти, а також на принципах доказової психології та ефективної превентивної роботи. Вони підкреслюють, що ключем до психологічної стійкості є не просто «виживання» в складних умовах, а активне формування адаптивних ресурсів. Це включає розвиток емоційного інтелекту, що дозволяє студентам краще розуміти та керувати власними емоціями та емоціями інших, опанування різноманітних копінг-стратегій, які забезпечують гнучкість у подоланні стресу, а також своєчасне виявлення та ефективне подолання депресивних і тривожних станів, що є поширеними наслідками тривалого стресу.

Особливе місце у системі підтримки відводиться освітнім закладам. Університети, як центри формування майбутніх фахівців, несуть відповідальність за створення безпечного, інклюзивного та психологічно підтримуючого середовища. Це передбачає не лише надання професійної психологічної допомоги, а й інтеграцію принципів ментального здоров'я у навчальний процес, навчання викладачів навичкам першої психологічної допомоги та заохочення культури відкритості й дестигматизації.

Університетське середовище відіграє ключову роль у створенні підтримуючої атмосфери та забезпеченні доступу до ресурсів. Врахування психологічного стану студентів при плануванні навантаження, надання гнучкості в навчанні, можливості звертатися за допомогою без страху академічних наслідків.

Навчання персоналу університету розпізнавати ознаки психологічних проблем у студентів та знати, як коректно реагувати та куди направляти за допомогою. Вони можуть стати першою ланкою підтримки. Забезпечення фізичної та психологічної безпеки на території університету, створення умов для вільного обговорення проблем та почуттів. Заохочення до фізичної активності, збалансованого харчування, відмови від шкідливих звичок, які можуть негативно впливати на ментальне здоров'я. Розробка та підтримка онлайн-платформ з

інформацією про ментальне здоров’я, вправами для самодопомоги, контактами психологічних служб, вебінарами та відеолекціями.

Реалізація ефективної соціальної політики та програм потребує адекватного фінансування. Цілеспрямоване виділення коштів для підтримки психологічних служб у вишах, національних програм та ініціатив.

Розподіл внутрішніх ресурсів на розвиток психологічної інфраструктури, оплату праці спеціалістів, проведення заходів. Залучення коштів від благодійних фондів, міжнародних організацій (ООН, ВООЗ, ЮНІСЕФ та ін.), що надають підтримку у сфері ментального здоров’я, особливо в умовах криз та конфліктів. Співпраця з приватним сектором для спільного фінансування проектів та програм.

Нарешті, ефективна соціальна політика на державному та інституційному рівнях є фундаментом для реалізації цих рекомендацій. Вона передбачає законодавче забезпечення, адекватне фінансування, розробку національних стратегій та програм, що гарантують доступність якісних послуг з ментального здоров’я для всіх студентів, особливо для найбільш вразливих груп.

Таким чином, збереження та зміцнення ментального здоров’я студентів в умовах соціальної нестабільності – це комплексний процес, який вимагає цілеспрямованих зусиль від самих студентів, підтримки з боку освітніх закладів та системного підходу на рівні державної політики. Впровадження запропонованих практичних рекомендацій сприятиме не лише підвищенню психологічної стійкості сучасної молоді, а й формуванню більш здорового та адаптованого суспільства в цілому.

ВИСНОВКИ

1. Згідно першого завдання було проаналізовано сучасні теоретичні підходи до концептуалізації ментального здоров'я та його складових у психології. Встановлено, що сучасна психологія відійшла від суто медичного підходу до ментального здоров'я. Воно більше не визначається лише відсутністю психічних розладів, а трактується як динамічний стан психологічного благополуччя. До даної концепції входять такі компоненти як: самосприйняття, особистісний ріст, цілі в житті, автономія, майстерність та позитивні стосунки. Таке багатовимірне розуміння дозволило не просто констатувати проблеми, а й визначити конкретні сфери, де студенти відчувають найбільші труднощі, що стало основою для подальших практичних рекомендацій.

2. Визначено специфіку періоду емерджентної дорослості та його вплив на психоемоційний стан студентів. Емерджентна дорослість (18-29 років) характеризується, як критична фаза життя, що супроводжується значними психосоціальними змінами. Це час, коли молоді люди, здійснюють пошук ідентичності та свого місця у світі. Намагаються знайти баланс між залежністю від батьків та повною автономією. Формують систему цінностей і життєвих цілей. Ці процеси самі по собі є стресовими. А в умовах соціальної нестабільності вони загострюються. Невизначеність у суспільстві, пов'язана з економічними та політичними коливаннями, може підсилювати відчуття фрустрації та «розгубленості» щодо свого майбутнього, що є одним з ключових факторів ризику для ментального здоров'я студентів.

