

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Наталія Коструба, Лілія Ляшко, Оксана Фіщук

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЧНА
СТІЙКІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ В
УМОВАХ ВІЙНИ**

Монографія

Луцьк
2025

Рекомендовано до друку Вченою радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(протокол № 17 від 29 грудня 2025 року)

Рецензенти:

Журавльова О.В. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Остапйовський О. І. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології Волинського інституту післядипломної педагогічної освіти.

Коструба Наталія, Ляшко Лілія, Фіщук Оксана

К-72

Психічне здоров'я та психологічна стійкість української молоді в умовах війни : монографія. – Житомир: ТОВ «Видавничий дім “Бук-Друк”», 2025. – 180 с.

ISBN 978-617-560-323-9

У монографії представлено наукове дослідження психічного здоров'я та психологічної стійкості молоді в умовах війни. Запропонована програма розвитку психологічної стійкості та збереження психічного здоров'я в умовах кризи.

Для психологів, соціальних працівників, волонтерів, учасникам громадських організацій, що надають психологічну підтримку, а також широкого кола зацікавлених читачів.

УДК 159.922.8:159.944:355/359

ISBN 978-617-560-323-9

© Коструба Наталія, Ляшко Лілія, Фіщук Оксана 2025

Передмова

З початком повномасштабної війни в Україні надзвичайної актуальності набули питання психічного здоров'я та відновлення психологічного благополуччя населення нашої країни. Зважаючи на це, акцент уваги теоретичних та емпіричних досліджень українських науковців опинився на індивідуально-психологічних особливостях та стратегіях поведінки особистості, які здатні активізувати механізми саморегуляції та самозцілення осіб, котрі потребують психологічної допомоги в несприятливих та стресових умовах під час війни. Саме до таких феноменів і належить, зокрема, резильєнтність особистості.

Повномасштабне вторгнення росії стало потужним викликом для психологічної стійкості українського населення, зокрема і молоді. Проблема резильєнтності, як внутрішньої стійкості особистості, яка наразі залишається у фокусі досліджень світової психологічної науки, набула особливої актуальності у зв'язку з викликами та загрозами війни росії проти України. Кількість досліджень резильєнтності зростає, оскільки пошук специфічних ефективних чинників є запитом сучасності. Проте, досліджень проблематики резильєнтності в українській реальності досить мало, саме тому вкрай важливо є дослідити її для розуміння психологічних наслідків війни для населення нашої країни. Вивчення резильєнтності є вагомим для розуміння людської здатності до психологічної позитивної адаптації та стійкості в несприятливих обставинах та може допомогти фахівцям у сфері психічного здоров'я в розробці спеціальних психотехнологій для психопрофілактики та розвитку резильєнтності, життєстійкості, стресостійкості; розвитку здатності самостійно долати стресові ситуації та повноцінно функціонувати після них (Лазос, 2018; Neenan, 2017; Cutuli, Herbers, Masten & Reed, 2012).

Актуальність дослідження полягає в тому, що дана проблема є нагальною для українського населення, оскільки розкриває сутність психологічної стійкості молоді, яка є однією із вразливих категорій населення та зумовлена потребою у

формуванні та розвитку навичок резильєнтності, як здатності чинити опір стресам, відновлюватись та виявляти психологічну стійкість в умовах війни.

Результати дослідження можуть бути використані у науково-дослідній сфері – як підґрунтя для подальшої розробки проблеми психологічної стійкості в умовах та після війни. Отримані результати можуть використовуватися у практичній роботі психологів, при розробці корекційно-розвивальних тренінгових програм та для власного самовдосконалення студентів. На основі проведеного нами емпіричного дослідження, було проаналізовано психічний стан студентів під час війни. Тому, з метою збереження психічного здоров'я молоді, нами було розроблено програму розвитку психологічної стійкості та підтримки психічного здоров'я в умовах війни.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Поняття резильєнтності у психологічних дослідженнях

Питання резильєнтності знайшло відображення в наукових публікаціях українських і зарубіжних вчених, які досліджують даний феномен із різних точок зору. Резильєнтність досліджують вчені в рамках багатьох дисциплін, в тому числі біології, медицини, психології.

Термін «резильєнтність» знайшов широкий діапазон застосування психологами і розглядається у контексті впливу на особистість несприятливих стресових чи загрозливих умов та її здатності до нормального, здорового функціонування у майбутньому (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Трактуючи резильєнтність із психологічної точки зору, вона передбачає збереження стабільності рівня психологічної та фізичної діяльності в умовах несприятливих ситуацій, адаптацію до цих несприятливих умов та здатність відновлюватись після впливу негативних зовнішніх факторів (Masten, Best, & Garmezy, 1990).

Вперше термін «резильєнтність» був представлений і впроваджений у наукових працях Е. Werner та її колеги R. Smith для позначення здатності психіки відновлюватися після впливу негативних чинників (Werner & Smith, 2019; Werner, 1982). Це пояснюється і тим, що саме поняття «резильєнтність», за Г. Лазос, увійшло до психологічного глосарію із фізики, де воно позначає властивість матерії повертатися до початкової форми після деформації, що відбулася в результаті тиску. Сама Г. Лазос розглядає резильєнтність як біопсихосоціальне явище, яке включає в собі особистісні, міжособистісні та суспільні переживання і є природним результатом різних процесів розвитку протягом певного періоду (Лазос, 2019).

Протягом останніх десятиріч дослідники у всьому світі продовжують вивчати та формулювати теоретичну та емпірично доказову базу концепції резильєнтності, серед них, зокрема А. Masten, К. Connor, J. Davidson, R. Newman,

G. Richardson та ін. (Connor & Davidson, 2003; Newman, 2005). За цей період дослідники резильєнтності напрацювали широку емпіричну базу дослідження даного феномену, створили різні теоретико-методичні моделі та детально описали можливості їх практичного застосування, зокрема, G. Richardson, A. Masten, K. Bolton, S. Southwick, D. Charney та ін. (Southwick & Charney, 2018). Також були виявлені значимі кореляційні зв'язки між резильєнтністю та захисними механізмами, емоційним інтелектом, впевненістю у своїй ефективності та самооцінкою, позитивними стосунками з оточенням, типом прив'язаності та характером ранніх стосунків між батьками та дітьми тощо (Bolton, 2013; Masten, 2015).

Дослідження резильєнтності проводились і в Європі, зокрема, серед польських вчених це питання досліджував Zenon Uchnast (Uchnast, 1998). На його думку, поняття резильєнтності є чимось більшим, аніж просто риса особистості, він розглядає його як здатність організувати та розвивати свою активність у середовищі, яке змінюється. Так, висока резильєнтність пов'язана з відкритістю та здатністю побудувати довірливі стосунки з іншими людьми, зі здібністю віднайти баланс між власними бажаннями, можливостями та зовнішніми обставинами, з успішною регуляцією емоції та імпульсів, з відчуттям задоволення життям, почуттям власної компетентності та сили, готовністю ризикувати, а також вмінням швидко повертатись до емоційної рівноваги в нових та важких ситуаціях (Uchnast, 1998; Brudek, 2013).

Проведені дослідження стали основою для різних теоретико-методологічних моделей резильєнтності, які описують її феноменологію та вказують на мішені психологічного/психотерапевтичного втручання з метою її формування, розвитку тощо.

Проте, не зважаючи на всі теоретичні та емпіричні дослідження даної проблематики у світовій спільноті, у сучасній українській психології і досі відсутній єдиний підхід до опису феномена резильєнтності та його структури, що є важливим для розуміння людської здатності до психологічної позитивної адаптації в несприятливих обставинах і може бути використане фахівцями із

психічного здоров'я для розробки спеціальних психотехнологій щодо психопрофілактики та розвитку резильєнтності, життєстійкості, стресостійкості, а також розвитку здатності самостійно долати стресові ситуації тощо. Попри те, що існує велика кількість досліджень психологічної стійкості особистості між науковцями з даної проблематики все ж залишаються суперечки щодо консенсусу з приводу єдиного визначення. Так, поряд із поняттям «резильєнтність» у наукових джерелах зустрічаються такі терміни, як «стресостійкість», «життєстійкість», «психологічна пружність» та різні підходи та спроби концептуалізувати резильєнтність через них.

З огляду на це, резильєнтність розглядають в межах різних підходів. Зокрема, через концепцію благополуччя. Так резильєнтність часто розглядають разом із поняттям «благополуччя». Всесвітня організація охорони здоров'я пов'язує стан благополуччя із здоров'ям та психічним здоров'ям. Розглядаючи перше, як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів». В свою чергу, «психічне здоров'я, як благополуччя, за якого кожна людина може реалізувати власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, плідно та продуктивно працювати, а також зробити внесок у життя своєї громади». У більш широкому значенні під поняттям «благополуччя» дослідники розглядають комплекс таких складових: фізичне благополуччя, що означає відмінне фізичне самопочуття, тілесний комфорт, відчуття здоров'я, що задовольняє людину. Матеріальне благополуччя, яке передбачає задоволення матеріальною сферою існування (відпочинок, харчування, житло), матеріальною забезпеченістю, стабільним достатком. Соціальне - означає задоволеність людини станом суспільства, своїм статусом в соціумі, міжособистісними зв'язками, наявністю почуття приналежності до суспільства. Духовне – має на увазі відчуття приналежності до духовної культури, можливості долучатися до її багатств, це почуття усвідомленості власного життя, наявність віри в Бога, долю, удачу. Психологічний добробут чи душевний комфорт це злагодженість психічних процесів та функцій, відчуття цілісності, внутрішньої рівноваги, особистісної

гармонії: узгодженості процесів розвитку та самореалізації, сумарність життєвих цілей та можливостей. Усі перелічені складові благополуччя тісно взаємопов'язані та впливають одна на одну (Brander, 2012). Лише комплексне задоволення цих потреб дає людині можливість добре почуватися і функціонувати. Резильєнтність виявляється в тому, що після пережитих несприятливих стресових ситуацій люди намагаються «повернути собі це благополуччя».

Зважаючи на те, що в психології наразі існує декілька визначень резильєнтності, найбільш вживане з них було схвалене Американською психологічною асоціацією (APA), згідно з яким резильєнтність - це процес позитивної адаптації в умовах негараздів, травм, трагедій або значного стресу (Bolton, 2013).

Сучасні ж дослідники даного поняття підходять до вивчення феномену резильєнтності більш комплексно. Зокрема, D. Hellerstein, вивчав це поняття виокремлюючи у ньому дві його основні складові – фізичну резильєнтність як індикатор стресостійкості й толерантності до стресу та психологічну, яка складається із розвитку та підтримки соціальних контактів, використання підтримки соціуму, віднайдення смислів у складних житєвих подіях або ситуаціях, підвищення освітнього рівня та опанування різних психотехнологій, які сприяють розвитку та подоланню негативних наслідків після стресових подій (Hellerstein, 2011).

Аналізуючи наукові джерела з досліджуваної проблематики, ми визначили, що у психологічних дослідженнях поняття резильєнтності представлене у трьох напрямках. Зокрема, перший із них, розглядаючи поняття резильєнтності, акцентує увагу на визначенні внутрішніх і зовнішніх характеристик особистості, які здатні допомогти їй подолати складні життєві ситуації й відновитись після них.

Другий напрям визначає резильєнтність як динамічний процес, який виступає результатом несприятливих змін і відновлення, в якому виявляється позитивна адаптація індивіда попри переживання, серед дослідників W.

Chaboyer, Gillespie, B. M, S. S. Luthar, M. Rutter, D. Cicchetti, I. Ющенко, С. Яцелон та ін., використовуючи його для доступу до ресурсів, що допоможуть у подоланні або відновленні їх після негараздів. Так, вчені розглядають феномен резильєнтності в контексті поняття «стійкості особистості», репрезентуючи його як багатовимірне, системне явище, сукупність здібностей та якостей, що містить в собі такі категорії, як стресостійкість, здатність витримувати несприятливі життєві обставини та високий рівень напруги не досягаючи відчуття дистресу, стабільність настрою та загального психоемоційного стану, як можливість свободи вибору життєвого шляху та самодостатність, як віру в себе та в свою здатність подолати негаразди, як відсутність різного роду залежностей (Rutter, 1987).

Третій напрям описує поняття резильєнтності із точки зору її походження як вродженої енергії або мотивувальної життєвої сили особистості, у роботах G. Richardson, Waite, тобто як життєздатність особистості, як розглядали Т. Ларіна, Т. Титаренко, О. Чиханцова та ін. (Чиханцова, 2021; Титаренко & Ларіна, 2009).

На даний час в науковій літературі набуває популярності новий крос-культурний підхід, ключова особливість якого є спрямованість на врахування та відображення взаємозв'язку резилієнтності та реагування в складних ситуаціях з расовою приналежністю, віком, гендером або регіоном проживання (Gunnestad, 2006). Вбачаємо актуальність та перспективність у зазначеному підході щодо вивчення резильєнтності, оскільки він відображує реалії сучасного світу.

На сучасному етапі свого розвитку когнітивно-поведінковий підхід до дослідження резильєнтності набуває все більшої практико-орієнтованої спрямованості. Neenan M., один з представників даного напрямку, стверджує, що кожен з нас по-різному реагує на труднощі і негаразди. Хтось стає сильнішими як духовно, так і морально, а інший відчуває лише страждання, тому що головними в його житті виступає не подія сама по собі, а те значення, яке він їй надає. Так, М. Neenan пропонує спеціальну технологію когнітивно-поведінкової терапії, засновану на «слуханні власної життєвої мудрості». Запропонована ним технологія включає наступні компоненти: управління негативними емоціями,

розвиток впевненості в собі, зниження рівня фрустрації, підвищення толерантності та формування життєвого світогляду (Neenan, 2017).

Також, протягом останніх років у дослідженнях зарубіжних вчених у сфері резильєнтності активно розвивається конструктивістський підхід, що передбачає провідну роль активної життєвої позиції у формуванні власного життя. Так, поняття резильєнтності розглядається, до прикладу, в контексті становлення кар'єри, виступаючи компонентом моделі професійного зростання та розвитку (професійне самовизначення, професійна життєздатність, професійне самоврядування). Дж. Кідд розглядає професійну резильєнтність як здатність до подолання труднощів із можливими «підйомами та падіннями» в професійній діяльності, що стає можливим за рахунок впевненості в собі, надії, самоповаги (Hellerstein, 2011).