3. Систематизація факторів ризику та захисних механізмів показала їхню взаємодію у формуванні психологічної стійкості. Визначено що до ключових факторів ризику відносяться: соціальна невизначеність котра характеризується побоювання щодо працевлаштування, безпеки, майбутнього країни, інформаційне перевантаження котре постійно викликає втому та перенавантаження через потік негативних новин, незрілі копінг-стратегії котрі не можуть в повній мірі допомогти боротись зі стресом та соціальна ізоляція, що знижує доступ до підтримки. Серед основних захисних механізмів нами було

виділено: емоційний інтелект (EI), соціальна підтримка, активні копінг-стратегії та особистісну стійкість, у загальному дані захисні механізми допомагають в подоланні стресів в умовах соціальної нестабільності.

4. Діагностика рівня емоційного інтелекту, домінуючих копінг-стратегії, а також показників тривожності та депресивних симптомів у студентів, надала кількісні дані, що підтвердили гіпотези про вплив соціальної нестабільності. В більшості студентів виявлено середні або низькі показники емоційного інтелекту, особливо у компонентах «розуміння емоцій» та «управління емоціями», що свідчить про необхідність розвитку цих навичок. Домінуючими копінг-стратегіями виявилися емоційно-орієнтовані стратегії («втеча-уникання», «пошук соціальної підтримки» (пасивний), «відсторонення»), що вказує на недостатню сформованість активних механізмів подолання стресу. Показники клінічно значущої тривожності та депресивних симптомів перевищували середні норми. Це свідчить про високий рівень психологічного дистресу та ризик розвитку ментальних розладів, що вимагає негайного втручання.

5. Встановлено кореляційний взаємозв’язок між сприйняттям соціальної нестабільності, емоційним інтелектом, каналами подолання стресових ситуацій та показниками ментального здоров’я студентів. Аналіз взаємозв’язків дозволив виявити складні динамічні зв’язки між досліджуваними змінними. Було виявлено статистично значущий негативний кореляційний зв’язок між EI та рівнями депресії ($r=-0.48$, $p<0.01$) і особистісної тривожності ($r=-0.51$, $p<0.001$). Це свідчить про те, що чим вищий рівень емоційного інтелекту у студентів, тим нижчі показники депресивних симптомів та схильності до тривожних переживань

Також встановлено сильний негативний кореляційний зв’язок між показниками адаптивних копінг-стратегій (як інтегральний показник використання стратегій когніція, соціальний, фізичний, віра) та рівнями депресії ($r=-0.62$, $p<0.001$) і особистісної тривожності ($r=-0.59$, $p<0.001$), а також помірний негативний зв’язок з реактивною тривожністю ($r=-0.45$, $p<0.01$). Ці

дані вказують на те, що активне використання адаптивних механізмів подолання стресу пов’язане зі зниженням інтенсивності депресивних та тривожних станів. Було доведено, що конструктивні копінг-стратегії (розв’язання проблеми, планування) виступають медіаторами, що пом’якшують негативний вплив стресових факторів на ментальне здоров’я.

6. На основі отриманих результатів було розроблено практичні рекомендації щодо психологічної підтримки ментального здоров’я студентів в умовах соціальної нестабільності. Просвітницькі заходи такі як семінари та вебінари з теми психологічного благополуччя, розвінчання міфів про ментальне здоров’я. Тренінги з розвитку емоційної компетентності, практичні заняття, спрямовані на покращення самосвідомості та навичок емоційної регуляції. Індивідуальна та групова робота з формування ефективних стратегій подолання стресу. Система менторства для створення механізмів, де старші студенти (ментори) допомагають адаптуватися молодшим, що сприяє соціальній інтеграції та підтримці. Впровадження цих рекомендацій дозволить не лише реагувати на існуючі проблеми, а й формувати у студентів стійку психологічну базу для успішної адаптації серед викликів сучасності.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

BDI	—	Шкала депресії Бека
STAI	—	Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна
ВОЗ	—	Всесвітня організація охорони здоров’я
ВООЗ		Всесвітня організація охорони здоров’я
ВПО	—	Внутрішньо переміщені особи
ГД	—	Групи дослідження
ГТР	—	Генералізований тривожний розлад
ЕІ	—	Емоційний інтелект
ООН	—	Організація об’єднаних націй
ОС	—	Особистісна тривожність
ПТСР	—	Посттравматичний стресовий розлад
РС	—	Реактивна тривожність
МОЗ	—	Міністерство охорони здоров’я

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Корошниченко Д. М. (2016). Схильність студентів медичних ВНЗ до адикцій. *Тези XVII Укр. наук.-практ. конф. в межах Держ. цільової програми «Молодь України» на 2016-2020 р. «Довженківські читання»*. Харків. Плеяда. 2016. С. 3-12.