Оскільки вчені із різних позицій по-різному пояснюють дане поняття, все ж усі погляди збігаються у тому, що резильєнтність є доступною внутрішньою силою особистості або ресурсом індивіда, який виявляє позитивну реакцію на стреси та життєві негаразди. Також, науковці вважають, що резильєнтність можна підвищити або підтримувати за допомогою зовнішніх ресурсів. Таким чином, резильєнтність, як властивість притаманна особистості, не є стабільною, вона здатна змінюватись під впливом різних чинників, факторів ризику та захисних механізмів, залежно від виду стресу та його перебігу (Werner & Smith, 2019). Варто зауважити, що ця здатність особистості може змінюватись і з часом та при різних умовах, а також перебувати в латентному стані, активуючись і навіть посилюючись в певних життєвих ситуаціях та подіях, як зазначають у своїх працях такі дослідники як S. Luthar, D. Cicchetti, як наслідок вчені помічають позитивний розвиток у складних життєвих ситуаціях (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

Резильєнтність, як психологічна конструкція, широко вивчалася в контексті травматичного досвіду (Hatta, Yati, Indra, Azhari, & Muslima, 2023; Mancini & Bonanno, 2006). Дослідження показали, що люди, які пережили травму, можуть проявляти широкий спектр реакцій, від серйозного

психологічного стресу до стійкості або здатності підтримувати відносно стабільний, здоровий рівень психологічного та фізичного функціонування (Bonanno, 2005). Проте механізми, за допомогою яких травматичний досвід впливає на стійкість, є складними та багатограними, включаючи динамічну взаємодію індивідуальних, соціальних факторів і факторів середовища (Admadeli & Embu-Warho, 2021; Hatta та ін., 2023; Mancini & Bonanno, 2006).

Таким чином, спираючись на те, що в сучасній українській психології відсутній єдиний підхід до опису феномена резильєнтності, у широкому розумінні його можна розглядати як рису чи властивість особистості, як процес та як адаптаційно-захисний механізм особистості. На нашу думку, в умовах війни набуває актуальності підхід до розуміння резильєнтності, який розглядає феномен як рису чи здатність особистості зберігати внутрішню стійкість в умовах війни.

1.2. Підходи до визначення структури резильєнтності особистості

Аналіз різноманітних підходів до визначення терміну «резильєнтності» дозволяє стверджувати, що в сучасній психологічній науці не існує єдиної та загальної точки зору на зміст цього феномену та його структуру.

Однак, питання резильєнтності особистості та її складових є актуальним у зв'язку з повномасштабною війною в Україні, яка гостро порушила питання психологічного здоров'я особистості та її відновлюваності після впливу стресових факторів. Саме тому, для нас є необхідним визначити особливості розвитку резильєнтності особистості та вивчити основні структурні елементи, що розглядають різні підходи досліджуваного явища.

Останніми роками з'являються все нові теорії резильєнтності, які розглядають дане поняття як складний процес, що складається з ряду компонентів. Так, Е. Morel виділяє такі компоненти резильєнтності особистості: оптимізм (який передбачає взяти відповідальність за своє життя у кризових, стресових ситуаціях); орієнтація на вирішення проблеми (уникнення ситуацій, які посилюють стрес); почуття відповідальності (тобто, готовність особистості брати на себе відповідальність); орієнтація на майбутнє (здатність залишатися

дієздатним в особливо складних життєвих ситуаціях); орієнтація на мережу контактів (позитивне ставлення до взаємозв'язків з іншими людьми); самоусвідомлення (усвідомлення своєї гідності, яке допомагає взяти на себе відповідальність); прийняття (зменшення негативних емоцій, що дозволяє досягти свідомого зосередження на нових розв'язань проблеми) (Morel, 2021).

Натомість дослідник психологічної стійкості S. Heshmat визначає цілих вісім складових компонентів структури резильєнтності. До яких він відносить: наявність значущої мети (у короткостроковій перспективі це може викликати стрес і біль, проте в довгостроковій – має сенс); самовпевненість (передбачає креативність та гнучкість у розв'язанні проблем); когнітивна гнучкість (це прийняття ситуації та здатність переносити стресові події); особистісне зростання через страждання (невдача розглядається як можливість вчитися та розвиватися); мужність діяти (здатність долати особисті обмеження та жити повноцінним життям); регулювання емоцій (здатність керувати потоком думок та візуалізувати майбутнє); воля (здатність людини діяти незалежно від когось та формувати свої власні життєві цілі); соціальна підтримка, яка зменшує тривожність та стрес (Heshmat, 2020).

D. Hellerstein, визначаючи феномен резильєнтності з позицій конструктивістського підходу, наголошує лише на двох його основних складових: вроджений компонент резильєнтності, представлений фізіологічними особливостями нервової системи як здатність толерувати стрес та зберігати самоефективність попри негативні модифікуючі фактори. В той же час, виділяє і психологічний компонент резильєнтності, що включає у собі соціальний капітал особистості, її здатність як будувати якісні соціальні зв'язки, так і можливість скористатись з допомоги та підтримки оточення; екзистенційний пошук та віднайдення змістів у складних та травматичних життєвих обставинах; підвищення рівня обізнаності щодо сучасних підходів психологічної допомоги та відновлення після переживання стресогенних або травматичних подій (Hellerstein, 2011).

Українська дослідниця Ю. Бойко-Бузиль також виділяє дві основні групи складових та аналізує резильєнтність через призму різноманітних видів фізичної (здорове харчування, фізичні вправи, дотримання режиму праці та відпочинку) та ментальної (протистояння страхам, опора на власний «моральний компас», духовні практики) активності (Бойко-Бузиль, 2022).

Таким чином, аналіз різних підходів до структури досліджуваного феномену демонструє, що феномен резильєнтності особистості виступає як складний конструкт, головна суть якого проявляється у динамічному процесі адаптації особистості шляхом повернення її до початкового психосоціального функціонування після впливу негативних чинників внаслідок травмуючих стресових подій. Враховуючи це, різні дослідники резильєнтності виокремлюють декілька типових моделей внутрішньої стійкості особистості. Розглянемо кожен з них детальніше.

Так, резильєнтність розглядають як набір здібностей особистості, які знаходяться у постійному розвитку і допомагають забезпечити адаптивне її функціонування в різного роду ситуаціях та умовах. З цієї точки зору це пояснює багатовимірну мультисистемну модель резильєнтності. Дана модель пропонує розглядати ключові фактори, які сприяють процесу резильєнтності завдяки з'ясуванню джерел, які впливають та формують її. Резильєнтність тут розглядається як інтегральний прояв рис характеру, захисних механізмів особистості, динамічного процесу її адаптації як джерела внутрішньої стійкості, що реалізується через три системи (Masten & Gewirtz, 2006). Таким чином, мультисистемна модель складається з трьох систем, які діють як джерела резильєнтності особистості. Найглибша система, яка є основою резильєнтності включає в себе здоров'я (фізичне і психологічне) та фактори пов'язані зі здоров'ям, що є основоположними джерелами резильєнтності. Ця система складає «Внутрішню резильєнтність». Найбільшою зовнішньою системою є «Зовнішня резильєнтність», що формується із соціально-екологічних джерел та функціонує як структурні детермінанти. Між цими двома системами існує третя, яка складається із навичок, знань та цілей особистості, які дозволяють їй

визначати орієнтацію на життя та реагувати на негативні ситуації та зовнішні фактори. Цілісність та взаємозв'язок трьох систем формує умови, в яких резильєнтність особистості може проявлятися по-різному, залежно від обставин та ситуацій (Liu, Reed, & Fung, 2020). Таким чином, аналізуючи запропоновану модель, резильєнтність детермінується як джерело здібностей та факторів особистості, що сприяють її адаптивному функціонуванню у різних ситуаціях та після них.

У межах вищеописаної моделі резильєнтність є незалежною від того чи наявні стресові фактори або інші негаразди чи ні. Так, негативні чинники виступають лише тригерами, які порушують джерела внутрішньої та зовнішньої систем резильєнтності, активізуючи здатність особистості до адаптації. Отже, резильєнтність особистості визначається як здатність балансувати потреби обох систем, використовуючи власні ресурси. Таким чином, особи, які мають недостатньо внутрішніх ресурсів (наприклад, проблеми із здоров'ям) можуть компенсувати їх за рахунок достатніх зовнішніх ресурсів (таких як фінанси чи допомога оточення) у разі виникнення проблем. І навпаки, особи із багатими внутрішніми ресурсами (такими як саморегуляція) здатні підтримувати резильєнтність не дивлячись на недостатність зовнішніх (наприклад, проблеми із фінансами). Разом з цим, враховуючи наявність трьох складових систем резильєнтності за описаною моделлю, особи здатні задовільнити власні потреби різного характеру завдяки відповідним навичкам та стратегіям подолання для компенсації дефіциту зовнішніх чи внутрішніх складових резильєнтності. Однак, у разі відсутності необхідних внутрішніх чи зовнішніх джерел резильєнтності, особистість може бути надто вразливою до несприятливих чинників та мати низьку адаптивність. Тому, у разі виникнення труднощів чи негативних ситуацій, які роблять її вразливою, можливе виникнення цілого ряду негативних наслідків для особистості, таких як тривожність, депресія, ПТСР, тощо.

Ще однією моделлю резильєнтності, яка варта нашої уваги є модель імунітету та психологічної еластичності (PI-PE). Вона розглядає резильєнтність, як динамічний процес, що охоплює низку тимчасово пов'язаних елементів,

пояснює те як процес психологічної стійкості працює по-різному для різних людей і як підтримувати людей у їх процесі успішної та різної адаптації до стресорів (Ljntema, Schaufeli, & Burger, 2021).

Основна роль в даній моделі відводиться двом послідовним механізмам, умовам та результатам негативної адаптації після дії стресових чинників. Характерною рисою моделі PI-PE є те, що вона розрізняє два шляхи психологічної стійкості – психологічний імунітет і психологічну еластичність – з чотирма адаптивними результатами, а саме: стійкість, відновлення, трансформація та процвітання. Щоб пояснити, як люди досягають цих різних результатів, автори стверджують, що два послідовні механізми є критично важливими в цих шляхах. Перший з механізмів – це толерантність до певних стресових факторів, як ступінь, до якого людина утримується від захисної реакції на певний стресор. Саме цей механізм є критичним у динамічному процесі психологічної стійкості, оскільки пояснює чому на деяких людей не впливає конкретний стресор і вони звично функціонують, а на інші навпаки. Важливим аспектом мехіназму толерантності є те, що толерантність залежить від конкретного стресора, тобто, людина може бути толерантною до одного стресового чинника, шляхом боротьби з ним, але не до іншого. Саме цей досвід зміцнює психологічну стійкість людини до подібних майбутніх стресових факторів у різних обставинах.

Другий механізм в даній моделі - це наративна конструкція, яка розглядається як ступінь, до якого людина здатна осмислити свій досвід і прийняти його (Meichenbaum, 2017). Це важливий механізм у динамічному процесі психологічної стійкості, оскільки він пояснює, чому одні люди, зазнавши впливу стресора, здатні відновитися, а інші ні. Таким чином, якщо резильєнтність не була представлена на першій фазі через нетолерантну реакцію, побудова наративної конструкції означатиме другу фазу, на якій можна продемонструвати психологічну стійкість.

Модель представляє умови таким чином:

1) перед стресор, який функціонує як орієнтир, щоб визначити міру адаптації особистості до самого стресора до його впливу на неї;

2) стрес (конкретний стресор) як критична умова для запуску процесу психологічної стійкості;

3) особистісні властивості та фактори навколишнього середовища як змінні моделі, що впливають на зв'язок між стресором, механізмами резильєнтності та його результатами. Адже модель описує психологічний процес, через який проходить людина не як ізольований, а вбудований в конкретну людину та в певний контекст. Тож, на нього впливають як особистісні фактори, так і середовища. Внутрішні фактори представлені сильними та вразливими сторонами особистості людини, а зовнішні фактори – ризики та ресурси, інші стресори та відсутність підтримки, оточення.

Таким чином, результатом психологічної стійкості має бути певний тип позитивної адаптації, як видимий прояв резильєнтності особистості. У рамках даної моделі резильєнтності існує три типи позитивної адаптації такі як відновлення, трансформація і процвітання та два наслідки дезадаптації – ригідність та вразливість.

Механізми толерантності та побудови наративної конструкції є центральними для трьох шляхів:

1) психологічний імунітет, що демонструє достатній рівень адаптації особистості до певного стресору. Цей шлях призводить до адаптивного результату або стійкості, або процвітання; 2) психологічна гнучкість, шлях на якому людина, яка зазнала впливу стресора ще здатна відновитись та адаптуватись до нього. Цей шлях призводить до адаптивного результату відновлення або процвітання; 3) психологічна чутливість, що призводить до дезадаптації та відсутності психологічної стійкості.

Вибір шляху залежить не від вибору людини, а від двох механізмів і трьох умов: передстресорна адаптація особистості, характер, тривалість та інтенсивність конкретного стресора, толерантність до конкретного стресора, ступінь, до якого особистість здатна інтегрувати свій досвід в існуючий наратив

або в новий чи змінений наратив, доступність та використання особистих ресурсів та ресурсів навколишнього середовища для боротьби із стресором. Незалежно від результату, цей досвід стане частиною психологічного функціонування особистості та допоможе їй у майбутньому адаптуватися до дії подібних стресорів (Intema, Schaufeli, & Burger, 2021).

Аналіз наукової літератури демонструє, що дослідники використовували різні терміни для опису аналізу моделей резильєнтності, які, по факту, описують одні й ті ж механізми впливу стресу на здатність особистості до якісної адаптації після впливу стресорів.

Зокрема, ще однією з моделей розвитку резильєнтності особистості є чотирьох ступнева КПТ модель, яка пропонує розглядати в собі чотири елементи, серед яких: пошук сильних сторін; побудова власної моделі резильєнтності; застосування даної моделі під час виникнення життєвих труднощів та подальше відпрацювання резильєнтності.

Дана модель SB CBT ґрунтується на твердженні, що кожна людина є резильєнтною в певній сфері свого життя. Автори Padesky та Mooney (Padesky & Mooney, 2012) в рамках КПТ (когнітивно поведінкової терапії) мають на меті розвивати внутрішню модель резилієнтності особистості клієнта, яка б дозволила йому позитивно адаптуватись до стресових подій, не розвиваючи при цьому депресії, надмірної тривоги чи інших розладів.

Таким чином, модель SB-CBT виступає інструментом, який допомагає в плеканні резилієнтності. Фундаментальним переконанням на якому базується дана модель є те, що кожна особистість має певні якості з яких може побудувати свою індивідуальну резилієнтність. Такі якості зазвичай проявляються в щоденних ситуаціях, пов'язаних з улюбленою справою, зацікавленнями, тим, що приносить задоволення, а також обов'язками і завданнями які несе кожен день. Роль терапевта в тому, щоб допомогти клієнтові усвідомити і назвати сильні сторони, після цього створити більш загальну стратегію, яка може допомогти бути резилієнтним в інших сферах життя, вибрати конкретні ситуації, з якими клієнт бажає працювати і перевірити, на скільки вибрана стратегія допомагає

бути резилієнтним. Разом з цим, конкретний план роботи буде індивідуальним в кожному конкретному випадку для кожної особи, адже не існує єдиного шаблону, який підійшов би усім.

Хоч модель SB CBT допоки не має емпірично підтвердженої ефективності, однак існують окремі дослідження, які підкреслюють її корисність. Так Gabana (Gabana, 2017) відзначає позитивні наслідки від використання класичної КПТ і SB CBT в роботі зі спортсменами. Victor і ін. (Victor, Teismann, & Willutzki, 2017) тестували модель SB CBT на групі з 53-ох студентів. Робота з побудовою індивідуальної резильєнтності виявилась корисною для цієї групи клієнтів, тому що зменшився рівень їх дистресу, збільшилась кількість захисних факторів та покращилась якість життя.

Таким чином, аналізуючи усі вищеописані моделі та інші опрацьовані нами наукові джерела з обраної проблематики демонструють, що психологічна стійкість є не простою сумою стійкості окремих компонентів, а їхнім інтегральним проявом.

Враховуючи усі розглянуті нами підходи до структури резильєнтності та її окремих компонентів, у нашому дослідженні ми розробили власну модель резильєнтності та виокремили чинники, що підвищують резильєнтність особистості. Зокрема, ми пропонуємо розглядати наступні структурні елементи: когнітивний компонент (оптимізм, позитивне сприйняття подій та віра в краще майбутнє, навіть під час труднощів), поведінковий компонент (копінг-стратегій особистості, які є важливими для подолання стресу в умовах надзвичайних стресових ситуацій), афективний/емоційний компонент – емоційна саморегуляція (розуміння та управління власними емоціями в нестандартних ситуаціях), гнучкість (здатність адаптуватися до нових умов та змінювати підходи при необхідності, що є важливим у сучасному непередбачуваному світі), соціальна підтримка (здатність до побудови та підтримки здорових стосунків з іншими людьми, що зменшує відчуття самотності та сприяє психологічному благополуччю). (Hellerstein, 2011; Morel, 2021; Heshmat, 2020).

Отже, пояснимо значення кожного із запропонованих чинників. Когнітивний: люди з позитивним мисленням вбачають для себе у викликах можливість для росту та самовдосконалення, це допомагає їм зберігати спокій та оптимізм під час труднощів, а також знаходити творчі рішення для подолання проблем. Резильєнтні особистості здатні ефективно адаптуватися до стресу, це дозволяє їм зменшити вплив негативних подій на свій психічний стан. Вона допомагає зберегти ясний розум та виробити адекватну відповідь навіть у складних ситуаціях. Соціальна підтримка: сильні соціальні зв'язки надають підтримку та почуття приналежності, що позитивно впливає на психічне та фізичне здоров'я. Люди зі стійкими соціальними зв'язками зазвичай легше справляються зі стресом та викликами. Люди, які здатні контролювати свої емоції та реакції можуть зберегти внутрішній баланс та психічну стійкість, що дозволяє їм уникати негативних наслідків від поспішних або необдуманих рішень.

Здатність самотійно діяти та орієнтуватись на вирішення завдання надає незалежність та впевненість у власних можливостях, це особливо важливо в ситуаціях, коли варто швидко приймати рішення. Оптимістичний погляд на майбутнє та відкритість новому досвіду надає енергії та мотивації для досягнення цілей. Люди з оптимістичним налаштуванням вірять у свою здатність подолати труднощі, що робить їх більш впевненими.

Так, у різних комбінаціях ці компоненти роблять особистість більш психологічно стійкою до життєвих випробувань та забезпечують психологічний комфорт у різних ситуаціях.

Таким чином, обґрунтовуючи складові компоненти резильєнтності особистості, можемо зробити висновок, що люди з вираженим здоровим оптимізмом впевнено дивляться у майбутнє; здатні створювати та використовувати мережу особистісних контактів; мають здатність діяти, опираючись на власний проєкт відносно свого майбутнього та здійснення життєвих планів; мають уявлення щодо світу та самого себе, здатні забезпечити прогнозування своєї соціальної ефективності та ставлення до себе інших, здатні

регулювати міжособистісні відносини; свідомо та розважливо підходять до планування свого майбутнього, обираючи відповідні цілі для досягнення конкретної мети; знаходять покликання та присвячують себе тому, що дає мету та сенс життя.

Тож, запропонована нами модель резильєнтності особистості відображає цілісну систему стійких позитивних рис особистості, розглядається як здатність особистості, що сприяє її успішному поверненню до нормального психічного та фізичного станів після пережитих стресових та травматичних подій.

1.3. Резильєнтність як здатність зберегти психічне здоров'я в умовах війни

Війна завжди була і є найпотужнішим фактором, що потребує колосальної мобілізації всіх сил та психологічних ресурсів. Наразі це наша реальність. Переживання війни є одним з найбільш руйнівних переживань, з якими можуть зіткнутися люди. Досвід війни супроводжується багатьма труднощами, які часто доводять людей до межі своїх можливостей. Війни часто супроводжуються різноманітними вразливостями, які кидають виклик різним сферам життя, від життя сім'ї та родичів до довгострокових труднощів і небезпек травм і навіть смерті. Руйнування будинків та майна, значні економічні та соціальні витрати та додаткові довгострокові негативні наслідки як фізичного так і психологічного характеру – це лише деякі аспекти життя, яких торкаються перебіг та наслідки конфліктів та воєн (Kimhi та ін., 2023; Aydın, Şiriner, & Koç, 2022).

Воєнні події в Україні, спричинені повномасштабним вторгненням зі сторони росії, стали значним психотравмуючим фактором для українців. В Україні немає родини, яку б так чи інакше не зачепила війна. Дослідження та досвід інших країн, які пережили збройні конфлікти, демонструють, що принаймні у кожній п'ятій людини будуть присутні негативні наслідки для її психічного здоров'я, а у кожній десятій – ці наслідки будуть на рівні середньої тяжкості або важкої хвороби. Оскільки повномасштабне вторгнення РФ призвело

до того, що колосальний відсоток населення пережило травматичні події, які впливатимуть на їхню психіку ще роками (Чабан & Хаустова, 2022).

Аналіз наукових досліджень демонструє, що умови надзвичайних ситуацій, таких як війна, зокрема, викликають різні психологічні проблеми, які можуть впливати як на людей, які знаходяться в зоні конфлікту, так і віддалено. Серед основних проблем, які несе за собою війна є порушення психічного здоров'я, такі як поява ПТСР, депресії, тривожності та інших психічних захворювань чи розладів. Всі вони виникають внаслідок травматичних подій, такі як втрата близьких, майна, перебування у зоні військових дій, тощо. Було виявлено, що вплив збройних конфліктів, війни та політичного насильства має руйнівний вплив на молодь, особливо на симптоми посттравматичного стресу (ПТС) та широкий спектр як явних, так і прихованих психіатричних симптомів (Betancourt & Khan, 2008).

Детальніше розглянемо кожен з них.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): як наслідок війни ПТСР може виникнути як у військових так і цивільних осіб, які пережили травматичні події, наприклад, перебування у зоні бойових дій, насильство, втрата близьких чи руйнування майна. Посттравматичний стресовий розлад може призвести до низки психологічних проблем, включаючи тривожність, депресію та навіть суїцидальні наміри. Так, дослідження показують, що було виявлено, що збройні конфлікти, війни та політичне насильство чинять руйнівний вплив на молодь, особливо на симптоми посттравматичного стресу (ПТС) та широкий спектр як явних, так і прихованих психіатричних симптомів (Betancourt & Khan, 2008).

Зважаючи на життя в умовах війни, депресія та тривожність також можуть стати серйозними проблемами для людини. У більшості випадків вони можуть бути пов'язані з відчуттям втрати та збитків, а також зі зниженням якості життя, його зміною. Варто зауважити, що війна є складною та небезпечною ситуацією, яка може слугувати причиною підвищення рівня стресу, що також може викликати проблеми зі здоров'ям, зниженням продуктивності та збільшенням ризику виникнення конфліктів.

Беручи до уваги адаптацію до нової нормальності, варто зазначити, що в умовах війни змінюється наше середовище, з яким ми звикли взаємодіяти та жити. Так люди можуть переживати стрес через втрату свого звичного життя та супровідний страх від небезпеки та невизначеності майбутнього.

Наступне, що варто розглянути – це радикалізація та екстремізм. Ситуація війни, що склалась у нашій країні може активізувати радикалізацію та екстремізм, особливо серед молоді. Як наслідок це може призвести до виникнення екстремістських груп та терористичних організацій, що загрожують безпеці населенню не лише України.

Також варто виділити і соціальні проблеми. Зокрема, війна в країні може спричинити руйнування соціальних структур, які підтримують громадську дисципліну та порядок. Це може викликати проблеми з організацією соціального життя, таких як зниження рівня взаємодії, зростання відчуття відчуженості та інші.

Таким чином, не тільки бойові дії, але й соціальні, економічні та психологічні наслідки війни можуть впливати на життя людей, що переживають збройний конфлікт. Ще одним аспектом, на який варто звернути увагу є дослідження впливу травмуючих новин на психіку. Адже перегляд новин та вивчення потоку інтернет-контенту теж несе небезпеку для психічного здоров'я особистості та її благополуччя. Так дослідження здійснене Johnston W. M. та Davey G. C. показало, що негативні звістки можуть підвищувати рівень тривоги, почуття страху. До того ж, споглядання за стражданнями інших насправді може викликати відчуття болю і в спостерігача (Johnston & Davey, 1997).

Зважаючи на те, що частота травми може вплинути не тільки на конкретну людину, яка безпосередньо зазнала впливу стресора, але й на тих, хто зазнав його опосередковано вченими були проведені широкі дослідження вторинної травми. Зокрема, саме уявлення про те, що особи, які не пережили подію безпосередньо, також можуть проявляти симптоми ПТСР. Останні результати цих досліджень вказують на те, що дистрес і посттравматичні симптоми можуть розвинути у людей, далеких від зони травматичної події це може виникнути в результаті

перегляду телевізійних репортажів або перегляду картин катастрофи (Galovski & Lyons, 2004). Аналогічні результати були зареєстровані для населення Ізраїлю після терористичних атак (Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003; Kaplan, Matar, Kamin, Sadan, & Cohen, 2005).

З огляду на численні дослідження з обраної проблематики, в умовах війни набуває актуальності підхід, який включає у зазначене поняття не тільки адаптаційні механізми, але й активне самотворення, що уможливорює перехід особистості від пристосування до посттравматичного зростання. Спираючись на те, що реальність війни може бути настільки травмуючою для особистості, що «ціна адаптації» до неї може бути занадто високою для психічного здоров'я людини. Таким чином, можна стверджувати, що несприятливі умови війни «витискають» особистість із зони комфорту та ставлять перед необхідністю цілеспрямовано шукати ефективні засоби емоційної саморегуляції, рефреймінгу, подолання проблем, що виникають. Протиріччя між емоційною виснаженістю, гострою потребою знизити «червоний» рівень стресу та неможливістю адаптуватися до воєнних реалій (загроза для життя, здоров'я та майна, тотальна невизначеність, порушення життєвих планів тощо) концентрує внутрішню напругу, потрібну для побудови індивідуальної траєкторії особистісного росту. Отже, в умовах війни ми пропонуємо розглядати резильєнтність як здатність зберегти психічне здоров'я особистості, її психологічне благополуччя. відновлення якого залежить переважно від того, чи відбудеться перехід від спроб адаптації до посттравматичного зростання (Кетлер-Митницька, 2023).

Життя в умовах війни з кожним днем наполягає на тому, щоб кожен з нас вмів максимально ефективно використовувати не тільки свій адаптаційний потенціал, а й резерви регулятивних ресурсів. Саме тому резильєнтність як особливість людської психіки набуває великого значення через необхідність рішуче і сміливо навчитись опиратися тиску зовнішніх стресорів, змінювати життєві обставини, зберігаючи при цьому своє психічне здоров'я.

Таким чином, феномен резильєнтності як внутрішня стійкість особистості особливо актуально проявляється у кризові періоди, як опір стресам,

забезпечуючи швише пристосування до змін, здатність впоратися зі стресом і труднощами життя та вміння відновлюватися після стресових ситуацій та повертатися до нормальної життєдіяльності безпечно для психічного та фізичного здоров'я.

Такі надзвичайні ситуації, як війна роблять неможливим задоволення значної частини потреб людини і чинять значний вплив на її психологічне благополуччя. Такі ситуації люди переживають по-різному. Так одні здатні витримати тимчасове потрясіння через потенційно травматичні події або втрату надзвичайно добре, без видимих порушень їхньої здатності функціонувати на роботі чи в близьких стосунках (Bonanno Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007). Тобто такі люди відновлюються, використовуючи свої власні копінг-стратегії, які формує та підтримує зовнішнє середовище. Іншим, навпаки, достатньо лише базової підтримки для покращення їх благополуччя. А треті стикаються із значимішими проблемами з психічним здоров'ям та благополуччям (або ж залишаються ті самі проблеми, які існували до цього), що потребують професійної підтримки спеціаліста. Тому тип реагування на переживання війни матиме суттєві відмінності в кожному окремому випадку, адже кожна людина буде переживати одну й ту саму подію по-різному і матиме різні ресурси та можливості для того, аби з нею впоратися.

Так одним із провідних ресурсів особистості, що визначає ступінь її готовності до активної та ефективної діяльності в невизначених, складних стресових ситуаціях, зберігаючи при цьому оптимальну працездатність та внутрішню гармонію, є саме резильєнтність. Враховуючи цей факт, особливої актуальності набувають питання, пов'язані із дослідженням різноманітних чинників, які є підґрунтям для формування життєстійкості як вміння пристосовуватися до складних умов, досягати успіху у ситуаціях, які є потенційно стресогенними, перетворюючи їх на такі, що надають можливості для особистісного зростання та самореалізації. При цьому особливого значення розвиток даного утворення набуває у молодому віці, оскільки, будучи одним з провідних завдань цього вікового періоду, забезпечує не тільки ефективне

функціонування у теперішньому, а й реалізацію власного потенціалу особистості у майбутньому. Саме резильєнтність передбачає суб'єктивну готовність особистості до будь-яких непередбачуваних зовнішніх змін, що можуть мати несприятливий характер, при цьому її головною функцією є можливість будувати ефективну взаємодію та знаходити оптимальні шляхи саморозвитку особистості у складних життєвих обставинах (Бацилєва Пузь, & Єрмішев, 2021).

Отже, теоретичні і емпіричні дослідження резильєнтності протягом останніх десятиріч створили вагомую основу для концептуалізації поняття резильєнтності. Аналіз наукової літератури з обраної проблематики показав широкий діапазон наукових досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених щодо поняття резильєнтності. Зацікавлення психологів темою резильєнтності показує новий напрямок розвитку цієї галузі науки: від патології і лікування розладів до відкриття того, що допомагає людині рости, розвиватись, ставати більш стійкою. Тому, можемо розглядати її як зосередження особистості на розкритті внутрішніх і зовнішніх характеристик, які допомагають їй долати життєві негаразди та психологічно відновлюватися після них; як результат несприятливих змін і відновлення особистості, при цьому виявляючи позитивну адаптацію, всупереч власним переживанням та як вроджену енергію або мотивувальну життєву силу особистості. Основними ознаками резильєнтності визначено такі: функціональність, індивідуальний ступінь вираженості, зв'язок з ефективністю.