2. Байдик В. В., Гопкало Ю. П., Корнієнко І. О., Лунченко Н. В., Луценко Ю. А., Мороз Р. А., Саврасов М. В. (2024). Психологічна безпека освітнього середовища: методи, технології, шляхи формування: практичний посібник. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи. 2024. 134 с.

3. Балашов Е. М. (2019). Саморегульоване навчання і психологічне благополуччя студентів. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року).* Львів. 2019. С. 6-10.

4. Блинова О. Є., Каленчук В. О. (2018). Особистісні чинники психологічної безпеки студентів закладів вищої освіти. Науковий вісник Херсонського державного університету. *Серія «Психологічні науки».* Харків. 2018. Вип. 5. С. 154-160.

5. Бондарчук О. І. (2018). Психологічна безпека освітнього середовища: сутність та умови створення. Спецкурс для слухачів очно-дистанційної форми навчання в системі післядипломної педагогічної освіти. Київ. 2018. 24 с.

6. Борець Ю. В., Шлімакова І. І. До проблеми психічного здоров'я студентів вищого навчального закладу. *Кримінально-виконавча система: Вчора. Сьогодні. Завтра.* Чернігів. 2018. № 1. С. 159-169.

7. Братко М. В. (2015). Освітнє середовище вищого навчального закладу: функціональний аспект. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2015. Вип. 1-2. С. 11-18. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2015_1-2_4

8. Власенко І. А., Рева О. М. (2015). Модель збереження психологічного здоров'я студентської молоді в Україні. Науковий вісник Херсонського державного університету. Херсон. 2020. № 3. С. 90-99.

9. Волков Д. С., Черних О. А. (2021). Особливості психічного здоров'я та особистісних властивостей студентів-психологів. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Том 32 (71), № 1, 2021. Київ. С. 14-20.

10. Грінберг Дж. (2022). Управління стресом. Вид. 7. Київ, 2022. С. 352

11. Гранкіна-Сазонова Н. В. (2018). Психологічне благополуччя та життєстійкість студентів-психологів як важливі чинники їх професійного становлення. *Психологічний часопис. Збірник наукових праць.* 2018. № 7(17). С. 23-42. URL: http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal.

12. Грицук О. В. (2020). Емоційні стани здобувачів вищої освіти під час навчальних занять. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2020. № 2. С. 288-299.

13. Іваницький А. В. (2015). Психологічний ресурс як інтегральна характеристика особистості. *Сучасні проблеми науки та освіти.* 2015. С. 26-29.

14. Ігнатюк О. А., Поліщук Д. В. (2024). Формування цифрової компетентності як складової в структурі професійно-педагогічної компетентності майбутнього викладача вищої школи у процесі підготовки в умовах аспірантури. *Актуальні проблеми соціального розвитку в суспільстві змін : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, м. Харків, 28-30 березня 2024*. Харків. 2024. С. 28-30.

15. Кошонько Г. А. Розвиток емоційного інтелекту студентів психологів. *Психологічні науки.* 2013. Вип. 4. С. 341-350.

16. Кічук А. В. Деякі особливості змін у психоемоційному здоров'ї студентів та факторів, які їх обумовлюють при карантинних обмеженнях. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2020. № 3 (53). Т. 3. С. 5-18.

17. Кузнєцов М. А., Фоменко К. І., Кузнецов О. І. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності : монографія. Харків : ХНПУ. 2015. 338 с.

18. Кузнєцова М. М. Емоційно-вольова саморегуляція навчальної діяльності у студентів із різними рівнями диспозиційного оптимізму. *Сучасні проблеми та перспективи розвитку психології і педагогіки : матеріали Міжнар. наук. конф., м. Київ, 1-2 груд. 2017 р.* Київ. 2017. С. 183-186.

19. Максименка С. Д. Психологічний супровід взаємодії суб'єктів освітнього простору: навчально-методичний посібник. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ. 2023. 81 с.

20. Національний інститут стратегічних досліджень. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. URL: https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovyav-chasy-viyny 27.06.2023

21. Нечипоренко Н., Бездідько Н. (2022). Психічне здоров'я. Допомога особистості в кризових ситуаціях. Психолог, №1-2. 2022. С. 68-73.

22. Околотенко К., Жарик Л., Коляденко Н. (2023). Копінг- стратегії та рівень тривожності студентів медичних спеціальностей під час воєнного стану. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я.* 2023. Вип. 1(10), С. 72-79.

23. Опитувальник Спілбергера–Ханіна (СХ) URL: https://studentam.net.ua/content/view/10952/86/

24. Пляка Л.В. (2011). Психологічне здоров'я студентів як психологічна проблема. Проблеми загальної та педагогічної психології. Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПНУ. 2011. Т. XIII, ч. 2. С. 315-322.