Зважаючи на теоретичний аналіз, ми визначили, що більш обґрунтованою та повною є багатовимірна мультисистемна модель резильєнтності, де визначено концептуалізацію даного поняття як здатності, що еволюціонує. В даній моделі визначено фактори, що сприяють процесу резильєнтності, шляхом визначення джерел, які впливають та формують його. Модель імунітету та психологічної еластичності (PI-PE), в систему якої введено два послідовних механізми, толерантність та наративна конструкція, які допомагають пояснити, чому люди приходять до різних результатів після впливу однакового стресора. А також КІТТ модель розвитку резильєнтності, яка включає в себе такі чотири елементи: пошук

сильних сторін; побудова власної моделі резилієнтності; застосування даної моделі під час виникнення життєвих труднощів та подальше відпрацювання резилієнтності, вказуючи на те, що резилієнтність може розвиватись, бути відпрацьованою та відтренованою. А також розробили власну модель резилієнтності особистості, яка являє собою цілісну систему стійких позитивних рис особистості, що розуміється як здатність особистості, яка сприяє успішному поверненню людини до нормального психічного та фізичного станів після стресових та травматичних подій.

Таким чином, феномен резилієнтності як внутрішня стійкість особистості особливо актуально проявляється у кризові періоди, як опір стресам, забезпечуючи швидше пристосування до змін, здатність впоратися зі стресом і труднощами життя та вміння відновлюватися після стресових ситуацій та повертатися до нормальної життєдіяльності безпечно для психічного та фізичного здоров'я. Так, як несприятливі умови війни «витискають» особистість із зони комфорту та ставлять перед необхідністю цілеспрямовано шукати ефективні засоби емоційної саморегуляції, рефреймінгу, подолання проблем, що виникають. Саме тому резилієнтність як особливість людської психіки набуває великого значення через необхідність рішуче і сміливо навчитись опиратися тиску зовнішніх стресорів, змінювати життєві обставини, зберігаючи при цьому своє психічне здоров'я.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ: ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД

2.1. Актуальність дослідження психічного здоров'я українців

Стресові події високої інтенсивності під час війни є причиною різкого зниження рівня життєвих сил та погіршення психічного здоров'я. Психологічна підтримка потрібна не лише військовим та населенню з територій бойових дій, а й цивільному населенню з усієї території України, оскільки ракетна загроза зберігається повсюдно. Вплив на психічне здоров'я відчувають усі українці.

Сучасні наукові фундаментальні дослідження стверджують, що стресові події високої інтенсивності під час війни є причиною погіршення психічного здоров'я. Це вимагає інноваційних підходів до надання професійної допомоги та підтримки людям, які постраждали від війни, з використанням відповідних підходів, методик та стратегій.

Дослідження підкреслюють, що вплив війни на психічне здоров'я населення неминучий, а воєнний досвід є травматичним як для безпосередніх учасників та спостерігачів військових дій, так і для опосередковано залученого населення (Осокіна та ін., 2022). В результаті дослідження колумбійського збройного конфлікту було виявлено, що повне розуміння людиною власного життєвого шляху, планів на майбутнє, постановки цілей, розширює її можливості для отримання відчуття стабільності та відносної безпеки (Ugarriza, et al., 2022). Таке переосмислення майбутнього, постановка цілей та побудова планів у новій реальності забезпечується в межах когнітивно-поведінкового підходу. Доведено, що навіть сам страх війни може викликати тривалу тривогу та депресію. Такі дані були отримані дослідниками в Німеччині у травні 2022 року (третій місяць повномасштабної війни Росії проти України). Війна в Україні є безпрецедентною та викликає страх поширення війни на територію інших європейських держав, що має значний вплив на психічне здоров'я німецького населення (Hajek et al., 2022). Діти, які пережили війну та вимушене переміщення, демонструють широкий спектр можливих реакцій на дистрес та

стрес, таких як специфічні страхи, залежна поведінка, тривалий плач, відсутність інтересу до навколишнього середовища, психосоматичні симптоми та агресивна поведінка (Pfeiffer et al., 2019).

Група колумбійських та іспанських вчених підтвердила вплив досвіду збройного конфлікту на результати психічного здоров'я поза межами загальноприйнятих норм (жертва чи колишній комбатант). Результати досліджень показують, що люди з високим рівнем досвіду збройного конфлікту мають вищу ймовірність розвитку тривожних розладів, ризику самогубства або посттравматичного стресового розладу, а також підвищену когнітивну емпатію (тобто вимір фантазій). У своїй роботі вчені також розглядають ефективні втручання та впровадження стратегій психічного здоров'я не лише на національному рівні, але й на рівні громади (Trujillo et al., 2021).

Українські дослідники стверджують, що війна мала величезний вплив на психічне здоров'я працездатного населення. Найбільш вираженими проблемами психічного здоров'я персоналу організацій у воєнних умовах є здатність протистояти стресу, далі йдуть проблеми зі здатністю здійснювати професійну діяльність (забезпечувати її ефективну організацію та продуктивність) і, нарешті, йдуть проблеми зі здатністю налагоджувати стосунки з людьми (Карамушка, 2022).

Багато дослідників стверджують, що травматичний досвід війни та його вплив на психічне здоров'я впливає на всіх (військових, населення з територій бойових дій та населення з усієї території). Відповідно, українці, які вже два роки живуть в умовах війни, потребують системної турботи про психічне здоров'я як на рівні держави, так і на рівні окремих громад. Тому ми вважаємо актуальною темою дослідження розвиток системи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки для всіх верств населення.

2.2. Нарративно-експозиційна терапія як метод збереження психічного здоров'я у військовий час

Умови повномасштабної війни в Україні створили безпрецедентний виклик для системи психічного здоров'я населення. Тривалий вплив стресу, втрат, насильства та вимушеного переміщення призводить до збільшення кількості випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги та депресії серед широких верств населення. У зв'язку з цим існує нагальна потреба у впровадженні ефективних психотерапевтичних підходів, які можуть сприяти адаптації, внутрішньому відновленню та збереженню психічного здоров'я.

Наративна терапія була розроблена у 1980-х роках терапевтами М. Вайт та Д. Епстоном. Це відносно новий підхід до психотерапії, який передбачає розмову клієнта з терапевтом про свій життєвий досвід, аналіз його з підтримуючої та переосмислюючої точки зору. Цей підхід унікальний тим, що зосереджується на людях як експертах у власному житті та розглядає проблеми окремо від самої людини. Наративна терапія прагне змінити проблемний наратив на більш продуктивний або здоровий. Часто це робиться шляхом призначення людині ролі оповідача у власній історії (White, Epston, 1990).

Контекстуалізація специфічних асоціативних елементів травми, сенсорних, емоційних та когнітивних спогадів про травму допомагає зрозуміти та обробити спогади про травматичну подію в процесі життя клієнта. Таким чином, клієнт за допомогою терапевта будує хронологічну розповідь історії свого життя, зосереджуючись на травматичному досвіді. Фрагментовані фрагменти травматичного досвіду перетворюються на зв'язний наратив. Терапевт заохочує клієнта говорити про досвід травматичного стресу: про емоції, думки, сенсорну інформацію, фізіологічні реакції. Терапевт заохочує клієнта переживати ці емоції, не втрачаючи зв'язку з «тут і зараз». Постійно нагадуючи клієнту, що почуття та фізіологічні реакції виникають в результаті спогадів, терапевт пов'язує цей досвід з епізодичними фактами, тобто з часом і місцем події. Таким чином, полегшується обробка подій, переосмислення, формування значень та їх інтеграція (Schauer et al., 2020).

Наративна експозиційна терапія (НЕТ) має низку суттєвих переваг, особливо в умовах війни та масової травматизації. Ось ключові з них: адаптація до контексту війни, ефективність при посттравматичному стресовому розладі, повернення суб'єктивності, осмислення травматичного досвіду, гнучкість та доступність, зменшення стигми, можливість навчання спеціалістів.

НЕТ була розроблена спеціально для роботи з людьми, які пережили військові конфлікти, тортури, переслідування або примусове переміщення. Метод зосереджений на розповіді особистих історій та їх реконструкції, що особливо важливо для жертв війни (Hall-Clark et al., 2019). Дослідження підтверджують, що НЕТ ефективна в лікуванні посттравматичного стресового розладу, тривожних розладів та депресії, зокрема серед біженців та військовослужбовців. Її ефективність була доведена в різних культурних контекстах, включаючи кризові регіони (Neuner, Elbert, Schauer, 2020). Завдяки створенню наративу клієнт переосмислює події та відновлює контроль над власним життям. Це допомагає зменшити почуття безсилля та відновити почуття власної гідності (Elbert, Schauer, Neuner, 2022). Метод дозволяє людині включити травматичний досвід у власну біографію як частину цілісної життєвої історії, а не як фрагмент, що її руйнує. Це сприяє інтеграції досвіду та подоланню симптомів дисоціації. НЕТ можна використовувати як індивідуально, так і в групах. Метод не потребує складного технічного обладнання, що робить його придатним навіть у польових умовах або з обмеженими ресурсами. Оскільки НЕТ побудований навколо історії, він часто сприймається як менш стигматизуючий, ніж деякі інші методи психотерапії. Це особливо важливо в культурних контекстах, де звернення до психолога ще не є поширеним явищем. Метод має чіткий протокол і дозволяє швидко навчати нових спеціалістів, що є критично важливим в умовах зростаючого попиту на психологічну допомогу.

Наративно-експозиційна терапія, як сучасний напрямок у психологічному втручанні, демонструє перспективність саме в контексті травматичного досвіду, оскільки дозволяє людині структурувати власну історію, переосмислити свій досвід, відновити суб'єктивність та внутрішній контроль над подіями.

Дослідження ефективності цього методу в українських реаліях є особливо актуальним, оскільки він відповідає викликам часу, сприяє розвитку системи психологічної допомоги та формує основу для створення національної моделі терапії травм.

2.3. Ресурсний підхід до збереження психічного здоров'я

Незважаючи на зростаючу увагу до теми психічного здоров'я в Україні, питання практичного впровадження ресурсного підходу у систему психологічної допомоги, освіти та соціального супроводу досі залишається фрагментарним. Відсутність системної інтеграції ресурсно-орієнтованих програм у державну політику, низький рівень обізнаності фахівців про специфіку підходу, а також обмеженість інституційної підтримки – це лише частина бар'єрів, які ускладнюють ефективну реалізацію потенціалу цього напрямку. Таким чином, виникає необхідність наукового осмислення теоретичних засад, методологічних підходів та практичних механізмів застосування ресурсного підходу для збереження і відновлення психічного здоров'я громадян України в умовах суспільної кризи.

Кондратюк С. М. у своїх працях стверджує про значущість ресурсності особистості для повноцінного функціонування психологічного здоров'я (Кондратюк, 2022). Теорія ресурсності розробляється та застосовується на Заході вже майже чотири десятиліття. Концепція ресурсності стосується здатності ефективно використовувати внутрішні (особисті) та зовнішні (соціальні) ресурси. Таким чином, вона охоплює два виміри застосування навичок (наприклад, особисту ресурсність та соціальну ресурсність) (Lai, 2021). Науковці стверджують, що ресурсність важлива для запобігання депресії та зміцнення психічного здоров'я. Визначено три теоретичні виміри ресурсності: самоконтроль, самокерування та самоефективність (Zauszniewski, 1995).

Українська науковиця Музичко Л. у результаті емпіричних розвідок виявила, що резильєнтність осіб, які переживають тривалий стрес, взаємопов'язана з психологічною ресурсністю. Встановлений факт дає розуміння, що «для

плекання резильєнтності особистості практичним психологам при наданні допомоги клієнтам, які потерпають від наслідків тривалого стресу, важливо зосередитися на роботі з їхньою самооцінкою з метою посилення впевненості у собі, а також ресурсною складовою особистості з метою підвищення обізнаності людини щодо власних ресурсів, вироблення вміння їх використовувати та відновлювати» (Музичко, 2023: 33).

Про обґрунтованість твердження про психологічну ресурсність як основу психоемоційного здоров'я особистості стверджує українська дослідниця Кічук А. В. Зокрема це підтверджують значущі коефіцієнти кореляції між показниками психоемоційного здоров'я та показниками психологічної ресурсності. Дослідниця стверджує, що параметр «віра в добро» доцільно осмислювати як ресурс, що впливає на психоемоційне здоров'я (Кічук, 2021).

Також наукові розвідки здійснюються у напрямку вивчення окремих аспектів відновлення психологічних ресурсів особистості. Наприклад, дослідження природи як ресурсу психологічного відновлення (Трибулькевич, 2024) або особливості відновлення ресурсів у різних вікових чи професійних категорій (Ojio et al., 2021; Мірошніченко, Косигіна, 2024). Також є свідчення про існування взаємозв'язку соціальної підтримки та психічного здоров'я, яке продемонструє обґрунтованість ідей та проектів підтримки психічного здоров'я та благополуччя під час війни шляхом підвищення соціальної згуртованості громади (Kostruba & Kostruba, 2024).

Здійснений огляд теоретичних і емпіричних досліджень засвідчує, що ресурсний підхід є ключовою парадигмою у забезпеченні ефективної підтримки та відновлення психічного здоров'я індивідів в умовах підвищеного психосоціального навантаження. Акцент на виявленні, мобілізації та розвитку внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості — таких як соціальна підтримка, емоційна стійкість, когнітивні стратегії подолання, сенс життя тощо — сприяє підвищенню психологічної опірності, зниженню рівня дистресу та формуванню адаптивних моделей реагування на стресові впливи. З позицій інтегративного підходу, ресурсне забезпечення психічного здоров'я розглядається як динамічний

процес, що потребує міждисциплінарної взаємодії, індивідуалізованих інтервенцій і контекстуального аналізу. Таким чином, ресурсний підхід не лише посилює ефективність психопрофілактичних та реабілітаційних програм, а й створює методологічну основу для формування сталих практик психічного благополуччя в суспільстві.

2.4. Релігійність особистості як ціннісна основа психологічної стійкості та збереження психічного здоров'я

У багатьох дослідженнях копінг-стратегій релігія постає як фактор, який може сприяти самоконтролю, впливає на те, як обираються плани та цілі, а також визначає та сприяє розвитку компетенцій у наборі саморегульованих форм поведінки (Pargament et al., 2000; McCullong and Willoughby, 2009).

Найсучасніші дослідження релігійних копінг-стратегій іспанських та італійських дослідників J. Torralba, L. Oviedo та M. Canteras у результаті емпіричних розвідок виявили, що позитивний ефект на життя людини від релігійної віри існує, але він є досить помірним, щоб використовуватись як провідна стратегія подолання. Також достатньо важко виокремити і розмежувати поняття релігійних, світських, священних, надприродних і природних стратегій подолання. А релігійне подолання та пошук сенсу перед труднощами настільки тісно пов'язані, що їх потрібно вивчати в одному кластері (Torralba, et al., 2021).

Дуже детально релігійність і духовність особистості як підтримувальну стратегію дослідила група англійських науковців O. Ozcan, M. Hoelterhoff, E. Wylie. Вчені стверджують про дієвість такої стратегії через низку чинників, серед яких: ідентичність, прийняття і соціальна підтримка спільноти (Ozcan, Hoelterhoff, Wylie, 2021). Ідентифікація як віруючої чи духовної особи, дотримуючись при цьому своїх цінностей, є значною підтримкою для особистості. Це переконання розвивається в рамках терапії прийняття та зобов'язань (АСТ) (Hayes et al. 2006). Втеча від емоцій, думок та спогадів – це «один із найбільш патологічних процесів, відомих (як) ... уникнення досвіду ... навіть тоді, коли спроба зробити це завдає психологічної шкоди" (Hayes, 2004:

649-650). Відповідно, практикуючи свою віру та духовність, людина отримує можливість прийняти та переробити ці емоції, думки та спогади, замість того, щоб уникати досвіду. Це може зменшити психологічну шкоду (Hayes et al. 2006). Соціальна підтримка позитивно впливає на психічне здоров'я, наприклад, через регулярну спільну духовну практику (Hill and Pargament 2003), яка з часом може підвищити психологічну стійкість (Comoretto et al. 2015). Хоча релігійність та соціальна підтримка не обов'язково позитивно корелюють один з одним у світських контекстах (Kvande et al. 2015), але відчуття учасників, що вони «захищені» та підтримувані як частина молитовних або медитаційних спільнот має значний позитивний ефект як стратегія подолання.

Сучасна релігія, і відповідно релігійність особистості, трансформується у зв'язку із розвитком інформаційних технологій. Релігія, хоч і є догматичним, проте змінюється, щоб залучити нових вірян та розширити свою мережу впливу. Відповідно виникає нове явище – медіарелігійності особистості. Про необхідність розвитку індустрії телепсихіатрії, телепсихології та підтримки через телефонні або відеозасоби, де працюють досвідчені фахівці з психічного здоров'я, стверджує багато науковців (Stefana et al., 2020). Особливості відеоконсультації психотерапевтів у період кризи є предметом детального вивчення (Haun et al., 2020). Вчені говорять про важливість духовної підтримки для подолання хвороб та складних життєвих обставин (Chirico, Nucera, 2020).

Деякі вчені стверджують, що релігія та медіарелігія загалом дає речі, які корисні для здоров'я та благополуччя, включно з соціальною підтримкою, екзистенційним сенсом, відчуттям мети, цілісної системи переконань і чітким моральним кодексом (Amissah, Nyarko, 2020; Hood et al., 2018; Tajbakhsh, 2021). Але ці переваги також можуть надходити з інших джерел, адже релігія формується її соціальним контекстом таким чином, що впливає на її соціальну роль. Релігія не є панацеєю, коли йдеться про покращення здоров'я. Роль релігії в здоров'ї необхідно розглядати в широкому контексті, а саме в тому, як культура впливає на релігійні прояви духовності особистості (Eckersley, 2007).

Медіарелігійні особистості мають стабільне психічне здоров'я, що найчастіше проявляється і підтримується соціальним благополуччям, яке передбачає схильність до відчуття успішного функціонування в соціумі, можливість зробити важливий внесок для суспільства, наявність відчуття приналежності до певної соціальної групи (Коструба, 2022).

Отже, здійснений теоретичний аналіз релігійності особистості як ціннісної основи психологічної стійкості та збереження психічного здоров'я демонструє велику кількість досліджень, що підтверджують такий взаємозв'язок. Проте, науковці наголошують, що такий вплив опосередкований багатьма чинниками, одним із яких є культура.

2.5. Соціальна підтримка як чинник психічного здоров'я в умовах війни

Дослідження стверджують, що соціальна підтримка є основним інструментом для зміцнення психічного здоров'я. Дослідження американських науковців передбачало оцінку зв'язку між соціальною підтримкою та психічним здоров'ям серед вибірки студентської молоді. Рівень соціальної підтримки вимірювався за допомогою багатовимірної шкалою сприйнятої соціальної підтримки. Результати показали, що молодь з нижчою соціальною підтримкою, має більший ризик проблем із психічним здоров'ям (в шість разів більшу ймовірність виникнення симптомів депресії порівняно зі студентами з високою соціальною підтримкою) (Hefner & Eisenberg, 2009). Взаємозв'язок між фізичним і психічним здоров'ям та соціальною підтримкою досліджували у Канаді на вибірці з 220 молодих людей. Результати підтвердили існування позитивного зв'язку між різними джерелами підтримки та рівнями психічного благополуччя та здоров'я (London-Nadeau, et al., 2023). Дослідження впливу соціальної підтримки на психічне здоров'я у Китаї під час спалаху COVID-19 показало, що серед підлітків із помірним або низьким рівнями соціальної підтримки значно більша поширеність проблем психічного здоров'я (Qi et al., 2020). Схожі результати виявили дослідники при вивченні молодого покоління (Hu et al., 2022).

Група іспанських науковців виявила, що сприйнята соціальна підтримка впливає на психічне здоров'я старшого вікового покоління і є важливою для посилення психічного благополуччя (Muñoz-Bermejo et al., 2020). Дослідження реалізоване у цій же віковій категорії з використанням даних CLHLS за 2018 рік, продемонструвало, що формальна соціальна підтримка загалом підвищила показники здоров'я представників старшого віку, а неформальна соціальна підтримка позитивно вплинула на психічне здоров'я (Xie et al., 2022). Висновки дослідників також свідчать про те, що формальна та неформальна соціальна підтримка позитивно впливає на психічне здоров'я хворих на рак (Zhu, 2024).

На психічне здоров'я людини має значний вплив сім'я як соціальна ланка (An et al., 2024). Навіть уявна підтримка сім'ї значно покращує емоційне благополуччя людини. Виходячи з теорії соціальної підтримки, позитивне, сприятливе сімейне середовище, там де піклуються про кожного члена соціальної групи забезпечує базові потреби людини у безпеці, любові і прийнятті (Stoddard-Bennett et al., 2023). Емоційна підтримка, розуміння та прийняття членами сім'ї допомагають людям подолати тривогу, стрес та інші емоційні проблеми (Eisenberg et al., 1997). Заохочуючи відкрите спілкування з використанням активного слухання та демонструючи емпатію, сім'я стає сприятливим середовищем, де є безпека для вираження емоцій та пошуку розради (Harris, 1994). Сімейні зв'язки можуть передбачати не лише найближчих родичів, але й бути ширшими і поширюватися на громаду. Загалом, якщо людина переконана у наявності сімейної підтримки це значною мірою підвищує соціальне благополуччя (Addae, Kühner, 2022).

Група нідерландських науковців досліджуючи довготривалі ризики для психічного здоров'я військових, які беруть участь у бойових і миротворчих місіях, підкреслюють важливість соціальної підтримки після повернення додому та її потенціал для запобігання довгостроковим проблемам психічного здоров'я (van der Wal, Geuze, & Vermetten, 2023).

Дослідники пропонують інтегративну модель соціальної підтримки, в основі якої існує ідея про те, що соціальна підтримка може зменшити страждання

за допомогою трьох різних напрямків: емоційний стан (наприклад, зниження афекту), оцінка подій (наприклад, позитивна оцінка) і поведінка, релевантна ситуації (наприклад, застосування конструктивних стратегій подолання) (Feeney & Collins, 2015). Психосоціальний конструкт, який узгоджується з цими трьома напрямками це майндфулнес (як когнітивна здатність до усвідомленості поточного моменту) (Feldman et al., 2007; Wilson et al., 2020). І вона також пов'язана з більшою соціальною підтримкою (Wilson et al., 2022).

2.6. Система послуг з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у закладі вищої освіти

Послуги з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) у закладі вищої освіти (ЗВО) - це невід'ємна складова загальнодержавної системи охорони психічного здоров'я, що забезпечує інтеграцію психосоціальної та психологічної допомоги у загальну систему вищої освіти України. Існує багато перешкод інтеграції програм ПЗПСП в освіту, проте науковці підтверджують довгострокову цінність створення безпечного та захисного навчального середовища, яке сприяє та інтегрує підходи до психічного здоров'я та благополуччя. Створення ефективної системи ПЗПСП у закладі вищої освіти є важливим завданням, яке потребує комплексного підходу: залучення всіх учасників освітнього процесу; чітке визначення ролей та функцій; забезпечення конфіденційності й доступності послуг; постійний розвиток та вдосконалення системи (Nemiro et al., 2022). Дослідження ставлення молоді до послуг ПЗПСП в освіті свідчать про позитивне сприйняття послуг психосоціальної підтримки серед учнів, підкреслюючи важливість персоналізованої підтримки, яка враховує індивідуальні потреби. Учасники відзначили покращення академічної успішності, самоефективності та загального психічного здоров'я (Olatunbosun, Jacob, Pillay, 2024).

Розглядаючи розвиток послуг ПЗПСП у ЗВО, науковці виділяють різні пріоритети (Nemiro et al., 2022; Olatunbosun, Jacob, Pillay, 2024; Alijonovna, 2024; Zbitnieva, Chaban, Omelyanovich, 2024; Hyseni, Davis, Hamiti, 2023), якщо

узагальнити їхні погляди, то можна визначити основні стратегічні напрями розвитку послуг з ПЗПСП у ЗВО:

- Формування здорового освітнього середовища (створення в закладах освіти атмосфери підтримки, взаєморозуміння та поваги, де кожен учасник освітнього процесу почувається безпечно та комфортно).
- Підвищення психологічної грамотності (психоемоційне навчання, плекання резильєнтності; знання та навички для підтримки ментального здоров'я, навички першої психологічної допомоги).
- Профілактика психічних розладів (раннє виявлення та профілактика психічних розладів серед здобувачів освіти).
- Розвиток соціально-емоційних навичок (розвиток таких важливих навичок, як емпатія, асертивна комунікація, саморегуляція, які є необхідними для успішної адаптації до життя).
- Підтримка науково-педагогічних та педагогічних працівників (подолання стресу та запобігання емоційному/професійному вигоранню).
- Промоція ментального здоров'я (психологічні інформаційно-просвітницькі заходи, підтримка існуючих у державі комунікаційних кампаній).
- Перенаправлення до інших ланок допомоги (неформальні простори у громаді, заклади охорони здоров'я, соціального захисту тощо).
- Подолання стигми у сфері психічного здоров'я.

Система послуг з ПЗПСП у ЗВО передбачає залученість:

- ректора, який здійснює стратегічне керівництво та координацію системи психосоціальної підтримки в закладі вищої освіти й забезпечує інтеграцію послуг у загальну стратегію розвитку університету;
- підрозділи ЗВО, які безпосередньо надають послуги ПЗПСП (центри ментального здоров'я, центри психологічної підтримки, відділи управління освітньо-виховною та гуманітарною роботою з молоддю, відділи молодіжної політики тощо);
- підрозділи ЗВО, які забезпечують неформальну психологічну підтримку (студентське самоврядування, молодіжні простори, волонтерські та спортивні

об'єднання, мистецькі колективи та ін.) та створюють атмосферу підтримки та взаємодопомоги, де студенти можуть почуватися комфортно та безпечно.

- науково-педагогічні, педагогічні працівники, куратори академічних груп, які є першою ланкою контакту зі здобувачами освіти, сприяють створенню підтримуючого середовища, можуть надавати першу психологічну допомогу, та, у разі потреби, переспрямовувати до відповідних фахівців.

Викладений в основних діях, принцип інтеграції ПЗПСП в освіту та освіту полягає в необхідності зміцнення традиційних навчальних середовищ, щоб вони більше реагували на потреби дітей у захисті, навчанні, розвитку та добробуті. Це вимагає інвестицій у соціальне та емоційне благополуччя вчителів та їх професійний розвиток для розвитку їхньої здатності створювати цілісні, креативні та адаптивні навчальні середовища, які заохочують як дітей, так і вчителів до процвітання (Nemiro et al., 2022).

В Україні уже існують успішні практики впровадження послуг ПЗПСП у ЗВО. Наприклад, у Бердянському державному педагогічному університеті (Бурназова, Юдіна, 2024). Успішно розбудовується система послуг ПЗПСП у Волинському національному університеті імені Лесі Українки, що ґрунтується на тісній співпраці різних структурних підрозділів ЗВО (психолог у відділі молодіжної політики та соціальної роботи, Центру ментального здоров'я, Центру ментального благополуччя, Інклюзивного хабу тощо) та співпраці із зовнішніми стейкхолдерами (Центр життєстійкості, КП "Волинський обласний госпіталь ветеранів війни" тощо).

В умовах академічної автономії, заклади вищої освіти мають право самостійно визначати організаційні моделі психологічної підтримки, включаючи створення центрів, лабораторій та інших підрозділів, а також адаптувати їхні напрями діяльності до специфічних потреб та завдань закладу освіти.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1 Опис вибірки та обґрунтування методів дослідження

Дослідження проходило в декілька етапів. Перший етап дослідження - теоретико-методологічний. На даному етапі був проведений підбір джерел інформації, вивчена і проаналізована література з проблематики дослідження. Це дозволило виявити основні наукові підходи визначення поняття «психологічна стійкість», «резильєнтність», розглянути підходи до вивчення феномену психологічної стійкості, дослідити його складові та чинники.

Другий етап дослідження – методичний. На даному етапі був розроблений інструментарій дослідження (набір методик), який дозволяє вивчити психологічні основи психологічної стійкості молоді в умовах війни.

Методологічну базу дослідження склали такі методики: методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях Н. Ендлер, Дж. Паркер (1990 р.), методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» Савченко, О., Калюк, О. (2022 р.), опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак (2014 р.), психометричний аналіз адаптованої версії шкали резильєнтності (cd-risc-10, п'ятифакторний опитувальник особистості tipi (tipi-ukr).

Третій етап – дослідницький. На даному етапі проводилося опитування учасників дослідження щодо їхньої поведінки в копінг-стресових ситуаціях, когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя, оцінки стабільності психічного здоров'я, резильєнтності та психологічних рис особистості. Варто зазначити, що одним з основних викликів в проведенні даного дослідження була необхідність проводити його дистанційно, в онлайн-форматі. У зв'язку з несприятливими умовами внаслідок війни в Україні та продовженням воєнного стану на території нашої країни, тому було прийняте рішення про проведення опитування у онлайн-форматі через платформу Google Forms.

Дозвіл на проведення опитування серед студентів Волинського національного університету імені Лесі Українки буде надано Комітетом з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології.

Учасники мали можливість пройти онлайн-опитування у зручний для них час, без відволікання від навчального процесу, за допомогою будь-якого гаджету. Перед початком дослідження було отримано персональну згоду кожного учасника на добровільній основі, яка була розміщена найпершою у переліку запитань у Google Forms, таким чином, лише після відмітки про добровільну згоду учасник зміг пройти опитування далі. Також у цій формі, було проінформовано про дотримання принципу конфіденційності та нерозголошення особистих даних учасників. Всі психологічні дані залишились анонімними, а особисті дані заховані і зберігаються в захищеній паролем базі даних, до якої мають доступ тільки дослідники, задіяні у цьому дослідженні.