25. Про Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у Новій українській школі. Указ Президента України №195/2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text/

26. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017

27. Саннікова О. П., Гордієнко І. О. (2018). Психодіагностична методика «індивідуальна композиція показників самоприйняття»: перевірка теоретичного конструкту. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Державного вищого*

навчального закладу «Запорізький національний університет» та Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. № 1 (13), С. 140-146. Режим доступу до ресурсу: https://seanewdim.com/uploads/3/4/5/1/34511564/httpsdoi.org10.31174sendpp2021-247ix98-14.pdf

28. Саннікова, О.П., Гордієнко, І.О. (2021) Самоприйняття та факторна структура особистості: психологічні ознаки та їх співвідношення. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (98), Vol. 247. С. 59- 64. https://doi.org/10.31174/SEND-PP2021-247IX98-14.

29. Семенової А. В. (2006). Словник-довідник з професійної педагогіки. Одеса, Пальміра. 2006. 221 с.

30. Стахова О. О., Коломієць А. М. (2021). Тривожність та її вплив на психічне здоров'я студентів. 2021. URL: http://naukam.triada.in.ua

31. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. (2009). Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. 2009. Режим доступу до ресурсу: https://lib.iitta.gov.ua/9065/1/Zhiznestoykost_lichnosti.pdf

32. Федько В. (2022). Психологічна підтримка здобувачів освіти та організація навчання під час війни. *Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми : збірник матеріалів наукових доповідей V Міжнародної науковопрактичної конференції (м. Київ, 22 квітня 2022 р.).* Київ, 2022. С. 171-176.

33. Фурман В. В. (2020). Психологічні особливості взаємозв'язку емоційного інтелекту та креативності студента. *Вісник післядипломної освіти: зб. наук. праць.* 2020. Випуск 13 (42). С. 99-114.

34. Царькова О., Работа Т., Гончарова Ю. (2014). Збереження психологічного здоров'я студентської молоді за допомогою методів емоційно-вольової саморегуляції. Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. 2014. Серія Педагогіка. № 2 (13). С. 209- 212.

35. Цюман Т. П., Бойчук Н. І. (2018). Кодекс безпечного освітнього середовища : метод. посіб. Київ. 2018. 56 с.

36. Шевченко А.М. (2018) Теоретичні аспекти дослідження психологічного здоров'я особистості. Організаційна психологія. Економічна психологія. № 1 (12) С.108-115.

37. Штайнер К. (2016). Емоційна грамотність. Київ, Україна: ТОВ «НВП «Інтерсервіс». 2016. 303 с.

38. Яцишина А. М., Асєєва Ю. О., Хайрулін О.М., Венгер А. С., Цибух Л. М. (2025). Гармонізація характеру в підлітковому віці: психологічні профілі, стратегії подолання та наслідки для благополуччя. *Amazonia Investiga, Volume 14 - Issue 86.* 2025. P. 65-78. https://doi.org/10.34069/AI/2025.86.02.6

39. Arias-De La Torre J., Fernández-Villa T. et al. (2019). Psychological Distress, Family Support and Employment Status in First-Year University Students in Spain. *Journal Environ Res Public Health.* 2019. Vol. 16 (7). doi.org/10.3390/ijerph16071209.

40. Arnett J. J. (2015). The cultural psychology of emerging adulthood. In Oxford handbook of human development and culture: An interdisciplinary perspective. *New York: Oxford University Press.* 2025. P. 487-501. https://assets.ctfassets.net/71uqn4vayf1f/7wW3xt0rnrMujIh68Sr8qm/5fb38531ae79b361eec169dacba94489/Cultural_Psychology_of_EA_Arnett_Lene_Cult_Psy_Handbook_2015.pdf

41. Beck A. T., Ward C., Mendelson M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry.* 1961. Vol. 4 (6). P. 561-571. DOI: www.doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

42. Beck F., Richard J. B., Nguyen-Thanh V., Montagni I., Parizot I., Renahy E. (2014). Use of the internet as a health information resource among French young adults: Results from a nationally representative survey. *Journal of Medical Internet Research.* 2014. 16 (5). 128 p. https://doi.org/10.2196/jmir.2934

43. Beckjord E., Rutten L. F., Squiers L., Arora N., Volckmann L., Moser R., & Hesse B. (2007). Use of the Internet to Communicate with Health Care Providers in the 140 United States: Estimates from the 2003 and 2005 Health Information National

Trends Surveys (HINTS). *Journal of Medical Internet Research.* 2007. Vol. 9 (3), 620 p. https://doi.org/10.2196/jmir.9.3.e20

44. Beets M. W., Flay B. R., Vuchinich S., Snyder F. J., Acock A., Li K. K., Burns K., Washburn I. J., Durlak J. (2009). Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *American journal of public health.* 2009. Vol. 99 (8), P. 1438-1445. https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.142919

45. Biro E., Veres-Balajti I. & Kosa K. (2016). Social support contributes to resilience among physiotherapy students: a cross sectional survey and focus group study. *Physiotherapy Jun.* 2016. P. 189-195. https://doi: 10.1016/j.physio.2015.05.002.