Дослідження було проведено під супервізією Коструби Наталії Сергіївни - доктора психологічних наук, доцента кафедри загальної та клінічної психології, заступника декана з наукової роботи факультету психології.

Четвертий етап - заключний. Зроблено аналіз отриманих в ході опитування даних, методами математичної статистики, зокрема процедури описової статистики, кореляційного аналізу та методу обрахунку кореляційних зв'язків Пірсона та Н-критерій Крускала—Уоллеса.

П'ятий етап - розробка тренінгової програми розвитку психологічної стійкості молоді в умовах війни та її апробація.

Для оцінки копінг-стратегій особистості, які є важливими для подолання стресу, була використана методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях, розроблена Н. Ендлер, Дж. Паркер у 1990 році. Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях вивчає особливості реакцій особистості на стресові ситуації та визначає домінуючі копінг-стратегії. Учасникам дослідження пропонувалось відповісти на 48 запитань методики, обравши відповіді від 1 (ніколи) до 5 (найчастіше). Ключовим засобом

вимірювання методики дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях виступає суб'єктивна оцінка досліджуваного.

З метою вивчення когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя учасників дослідження була використана методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» Савченко, О., Калюк, О. (2022 р.). Дана методика призначена для вимірювання когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя за допомогою 20 тверджень, які оцінюються за 5-ти бальною шкалою. Вона включає 3 субшкали, які дозволяють виміряти три незалежні аспекти задоволеності життя, а саме: «Задоволеність власним життям», «Невдоволеність собою і розчарування в житті» та «Задоволеність відносинами з іншими».

Для оцінки стабільності психічного здоров'я досліджуваних та частоти переживання ними ознак психологічного, соціального та суб'єктивного благополуччя, був використаний опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак). Студентам пропонувалось оцінити від 0 (ніколи) до 5 (кожен день) 14 тверджень щодо їхнього самопочуття протягом останніх двох тижнів, задля діагностики загального рівня психічного здоров'я.

Також для виявлення резильєнтності особистості досліджуваних було використано психометричний аналіз адаптованої версії шкали резильєнтності (cd-risc-10). За допомогою якого ми дослідили стійкість особистості досліджуваних. Опитуваним було запропоновано 10 тверджень, які необхідно оцінити за 5-ти бальною шкалою Лайкерта, в діапазоні від 0 (ніколи) до 4 (завжди).

В ході дослідження, нами був використаний п'ятифакторний опитувальник особистості *tipi* (*tipi-ukr*) для виявлення і вимірювання психологічних рис особистості. Опитувальник пропонує список із 10 тверджень, на які досліджуванні повинні відповісти цифрою, де 1- абсолютно не згоден, а 7- абсолютно згоден. Дана методика дає нам можливість виявити і виміряти глибинні психологічні риси особи. Ця методика включає в себе такі шкали, як:

екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду.

Для статистичної обробки даних було використано методи математичної статистики, зокрема процедури описової статистики, кореляційного аналізу та методу обрахунку кореляційних зв'язків Пірсона та Н-критерій Крускала-Уоллеса.

Експериментальну базу дослідження склали студенти закладів вищої освіти Волинської області. В опитуванні загалом взяло участь 50 осіб, студентів 1-6 курсів, Волинського національного університету імені Лесі Українки, Луцького національного технічного університету, Фахового коледжу технологій, бізнесу та права ВНУ імені Лесі Українки та Волинського фахового коледжу Національного університету харчових технологій, віком 18-24 роки.

Вибірка дослідження включає в себе 50 % осіб жіночої статі та 50 % чоловічої. Щодо вікового розподілу респондентів дослідження, у ньому взяли участь 66 % осіб віком 18 років, 10 % - 19 років, студентів віком 20 років – 8 %, 21 років – 2 %, а віком 22 роки 8 %, 2% віком 23 роки та 4% - 24 роки. З них у Волинському національному університеті імені Лесі Українки навчається 86 % опитуваних, 10 % - у Луцькому національному технічному університеті та по 2% респондентів навчаються у Фаховому коледжі технологій, бізнесу та права ВНУ імені Лесі Українки та Волинському фаховому коледжі Національного університету харчових технологій.

3.2. Аналіз отриманих результатів дослідження психологічної стійкості молоді

Для вивчення особливостей реакцій молоді на стресові ситуації та визначення домінуючих копінг-стратегій нами було використано методiku дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях, яка розроблена Н. Ендлер, Дж. Паркер та адаптована Т.А Крюковою. Респондентам пропонувалось оцінити перелік із 48 тверджень, які являють собою список різних реакцій на стресові ситуації за шкалою від 1 до 5 балів. Методика аналізується за такими шкалами:

- копінг, орієнтований на вирішення завдання;
- копінг, орієнтований на емоції;
- копінг, орієнтований на уникнення;
- субшкала відволікання;
- субшкала соціального відволікання.

Отже, за отриманими в ході дослідження результатами, які представлені у відсотковому значенні на рисунку 3.1, бачимо, що домінуючою копінг-стратегією для молоді є «орієнтація на вирішення завдання» – 30% серед респондентів.

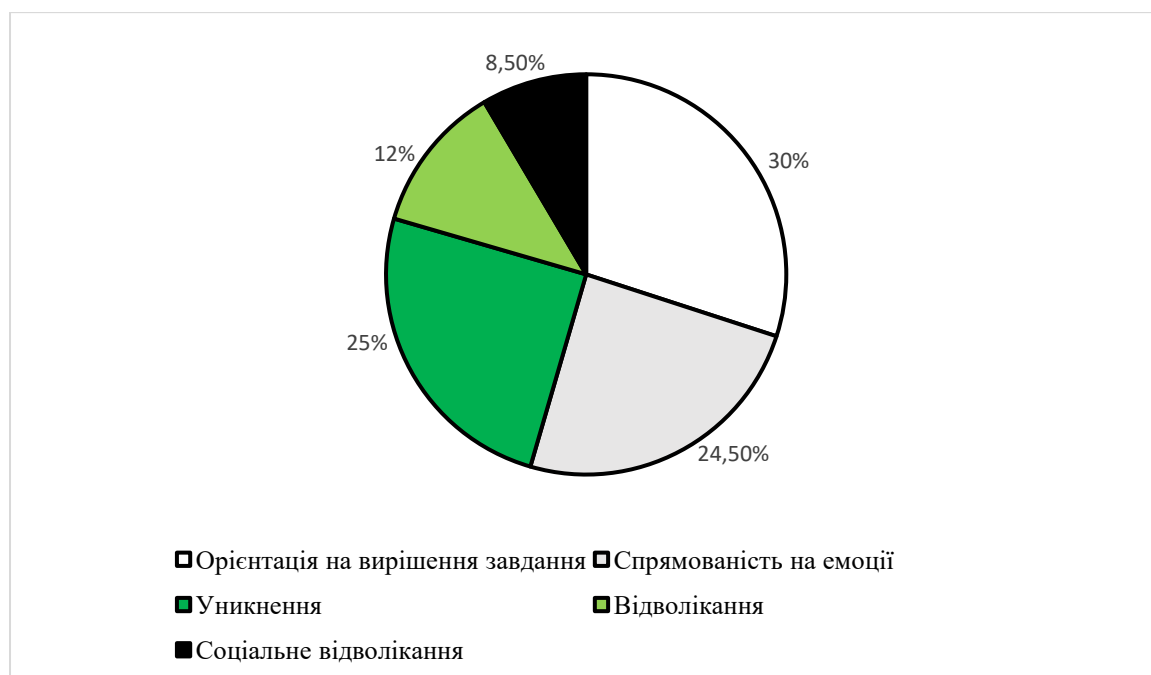


Рис. 3.1. Загальні результати дослідження копінг- поведінки молоді за шкалами у % значенні

Ця стратегія є адаптивним видом копіngu, коли ситуації оцінюються як мінливі, при цьому зосередженість зберігається, а емоції контролюються, це свідчить про те, що для них характерно, стикаючись з будь-якою проблемою, перш за все зосереджується на ній та думати, як її можна вирішити. Опитувані намагаються використовувати всі наявні у них особисті ресурси для того, щоб знайти способи ефективного вирішення проблеми. Наступна копінг-стратегія, яку використовують досліджувані, під час стресових ситуацій є «уникнення» - серед 25% опитуваних, які використовують дану копінг-стратегію. Дана

стратегія дає можливість швидкого зниження емоційної напруги в ситуації стресу, однак унеможлиблює розв'язання проблеми та посилює вірогідність накопичення труднощів. Тому, респондентів можна охарактеризувати як тих, які намагаються уникнути контакту з навколишньою дійсністю та втекти від вирішення проблеми або ж намагаються різними шляхами відволіктися від проблеми, що виникла, не думати про неї, що є характерним для сучасного стану українців. Такою ж поширеною є і копінг-стратегія «спрямованість на емоції» - 24,5%. Вона вважається вторинним адаптивним стилем контролю, коли ситуації оцінюються як незмінні, а в довгостроковій перспективі можуть посилити депресію та тривогу. Досліджувані, які використовують цю спрямованість схильні занурюватись у свій біль та страждання, звинувачувати себе за те, що опинились в такій ситуації, за нерішучість, за те, що не знають як правильно вчинити. Опинившись в стресовій ситуації, такі люди не знають, що робити, «заморожуються», і через це дуже турбуються, відчувають нервові напруження та роздратування. Менш застосовуваними стратегіями є «відволікання» - 12% та «соціальне відволікання» - 8%.

Отже, найбільш виражена копінг - поведінка у досліджуваних це «орієнтація на вирішення завдання», а найменш притаманною є «соціальне відволікання». Отримані результати свідчать про те, що для молоді найбільш характерною є активна поведінкова стратегія, застосовуючи яку людина прагне використовувати особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми. У молоді спостерігається прагнення до використання раціональних, адаптивних копінг-стратегій, які допомагають індивіду пережити стресову для нього ситуацію зі збереженням психологічного благополуччя та безпеки особистості. Наявність у поведінковому репертуарі молоді стратегій конструктивної поведінки підвищує позитивний потенціал, сприяє формуванню впевненості у своїх силах, розвитку почуття компетентності та власної цінності, веде до становлення вольових якостей. У найширшому плані стратегії конструктивної поведінки забезпечують життєстійкість особистості до важких ситуацій у діяльності, здатність зберегти себе як цілісну особистість.

Для дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя молоді нами була запропонована методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» Савченко, О., Калюк, О. (2022 р.), призначена для вимірювання когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя. Методика пропонує респондентам оцінити 20 тверджень за 5-ти бальною шкалою Лайкерта (5 – повністю погоджуюсь, 4 – частково погоджуюсь, 3 – важко визначитись, 2 – частково не погоджуюсь, 1 – повністю не погоджуюсь). Вона включає 3 субшкали, які дозволяють виміряти три незалежні аспекти задоволеності життя, а саме: «Задоволеність власним життям», «Невдоволеність собою і розчарування в житті» та «Задоволеність відносинами з іншими», а також загальний рівень задоволеності життям.

Опрацювання та інтерпретація результатів діагностичного вимірювання когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя молоді, демонструє результати, які представлені на рисунку 3.2.

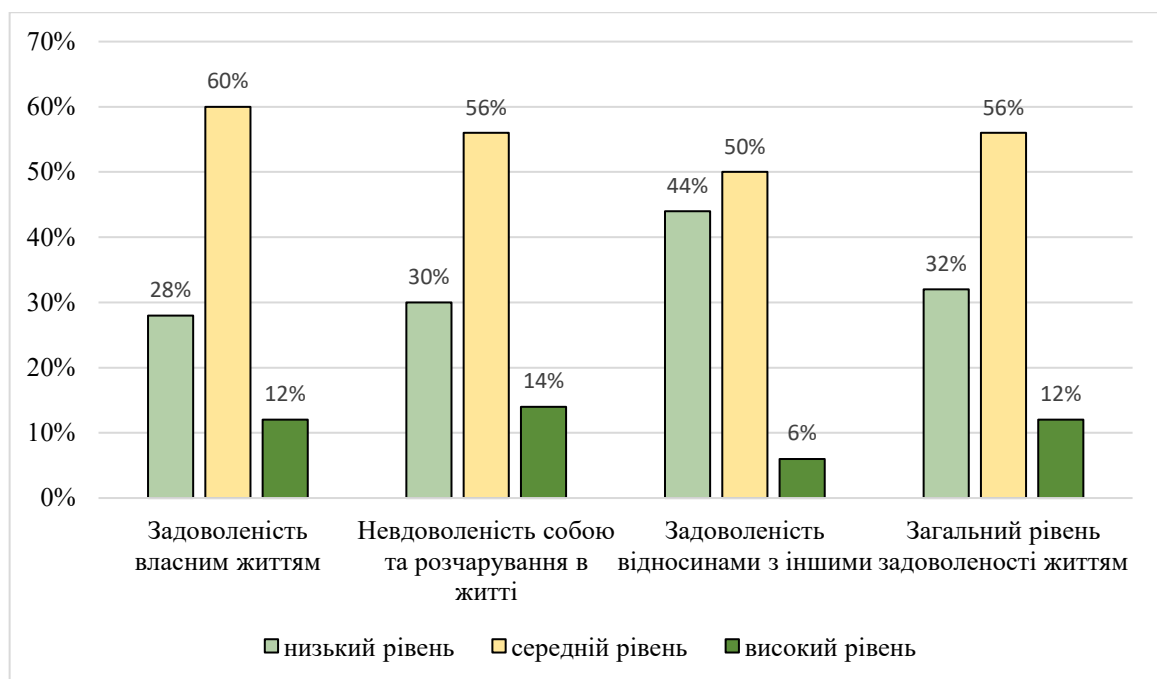


Рис. 3.2. Розподіл результатів дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3) молоді у % значенні за рівнями

Отже, бачимо, що серед вибіркової сукупності дослідження домінує середній рівень виявлення суб'єктивного благополуччя. Визначено, що у вибірці досліджуваних загальний високий рівень вияву задоволеності життям виявлено тільки у 12 % молоді, середній – у 56 % осіб, низький – у 32 %. Низька

вираженість загального рівня задоволеності життям у студентів засвідчує те, що реальні умови життя у воєнні часи позначаються на них. Вони вважають свої життєві умови як не комфортні та недостатньо безпечні для реалізації власних цілей та намірів. Молоді люди прагнуть отримати допомогу та підтримку від інших людей.

Також бачимо, що серед студентів лише 12 % мають високу задоволеність власним життям, 60 % – посередню, а 28 % – низьку. Тобто можна стверджувати, що більше половини осіб невдоволені умовами свого життя й прагнуть його змінити. Установлено, що 14 % студентів відчують високу невдоволеність собою й розчаровані у житті, що вказує на наявність у них негативних переживань та ознак категоричного мислення. Також 56 % досліджуваних отримали посередні показники, за шкалою, а 30 % – зазначили про низьку вираженість за шкалою. Низькі показники є свідченням реалістичного оцінювання власних ресурсів, що сприяють можливості із задоволенням і вчасно досягати поставлених цілей. У них не виникає негативних переживань, і вони насолоджуються досягнутим. Нами констатовано, що у 6 % студентів наявний низький рівень задоволеності відносинами з іншими через те, що їм важко вибудовувати довготривалі довірливі стосунки з іншими, навчаючись і спілкуючись дистанційно. Вони прагнуть змінити формат спілкування, коли відчуватимуть безпеку та комфорт. У 50% діагностовано середній рівень задоволення відносинами з іншими, а низький рівень – у 44%.

Таким чином, можна стверджувати, що на рівень когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя у студентів значний вплив має війна в країні. Вони прагнуть змінити умови власного життя. Водночас вони навчилися реалістично оцінювати власні ресурси та відчують задоволення від власних досягнень.

Отже дана методика дала нам можливість уточнити як структуру суб'єктивного благополуччя, так і особливості її переживання молоддю в умовах війни.

Для оцінки стану стабільності психічного здоров'я досліджуваних та визначення у них можливих наявних психічних відхилень, спричинених кризовою ситуацією в умовах війни, а також частоти переживання ними ознак психологічного, соціального та гедонічного благополуччя, був використаний опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак). Опитувальник передбачає операціоналізацію феномену «психічного здоров'я» у термінах частоти переживання ознак психологічного, соціального та гедонічного благополуччя. Саме такий підхід до феномену психічного здоров'я ґрунтується на уявленні того, що у психічно здорових індивідів не лише відсутні психічні розлади, але і притаманне відчуття задоволення від життя, вони демонструють ознаки позитивного функціонування, тобто вважають себе як психологічно благополучні й соціально адаптовані. Даний опитувальник пропонує 14 питань, котрі складають 3 шкали: гедонічного, соціального та психологічного благополуччя. Респондентам пропонувалось оцінити від 0 (ніколи) до 5 (кожен день) 14 тверджень щодо їхнього самопочуття протягом останніх двох тижнів, задля діагностики загального рівня психічного здоров'я. Дані, отримані в результаті нашого дослідження представлені на рисунку 3.3.

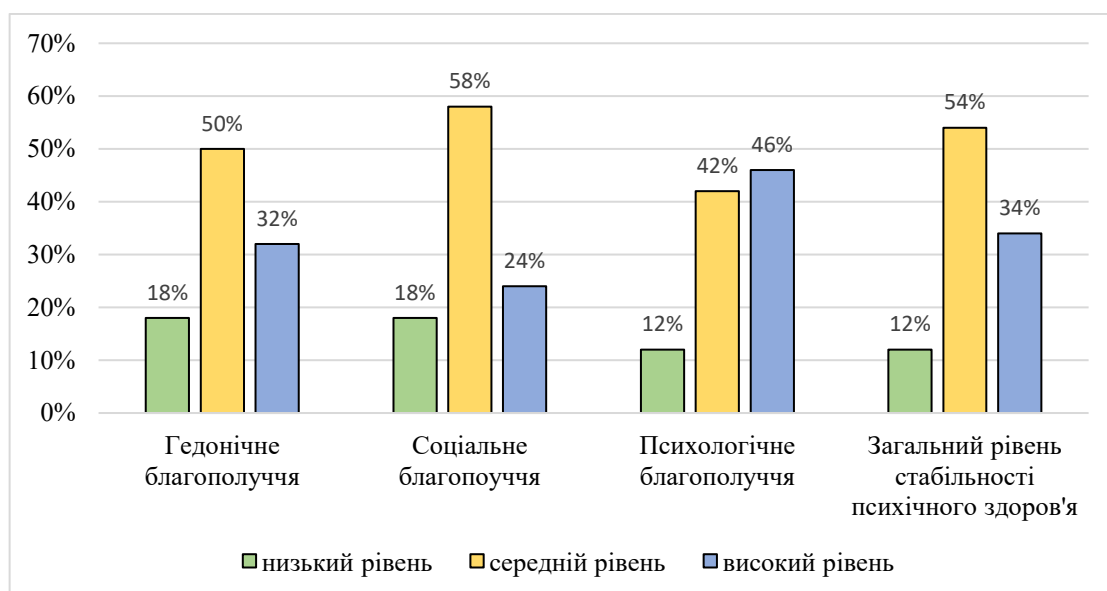


Рис. 3.3 Показники стабільності психічного здоров'я за шкалами («Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак))

Таким чином, аналізуючи отримані, в ході опитування, загальні показники стабільності психічного здоров'я молоді за даною методикою, бачимо, що серед опитуваних 12% з низьким показником стабільності психічного здоров'я, натомість середній показник визначено у 54 %, в свою чергу респондентів з високим показником стабільності психічного здоров'я діагностовано 34%. Це свідчить про те, що студентська молодь має переважно позитивні емоційні стани, певною мірою є незалежними від оточуючого середовища, мають внутрішні ресурси протистояти негативному впливу, є успішними у протидії соціальним викликам, що є важливим у психічному здоров'ї людини.

Аналізуючи отримані результати за шкалами методики, бачимо, що за шкалою «гедонічне благополуччя» лише 18% опитуваних демонструють низький рівень, натомість 50% - середній, а 32% - високий. Тобто, отримані результати демонструють, що більшості респондентам притаманне відчуття щастя у житті, інтерес до життя та задоволеність ним, вони здатні справлятися із переживанням негативних подій, особливо в умовах війни, а також зберігати позитивний емоційний стан.

За шкалою «соціальне благополуччя» бачимо, що переважаючим є середній рівень, діагностований у 57% молоді, меншими є показники низького рівня та високого, 18% і 24% відповідно. Таким чином, бачимо, що більша частина опитуваних відкрита соціальному досвіду, готова до соціалізації, побудови довірливих та підтримуючих стосунків з іншими, здатна сприймати своє коло оточення та відчувати себе його частиною, що дає можливість зробити власний соціальний внесок у це середовище, успішно протидіяти соціальним викликам, що є важливо в аспекті психічного здоров'я людини.

Відповіді респондентів за шкалою «психологічне благополуччя» свідчать, що більшість опитуваних мають високий рівень – 46% та середній – 42% і лише у 12% діагностовано низький рівень. Тобто, переважна більшість студентів відчуває задоволення власним життям, самоцінність та внутрішню гармонію.

Таким чином, ми визначили, що у більшості студентів стабільне психічне здоров'я, визначене, за методикою, в термінах динаміки проживання

особистістю відповідних психічних станів, що відображають рівень задоволеності/незадоволеності людини життям, а також психологічним і соціальним благополуччям. Переважаючий середній рівень стабільності психічного здоров'я молоді проявляється у цілісному, реалістичному погляді на життя, відкритості до нового досвіду, безпосередності і природності переживань. Це свідчить про задоволеність респондентами життям в цілому, психологічне благополуччя та оптимістичне світовідчуття не зважаючи на умови військових дій у країні.

Наступним кроком дослідження була робота на визначення рівня резильєнтності молоді, нами була використана Шкала резильєнтності (cd-risc-10). Одновимірний варіант шкали є достатньо інформативним і складається із 10 тверджень. Результати представлені на рисунку 3.4.

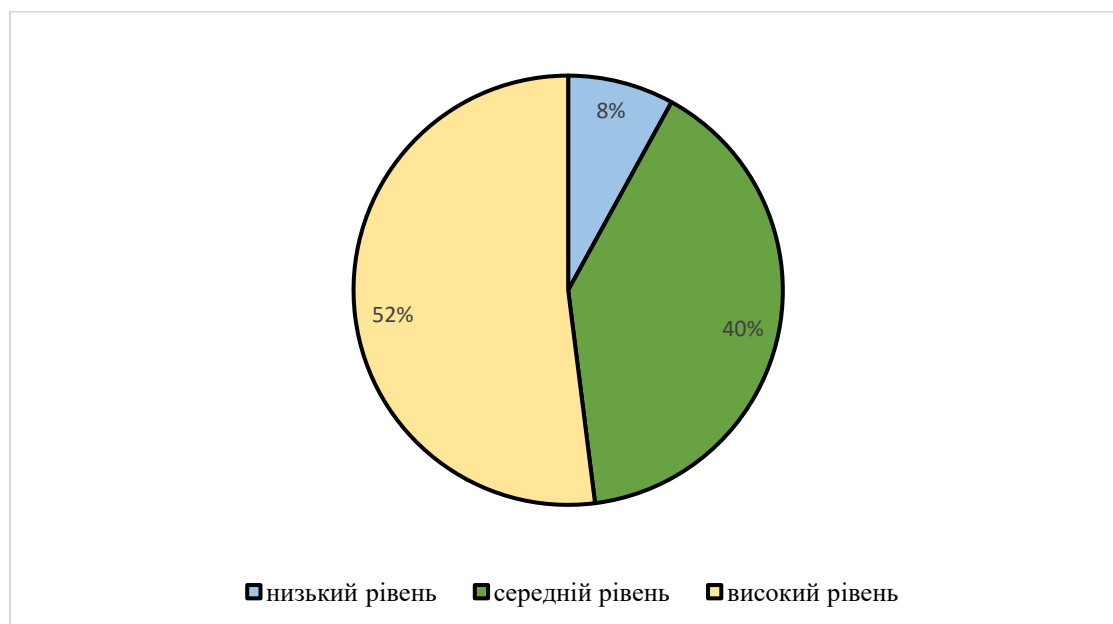


Рис. 3.4. Розподіл результатів дослідження за методикою «Шкала резильєнтності (cd-risc-10)»

Аналізуючі отримані результати за методикою оцінки рівня резильєнтності молоді, бачимо, що серед більшості респондентів переважає високий рівень резильєнтності, а саме 52%, 40% - демонструють середній рівень, респондентів із низьким рівнем резильєнтності – 8%.

Інтерпретація отриманих значень за рівнями резильєнтності засвідчують високу здатність студентів адаптуватися до змін, продовжувати розвиватися

і навчатися в складних життєвих ситуаціях, актуалізувати власні ресурси та відновлюватися після несприятливих умов.

Також у нашому емпіричному дослідженні на останньому етапі опитування ми використали методику «П'ятифакторний опитувальник особистості тірі» в адаптації М. Кліманської, І. Галецької, що складається з 10 тверджень, які досліджувані повинні оцінити за шкалою від 1 до 7 балів, де 1 - абсолютно не згоден, а 7 - абсолютно згоден. Дана методика дає нам можливість виявити і виміряти глибинні психологічні риси особистості за допомогою психометричних шкал: «екстраверсія», «дружелюбність», «добросовісність», «емоційна стабільність» та «відкритість новому досвіду». Це найбільш загальні характеристики, що дозволяють отримати повні та всебічні характеристики особистості. Отримані середні показники результатів дослідження за кожною із шкал продемонстровані на рисунку 3.5.

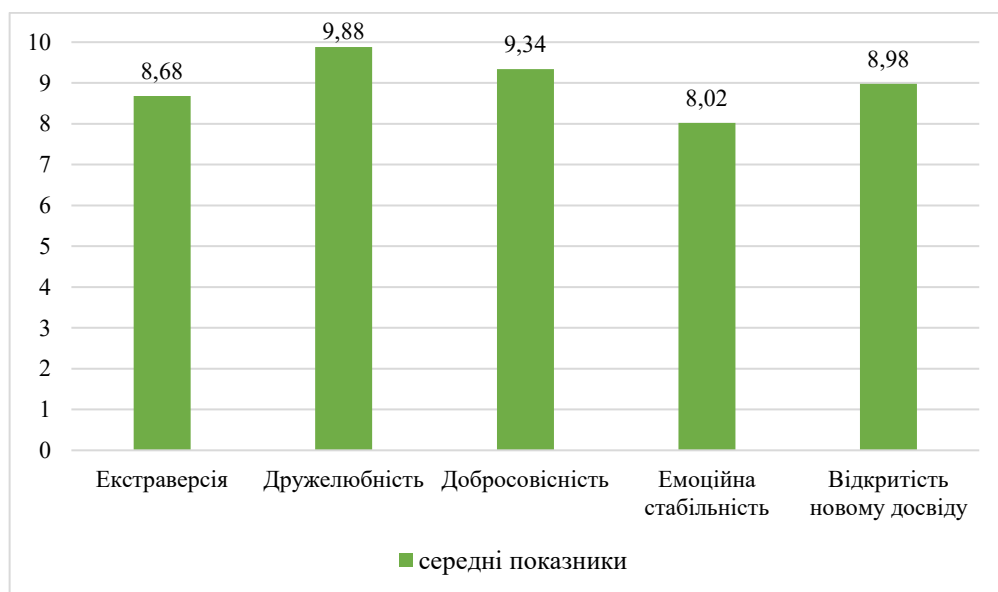


Рис. 3.5. Середні показники результатів дослідження за методикою «П'ятифакторний опитувальник особистості тірі» в адаптації М. Кліманської, І. Галецької

Розгляньмо середні показники шкал за методикою «П'ятифакторний опитувальник особистості тірі» в адаптації М. Кліманської, І. Галецької на рисунку 2.2. Порівнюючи середні показники за шкалами методики, бачимо, що у студентської молоді домінує «дружелюбність» - 9,88 балів. Це характеризується багатством і яскравістю емоційних проявів, природністю і

невимушеністю поведінки, готовністю до співпраці, чуйного, уважного ставлення до людей, доброти і м'якосердя. Такі особи товариські, мають багато близьких друзів, а в дружбу дбайливі, чуйні, теплі у відносинах, завжди виявляють жваву участь у долі своїх товаришів, знають про їхні переживання, радощі і турботи. Друге місце посідає «добросовісність» - 9,34 бали. Добросовісні люди, як правило, працьовиті і надійні. Якщо довести до крайності, вони також можуть бути «трудоголіками», перфекціоністами, і компульсивними у своїй поведінці. Дещо менше – «відкритість новому досвіду» - 8,98 балів. Студенти прагнуть шукати нового особистого досвіду і творчо уявляють своє майбутнє, відкриті для переживань, мають плавні стосунки зі своєю уявою, цінують мистецтво та естетику та відповідають своїм емоціям та почуттям оточуючих. А також дещо меншими є показники за шкалою «екстраверсія» - 8,68 балів. Такі результати пояснюють знижену схильність молоді до соціальної взаємодії, енергійність, активність, а також переживання позитивних емоцій, можемо припускати, що для них характерними є сором'язливість, надання переваги бути самотнім, уникнення соціальних активностей.

За отриманими результатами, спостерігаємо найменші показники за шкалою «емоційна стабільність» - 8,02 бали. Отримані низькі бали за цією шкалою можуть бути пов'язані зі станом дезадаптації, тривожністю, втратою контролю над потягами, вираженою дезорганізацією поведінки.

Отже, було встановлено, що з п'ятифакторної моделі рис особистості найбільш виражена у студентської молоді «дружелюбність», що свідчить про готовність до співчуття, лагідність, скромність та прихильність до інших і готовність допомогти. Респондентам характерна відповідальність, розсудливість та надійність, водночас трудоголізм, схильність підтримувати порядок і перфекціонізм.