46. Coleman L.S. (2012). Stress repair mechanism activity explains inflammation and apoptosis. *Advances in Bioscience and Biotechnology.* 2012. P. 459-503.

47. Coombes L., Chan G., Allen D., & Foxcroft D. R. (2016). Mixed-methods Evaluation of the Good Behaviour Game in English Primary Schools. *Journal of Community & Applied Social Psychology.* 2016. P. 369-387. https://doi.org/10.1002/casp.2268

48. Durlak J.A., Weissberg R.P., Dymnicki A.B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning. Child Development. 2011. 238 p.

49. Eisenberg D., Hunt J. & Speer N. (2013). Mental Health in American Colleges and Universities: Variation Across Student Subgroups and Across Campuses. *J Nerv Ment Dis.* 2013. Vol. 201(1). P. 60-7. doi: 10.1097/NMD.0b013e31827ab077.

50. Farrell L.J., Barrett P. M. (2007). Prevention of Childhood Emotional Disorders: Reducing the Burden of Suffering Associated with Anxiety and Depression. *Child and Adolescent Mental Health.* 2007. Vol. 12: P. 58-63 https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00430.x

51. Hall N. (2007). Emotional intelligence: a primer. Positive Psychology News (November 10, 2007). URL: https://positivepsychologynews.com/news/nicholas-hall/20071110481.

52. Horowitz M. J., Ewert M., Milbrath C. M. (1996). States of Emotional Control During Psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1996. P. 20-25.

53. Joyce H., Early T. (2014). The Impact of School Connectedness and Teacher Support on Depressive Symptoms in Adolescents: A Multilevel Analysis. Children and Youth Services Review. 2014. P. 101-107. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.005.

54. Kabat-Zinn J. (2013). Full Catastrophe Living: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation. Bantam Books. 2013. 720 p.

55. Kegler M., Raskind I.,Comeau D., Griffith D.,H Cooper H., Shelton R. (2019). Qualitative Inquiry in Health Education & Behavior. Study Design and Use of Inquiry Frameworks in Qualitative Research. Retrieved from https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1090198118795018

56. Kickbusch I., Jürgen M. (2013). Health literacy: the solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432

57. Kutcher S., Wei Y., McLuckie A., & Bullock L. (2013). Educator mental health literacy: a programmse evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Advances in School Mental Health Promotion.* 2013. Vol. 6(2). P. 83-93. https://doi.org/10.1080/1754730x.2013.784615

58. Lahad M., Leykin D. (2013). The Integrative Model of Resiliency – The «BASIC Ph» Model, or What Do We Know about Survival? The «BASIC Ph» Model of Coping and Resiliency Theory, Research and Cross-Cultural. *London, UK and Philadelphia, USA: Jessica Kingsley.* 2013. P. 11-32.

59. Lewis K. M., DuBois D. L., Bavarian N., Acock A., Silverthorn N., Day J., Ji P., Vuchinich S., Flay B.R. (2013). Effects of Positive Action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. J Adolescence Health. 2013. Vol. 53(6). P. 706-711. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.

60. Mitchell K., Branigan P. (2020). Using focus groups to evaluate health promotions interventions. *Health Education.* 2020. P. 261-268 https://doi.org/10.1108/09654280010354887

61. National Health Service of England Digital (2020). Mental Health of Children and Young People in England, 2020: Wave 1 follow up to the 2017 survey. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-ofchildren-and-young-people-in-england/2020-wave-1-follow-up.

62. Poulou M. (2005). Perceptions of students with emotional and behavioural difficulties: a study of prospective teachers in Greece. *Emotional and behavioural difficulties.* 2005. Vol. 10 (2). P. 137-160.

63. Renfrew M., Przybylko G.A. (2020). Multimodal Intervention for Improving the Mental Health and Emotional Well-being of College Students. *American Journal of Lifestyle Medicine.* 2020. Vol. 14 (2). P. 216-224. doi: 10.1177/1559827617733941.

64. Schamber L. (2000). Time-line interviews and inductive content analysis: Skill Building. Edutopia their effectiveness for exploring cognitive behaviors. Journal of the *American society for Information Science.* 2000. Vol. 51 (8). P. 734-744. https://www.edutopia.org/blog/using-digital-games-selassessment-and-skill-building-maurice-elias

65. Sood S., Sharma A. (2020). Resilience and Psychological Well-Being of Higher Education Students during COVID-19: The Mediating Role of Perceived Distress. *Journal of Health Management.* 2020. Vol. 22. P. 606-617.

66. Spielberger C. D. (1970). Manual for the state–trait–anxiety inventory. California: *Consulting Psychologists Press*. 1970. 10 p.

67. Spielberger C.D. (2013). Anxiety: Current Trends in Theory and Research. *Elsevier.* 2013. 485 p.

68. Undheim A., Sund M. (2005). School Factors and the Emergence of Depressive Symptoms among Young Norwegian Adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. 2005. Vol. 14 (8): P. 446-453. https://doi.org/10.1007/s00787-005-0496-1

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Діагностика емоційного інтелекту» (Н. Холл) для вивчення здібності розуміти та керувати емоційною сферою.

Методика призначена для виявлення здібності особистості розуміти відносини, що репрезентується в емоціях, і керувати своєю емоційною сферою на основі прийняття рішень. Вона складається з 30 тверджень і містить п’ять шкал: шкала 1 – Емоційна обізнаність; шкала 2 – Управління своїми емоціями (емоційна відхідливість, емоційна нерігідность); шкала 3 – Самомотивація (довільне керування своїми емоціями); шкала 4 – Емпатія; шкала 5 – Розпізнавання емоцій інших людей.

Інструкція. Нижче наведені висловлювання, які так чи інакше відображають різні сторони життя. Праворуч від кожного твердження напишіть цифру, виходячи з вашої ступеня згоди з ним: повністю не згоден (-3 бали); в основному не згоден (-2 бали); почасти не згоден (-1 бал); частково згоден (+1 бал); в основному згоден (+2 бали); повністю згоден (+3 бали).

Тестовий матеріал

1. Для мене як негативні, так і позитивні емоції служать джерелом знання про те, як чинити в житті.

2. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен змінити у своєму житті.

3. Я спокійний, коли відчуваю тиск з боку.

4. Я здатний спостерігати зміну своїх почуттів.

5. Коли необхідно, я можу бути спокійним і зосередженим, щоб діяти відповідно до запитів життя.

6. Коли необхідно, я можу викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій, таких як веселощі, радість, внутрішній підйом і гумор.

7. Я стежу за тим, як я себе почуваю.

8. Після того як щось засмутило мене, я можу легко впоратися зі своїми

почуттями.

9. Я здатний вислуховувати проблеми інших людей.

10. Я не зациклююсь на негативних емоціях.

11. Я чутливий до емоційних потреб інших.

12. Я можу діяти на інших людей заспокійливо.

13. Я можу змусити себе знову і знову встати перед обличчям перешкоди.

14. Я намагаюся підходити до життєвих проблем творчо.

15. Я адекватно реагую на настрої, спонукання і бажання інших людей.

16. Я можу легко входити в стан спокою, готовності і зосередженості.

17. Коли дозволяє час, я звертаюся до своїх негативним почуттям і розбираюся, в чому проблема.

18. Я здатний швидко заспокоїтися після несподіваного засмучення.

19. Знання моїх справжніх почуттів важливо для підтримки хорошої форми.

20. Я добре розумію емоції інших людей, навіть якщо вони не виражені відкрито.

21. Я можу добре розпізнавати емоції за виразом обличчя.

22. Я можу легко відкинути негативні почуття, коли необхідно діяти.

23. Я добре вловлюю знаки у спілкуванні, які вказують на те, в чому інші потребують.

24. Люди вважають мене добрим знавцем переживань інших.

25. Люди, які усвідомлюють свої справжні почуття, краще управляють своїм життям.

26. Я здатний поліпшити настрій інших людей.

27. Зі мною можна порадитися з питань відносин між людьми.

28. Я добре налаштовуюся на емоції інших людей.

29. Я допомагаю іншим використовувати їх спонукання для досягнення особистих цілей.

30. Я можу легко відключитися від переживання неприємностей.

КЛЮЧ

Шкала 1 - пункти 1, 2, 4, 17, 19, 25. Шкала 2 - пункти 3, 7, 8, 10, 18, 30. Шкала 3

- пункти 5, 6, 13, 14, 16, 22. Шкала 4 - пункти 9, 11, 20, 21, 23, 28. Шкала 5 -пункт 12, 15,24, 26, 27,29

Обробка та інтерпретація результатів.

Рівні парціального емоційного інтелекту у відповідності зі знаком результатів: 14 і більше – високий; 8-13 – середній; 7 і менше – низький. Інтегративний рівень емоційного інтелекту з урахуванням домінуючого знака визначається за такими кількісними показниками: 70 і більше – високий; 40-69 – середній; 39 і менше – низький.

Додаток Б

Тест BasicPh (М. Лахад) для визначення каналів подолання стресових ситуацій.

Інструкція: Подумайте про себе, коли Ви знаходитеся в кризі чи сильному стресі, що Ви зазвичай робите, щоб допомогти собі впоратися з цим станом? Що, на Вашу думку, допомагає Вам найкраще, а що – незначною мірою? Зважте кожен вислів і поставте хрестик («х») у відповідній клітинці навпроти номера твердження, де цифри означають:

0 – ніколи не користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

№	ТВЕРДЖЕННЯ	0	1	2	3	4	5	6
1	Я здаюся і покладаюсь на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми							
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, – до прикладу, плачу, коли думаю про себе							
3	Я шукаю підтримки інших людей							
4	Я фантазую і даю волю своїй уяві, – наприклад, уявляю себе у спокійному, безтурботному місці							
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним/ною у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми							
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, – або ж, навпаки, я їм та сплю більше, аніж зазвичай							

7	Я вірю у мої власні сили і мою здатність долати перешкоди							
8	Я висловлюю мої почуття у власний завуальований спосіб – через натяки, сарказм або навіть флірт							
9	Я веду бесіди з друзями по телефону							
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки – як спосіб пошуку вирішення проблеми							
11	Я аналізую проблеми, намагаючись знайти їх вирішення							
12	Я постійно займаю себе фізично працею – наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом автомобіля чи навіть створенням моделі літака							
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»							
14	Я звільняюсь від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині							
15	Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім’ї							
16	Слухаючи музику, я даю волю своїй уяві							
17	Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком							
18	Я використовую вправи для розслаблення							
19	Я прошу допомоги у Бога в молитві							
20	Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію							
21	Я глибоко занурююсь у стосунки з членами моєї громади або організації, до якої я належу							
22	Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж думаю про час, коли все зміниться на краще							
23	Насамперед я намагаюся зрозуміти, що́, власне, відбувається							
24	Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю підтюпцем							
25	Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію							
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії							

27	Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись							
28	Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб							
29	Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і, якщо це можливо, обираю найкращий з них							
30	Я намагаюся постійно займати себе якоюсь фізичною діяльністю							
31	Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»							
32	Я даю вихід моїм емоціям							
33	Я пишу листи та е-мейли до друзів – з надією на їх відповідь							
34	Я мрію, думаю про кращі часи, уявляючи собі їх							
35	Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб, з тих, які знаю, обмірковуючи кожен з них							
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним/ною для того, щоб позбутися надлишку енергії							

Опрацювання результатів

Перенесіть отримані Вами бали у таблицю, що наведена нижче, та підрахуйте отримані бали по вертикалі у кожній з шести колонок.

B	A	S	I	C	Ph
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

Чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна стратегія: B – віра, переконання, цінності; A – емоції, почуття; S – соціальні зв’язки, соціальна підтримка; I – уява, мрії, спогади; C – когнітивні стратегії; Ph – тілесні ресурси, фізична активність.

Додаток В

Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б).

Пацієнту пропонується відповісти на питання, вказавши, як він себе відчуває в цей момент (реактивна тривожність, 1-20 питання) і як він себе почуває зазвичай (особистісна тривожність, 21-40 питання). На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності і за частотою вираженої особистісної тривожності.

Бланк опитувальника Спілбергера-Ханіна

Опитувальник «А»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам’ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Зовсім ні	Мабуть, так	Так	Абсолютно так
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю, що відпочив	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4

11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я збуджений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник «Б»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам’ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2. Я зазвичай втомлююся	1	2	3	4
3. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
5. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7. Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
8. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
9. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий	1	2	3	4
11. Я занадто усім переймаюся	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13. Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15. У мене буває хандра	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4

17. Будь- які дрібниці відволікають і хвилю- ють мене	1	2	3	4
18. Я занадто переживаю свої розчаруван-ня, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів.

При відповідях на питання «1» означає відсутність або легкий ступінь тривожності, а позначка «4» означає високу тривожність. При обробці результатів бальні оцінки в «зворотних» питаннях мають зворотну направленість.

Рівень реактивної тривожності обчислюється за формулою: Тр = ЕРП –ЕРО + 50, де: Тр – показник реактивної тривожності; ЕРП – сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18); Ерo – сума балів по зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19,20). Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула: Тл = ЕЛП –ЕЛО + 35, де: Тл — показник особистісної тривожності; ЕЛП – сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28,29,31,32,34,35,37,38,40); ЕЛО сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39). Показник, що не досягає 30 балів, свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів –про помірну, понад 45 балів – про високу.

Додаток Г

Шкала депресії А. Бека

Шкала депресії А. Бека була розроблена на основі клінічних спосте- режень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Дана шкала містить 21 питання, 4 варі- анти відповіді, час заповнення самоопитувальника пацієнтом займає від 20 хвилин до однієї години залежно від стану. Дві субшкали: когнітивно- афективних (пункти 1-13) і соматичних проявів депресії (пункти 14-21).

Когнітивні симптоми: настрій, песимізм, почуття неспроможності, незадоволеність, почуття провини, відчуття, що буду покараний, відраза до самого себе, ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість. Соматичні прояви: порушення образу тіла; втрата працездатності; порушення сну; стомлюваність; втрата апетиту; втрата ваги; втрата лібідо.

Інструкція до шкали: «Прочитайте кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. У рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно відносно Вас».

Шкала депресії А. Бека

№	Питання	Бали
1.	а) я почуваю себе добре;	0
	б) мені погано;	1
	в) мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити;	2
	г) мені так нудно і сумно, що я не в силах більше терпіти.	3
2.	а) майбутнє не лякає мене;	0
	б) я боюся майбутнього;	1
	в) мене ніщо не радує;	2
	г) моє майбутнє безпросвітне.	3
3.	а) в житті мені переважно щастило;	0

	б) невдач і провалів було у мене більше, ніж у будь-кого іншого;	1
	в) я нічого не домігся в житті;	2
	г) я потерпів повне фіаско — як батько, партнер, дитина, на профе-	3
	сійному рівні — словом, усюди.	
4.	а) не можу сказати, що я незадоволений;	0
	б) як правило, я нудьгую;	1
	в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина;	2
	г) мене не задовольняє абсолютно все.	3
5.	а) у мене немає відчуття, ніби я когось образив;	0
	б) можливо я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це	1
	нічого не відомо;	
	в) у мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя;	2
	г) я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.	3
6.	а) я задоволений собою;	0
	б) іноді я відчуваю себе нестерпним;	1
	в) іноді я відчуваю комплекс неповноцінності;	2
	г) я абсолютно нікчемна людина.	3
7.	а) у мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що	0
	заслуговує покарання;	
	б) я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, в чому	1
	став винним;	
	в) я знаю, що заслуговую на покарання;	2
	г) я хочу, щоб життя мене покарало.	3
8.	а) я ніколи не розчаровувався в собі;	0
	б) я багато разів відчував розчарування в самому собі;	1
	в) я не люблю себе;	2
	г) я себе ненавиджу.	3
9.	а) я нічим не гірший за інших;	0
	б) інколи я припускаюся помилки;	1

	в) просто жахливо, як мені не щастить;	2
	г) я сію навколо себе одні нещастя.	3
10.	а) я люблю себе і не ображаю себе;	0
	б) іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся;	1
	в) було краще б зовсім не жити;	2
	г) я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.	3
11.	а) у мене немає причин плакати;	0
	б) буває, що я і поплачу;	1
	в) я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися;	2
	г) раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.	3
12.	а) я спокійний;	0
	б) я легко дратуюся;	1
	в) я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий	2
	котел;	
	г) мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.	3
13.	а) прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем;	0
	б) іноді я відкладаю рішення на потім;	1
	в) приймати рішення для мене проблематично;	2
	г) я взагалі ніколи нічого не вирішую.	3
14.	а) мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше ніж раніше;	0
	б) мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю;	1
	в) справи йдуть дедалі гірше, я виглядаю погано;	2
	г) я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.	3
15.	а) зробити вчинок — для мене не проблема;	0
	б) мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь	1
	важливий в житті крок;	
	в) щоб зважитися на щось, я повинен дуже багато попрацювати над	2
	собою;	

	г) я взагалі не здатний щось реалізувати.	3
16.	а) я сплю спокійно і добре висипаюся;	0
	б) вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув;	1
	в) я прокидаюся рано і відчуваю себе так, ніби не виспався;	2
	г) іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п’яти годин на добу.	3
17.	а) у мене збереглася колишня працездатність;	0
	б) я швидко втомлююся;	1
	в) я відчуваю себе стомленим навіть якщо майже нічого не роблю;	2
	г) я настільки втомився, що нічого не можу робити.	3
18.	а) апетит у мене такий же, яким він був завжди;	0
	б) у мене пропав апетит;	1
	в) апетит у мене набагато гірше ніж раніше;	2
	г) у мене взагалі немає апетиту.	3
19.	а) бувати на людях для мене так само приємно як і раніше;	0
	б) мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми;	1
	в) у мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві;	2
	г) я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.	3
20.	а) мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні;	0
	б) секс вже не цікавить мене так як раніше;	1
	в) зараз я міг би спокійно обходитися без сексу;	2
	г) секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.	3
21.	а) я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров’я так	0
	само, як і раніше;	1
	б) у мене постійно щось болить;	2
	в) зі здоров’ям справи серйозні, я весь час про це думаю; г) моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене	3

Обробка результатів. За відповіді нараховується: «а» 0 балів, «б» 1 бал, «в»

бали, «г» 3 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж.

Інтерпретація результатів.

0-9 – відсутність депресивних симптомів 10-15 – легка депресія (субдепресія)

16-19 – помірна депресія

20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості) 30-63 — важка депресія