Натомість, аналізуючи показники «емоційної стабільності», що стосується здатності молоді до емоційної адаптації, долаття стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини, незадоволення, розгубленості, низький показник свідчить – про

високий нейротизм, меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором'язливість та розгубленість у присутності інших, переживання страху і напруги. Це є характерними рисами для сучасного стану молоді, враховуючи умови повномасштабної війни, в яких вони проживають вже майже 2 роки.

Для ґрунтового аналізу особливостей резильєнтності молоді в умовах війни, та виявлення її взаємозв'язку з особливостями особистості (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях), нами був застосований метод обрахунку кореляційних зв'язків Пірсона.

Так, для аналізу взаємозв'язку психологічної стійкості молоді та копінг поведінки у стресовій ситуації нами був застосований метод обрахунку кореляційних зв'язків Пірсона. Таким чином, було виявлено статистично значимі взаємозв'язки психологічної стійкості та копінг-стратегій молоді (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Аналіз взаємозв'язку психологічної стійкості та копінг-стратегій

	Психологічна стійкість
Орієнтація на вирішення завдань	0,548**
Спрямованість на емоції	-0,385**
Уникнення	0,107
Відволікання	-0,119
Соціальне відволікання	0,224

Примітка: ** рівень статистичної значущості ($p < 0,01$).

Аналізуючи отримані статистично значущі коефіцієнти кореляції психологічної стійкості та копінг-стратегій молоді, бачимо, що статистично значимий позитивний взаємозв'язок психологічної стійкості існує із копінг-стратегією орієнтація на вирішення завдань ($r = 0,548$; $p < 0,01$) та обернений статистично значущий зв'язок із копінг-стратегією спрямованість на емоції ($r = -0,385$; $p < 0,01$).

Отримані результати свідчать про те, що молоді люди із високим рівнем психологічної стійкості у стресових ситуаціях схильні обирати копінг-стратегію

орієнтовану на вирішення завдань. Тобто, вони використовують активну поведінкову стратегію, прагнучи використовувати особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми, які допомагають індивіду пережити стресову для нього ситуацію зі збереженням психологічного благополуччя та безпеки особистості. Тобто, психологічна стійкість допомагає людям краще справлятися із викликами та завданнями у стресових ситуаціях. І навпаки, молодь із низьким показником психологічної стійкості не схильні використовувати конструктивну поведінку орієнтовану на вирішення завдань, що знижує позитивний потенціал, сприяє формуванню невпевненості у своїх силах. Також, із отриманих статистично значущих показників оберненої кореляції із копінг-стратегією спрямованості на емоції, можемо зробити висновок, що студенти із високим показником психологічної стійкості можуть менше використовувати копінг-стратегію спрямованості на емоції у випадку стресових ситуацій. Тобто, молодь із високими показниками психологічної стійкості у ситуації стресу не оцінює її як незмінну, не схильна занурюватись у свій біль та страждання, звинувачувати себе за те, що опинились в такій ситуації, за нерішучість, за те, що не знають як правильно вчинити. Навпаки, схильні більше покладатися на стратегії раціонального розв'язання проблем, ніж вираження емоцій.

Також нами було досліджено взаємозв'язок когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя молоді та психологічної стійкості. Отримані статистично значущі результати представлені в табл. 3.2.

З отриманих статистично значущих показників бачимо рівень статистичної значущості психологічної стійкості існує із задоволеністю власним життям ($r=0,628$; $p<0,01$), задоволеністю відносинами з іншими ($r=0,613$; $p<0,01$) та загальним рівнем задоволеності життям ($r=0,565$; $p<0,01$).

**Аналіз взаємозв'язку когнітивних особливостей суб'єктивного
благополуччя та психологічної стійкості**

	Психологічна стійкість
Задоволеність власним життям	0,628**
Невдоволеність собою та розчарування в житті	0,090
Задоволеність відносинами з іншими	0,613**
Загальний рівень задоволеності життям	0,565**

Примітка: ** рівень статистичної значущості ($p < 0,01$).

Отримані результати демонструють, що високі показники психологічної стійкості у молоді пов'язуються із задоволеністю власним життям. Тобто, психологічно стійкі люди задоволені тим, що відбувається в їхньому житті, емоційно позитивно ставляться до життя та для них характерне превалювання різних за інтенсивністю та тривалістю позитивних емоцій, що і формує переживання суб'єктивного благополуччя. Також, статистично значущі позитивні коефіцієнти кореляції демонструють, що психологічно стійкі люди є більш задоволеними відносинами з іншими. Таким чином, індивіди із високими показниками психологічної стійкості задоволені своїм колом спілкування, мають поряд людей, з якими можуть розділити як власні проблеми, так і досягнення, а у відносинах з іншими є достатньо відвертими та щирими, схильні довіряти іншим, розраховують на підтримку оточуючих, оцінюють своє коло спілкування як безпечне та надійне. Також, позитивна кореляція психологічної стійкості існує із загальним рівнем задоволеності життям молоді, тобто вони отримують задоволення від різних аспектів свого життя, сприймають життєві умови як комфортні та безпечні для реалізації своїх цілей та намірів, високо оцінюють свої досягнення, адекватно порівнюючи їх з результатами інших. Також схильні будувати підтримуючі, довірливі та довготривалі стосунки з іншими, а більшість подій, що трапляються у їхньому житті, трактуються ними позитивно, вони впевнені в своїх силах, в можливості отримати допомогу та підтримку від інших. Таким чином, психологічна стійкість може мати

позитивний вплив на задоволеність власним життям, відносинами з іншими та загальним рівнем задоволеності життям.

Також, в ході дослідження, нами було виявлено статистично значимі взаємозв'язки психологічної стійкості молоді та стабільності психічного здоров'я (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Аналіз взаємозв'язку психологічної стійкості молоді та стабільності психічного здоров'я

	Психологічна стійкість
Загальний показник стабільності психічного здоров'я	0,654**
Гедонічне благополуччя	0,476**
Соціальне благополуччя	0,447**
Психологічне благополуччя	0,730**

Примітка: ** рівень статистичної значущості ($p < 0,01$).

Таким чином, виявлено статистично значимі взаємозв'язки психологічної стійкості та загального показника стабільності психічного здоров'я ($r = 0,654$; $p < 0,01$), гедонічного благополуччя ($r = 0,476$; $p < 0,01$), соціального благополуччя ($r = 0,447$; $p < 0,01$) та психологічного благополуччя ($r = 0,730$; $p < 0,01$).

З отриманих результатів бачимо, що люди із високим показником психологічної стійкості демонструють високий рівень стабільності психічного здоров'я. Тобто, молоді люди із високою психологічною стійкістю здатні залишатись певною мірою незалежними від зовнішніх впливів, підтримувати баланс між силою особистісного впливу та чутливістю до впливу навколишнього середовища, зокрема стресових ситуацій в умовах війни, а також переважання позитивних емоцій над негативними. Так, психологічна стійкість має важливе значення для збереження загального рівня психічного здоров'я.

Також бачимо, що існує зв'язок психологічної стійкості із переживанням гедонічного благополуччя, тобто, психологічна стійкість пов'язується із відчуттям щастя у житті, інтересом до життя та задоволеності ним. Так, психологічна стійкість може допомагати людям краще справлятися із переживанням негативних подій, особливо в умовах війни, а також зберігати

позитивний емоційний стан. Такий же значущий позитивний зв'язок психологічної стійкості бачимо із соціальним благополуччям, це пов'язано із відкритістю соціальному досвіду, готовністю до соціалізації, побудови довірливих та підтримуючих стосунків з іншими, сприйняття свого кола оточення та відчуття себе його частиною, що дає можливість зробити власний соціальний внесок у це середовище, успішно протидіяти соціальним викликам, що є важливо в аспекті психічного здоров'я людини. Також, як бачимо, психологічна стійкість пов'язана із переживанням психологічного благополуччя, що вказує на те, що люди із вищим показником психологічної стійкості можуть відчувати більше задоволення власним життям, краще себе почувати психологічно, відчувати самоцінність та внутрішню гармонію.

І навпаки, низькі показники психологічної стійкості пов'язуються із значно нижчими рівнями стабільності психічного здоров'я, а відповідно і гедонічного, соціального та психологічного благополуччя.

Також нами було виявлено кореляційний зв'язок психологічної стійкості та психологічних рис особистості. Результати представлені в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Аналіз взаємозв'язку психологічних рис особистості та психологічної стійкості

	Психологічна стійкість
Екстраверсія	0,183
Дружелюбність	0,355**
Добросовісність	0,431**
Емоційна стабільність	0,392**
Відкритість новому досвіду	0,659**

Примітка: ** рівень статистичної значущості ($p < 0,01$)

Аналізуючи отримані статистично значущі позитивні коефіцієнти кореляції психологічної стійкості та психологічних рис особистості демонструють, що статистично значущий взаємозв'язок психологічної стійкості існує із такими рисами особистості, як дружелюбність ($r = 0,355$; $p < 0,01$), добросовісність ($r = 0,431$; $p < 0,01$), емоційна стабільність ($r = 0,392$; $p < 0,01$) та

відкритість новому досвіду ($r = 0,659$; $p < 0,01$). Таким чином, психологічна стійкість пов'язується із дружелюбністю, що свідчить про вираженість у молоді чутливості та зацікавленості щодо інших, альтруїстичних, дружніх та емпатійних якостей на противагу відсутності довіри та прагнення співпраці, нездатності до співчуття і схильності до конкурентного ставлення. Також існує зв'язок із такою рисою як добросовісність, що стосується мотивації та наполегливості у ставленні людини до цілей та дій, про відповідальність, розсудливість та надійність. Отримані показники демонструють наявність зв'язку психологічної стійкості із емоційною стабільністю, що означає здатність контролювати і долати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості чи страху, здатності до емоційної адаптації, додання труднощів, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини, незадоволення, що є оптимальним для збереження психічного здоров'я в умовах війни. Також, бачимо значущі показники психологічної стійкості та відкритості новому досвіду, що свідчить про наявність жвавого інтересу до усього, креативність, розвиненість уяви, нетрадиційність, водночас незалежність суджень у прийнятті рішень.

3.3. Відмінності у особистісних характеристиках молоді за рівнем психологічної стійкості

Для виявлення статистично значимих відмінностей у діагностичних показниках психологічної стійкості студентів із різним рівнем резильєнтності (високий, середній та низький) ми вираховували Н-критерій Крускала—Уоллеса. Отримані результати дають змогу стверджувати про існування статистично значимих відмінностей між групами ($p < 0,05$), що відображені у додатку Б.

Так, статистично значимі відмінності між групами виявлені за копінг-стратегіями, зокрема, орієнтація на вирішення завдань ($H = 11$; $p < 0,01$) та спрямованість на емоції ($H = 7,41$; $p < 0,05$). Результати представлені у таблиці 3.5.

Відмінності копінг-стратегій у групах з різним рівнем резильєнтності

№	Показник	Рівень резильєнтності	Середнє рангів, R
1	Орієнтація на вирішення завдань ($H=11,17$; $p<0,01$)	Низький	21,00
		Середній	17,88
		Високий	32,06
2	Спрямованість на емоції ($H=7,41$; $p<0,05$)	Низький	42,00
		Середній	27,38
		Високий	21,52
3	Уникнення ($H=0,89$; $p<0,64$)	Низький	31,88
		Середній	25,55
		Високий	24,48
4	Відволікання ($H=4,65$; $p<0,097$)	Низький	35,13
		Середній	28,70
		Високий	21,56
5	Соціальне відволікання ($H=2,15$; $p<0,340$)	Низький	31,38
		Середній	22,08
		Високий	27,23

З отриманих статистично значимих показників відмінності за копінг стратегією орієнтація на вирішення завдань демонструють, що найбільше її застосовує у стресових ситуаціях група із високим рівнем резильєнтності ($R=32,06$; $p<0,01$), дещо рідше група із низьким рівнем ($R=21,00$; $p<0,01$), а найменш притаманною дана копінг-стратегія є для групи із середнім рівнем резильєнтності ($R=17,88$; $p<0,01$). Натомість, протилежні результати отримані за копінг-стратегією спрямованість на емоції, зокрема, група із високим рівнем резильєнтності демонструє найнижчі показники ($R=21,52$; $p<0,05$), група із середнім рівнем - ($R=27,38$; $p<0,05$), а найбільше схильні використовувати цей копінг студенти із низьким рівнем резильєнтності - ($R=42,00$; $p<0,05$).

Таким чином, можемо стверджувати, що студенти із різним рівнем резильєнтності схильні різним чином ставитись та підходити до проблем, які виникли, стикнувшись із стресовими подіями чи труднощами в житті, зокрема, найбільш психологічно стійкі студенти обирають орієнтацію на вирішення завдань, натомість найменше використовують спрямованість на емоції і навпаки.

Також, статистично значимі відмінності між групами виявлені за показниками когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя, які представлені у таблиці 3.6.

**Відмінності когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя у
групах з різним рівнем резильєнтності**

№	Показник	Рівень резильєнтності	Середнє рангів, R
1	Задоволеність власним життям (H=18,43; p<0,001)	Низький	5,63
		Середній	19,38
		Високий	33,27
2	Невдоволеність собою та розчарування в життя (H=2,98; p<0,226)	Низький	35,13
		Середній	22,15
		Високий	26,59
3	Задоволеність відносинами з іншими (H=17,11; p<0,001)	Низький	6,25
		Середній	19,65
		Високий	32,96
4	Загальний рівень задоволеності життям (H=15,46; p<0,001)	Низький	4,25
		Середній	21,25
		Високий	32,04

Зокрема, бачимо, що існують відмінності у задоволеності власним життям (H=18,43; p<0,001), так, середні ранги свідчать про те, що найбільшу задоволеність власним життям демонструє група студентів із високим рівнем психологічної стійкості (R=33,27; p<0,001), дещо меншу група із середнім рівнем психологічної стійкості (R=19,38; p<0,001), а найменші показники у групі із низьким рівнем стійкості (R=5,63; p<0,001).

Також відмінності існують між групами за показниками задоволеністю відносинами з іншими (H=17,11; p<0,001) і показують, що група із високим рівнем психологічної стійкості більшою мірою задоволена відносинами з іншими (R=32,96; p<0,001), натомість група із середнім рівнем є менш задоволеною (R=19,65; p<0,001), найменші показники прослідковуються у групі із низьким рівнем психологічної стійкості (R=6,25; p<0,001).

Відмінності у показниках у групах виявлені і в загальному рівні задоволеності життям (H=15,46; p<0,001). Так, бачимо, що найбільший загальний рівень задоволеності життям демонструє група із високим рівнем резильєнтності (R=32,04; p<0,001), дещо менший рівень характерний для групи із середнім рівнем психологічної стійкості (R=21,25; p<0,001), а найменш задоволені власним життям виявились студенти із групи з низьким рівнем резильєнтності (R=4,25; p<0,001).

Таким чином, отримані результати дозволяють висвітлити, що особи із високим рівнем резильєнтності, і, отже, з вищим рівнем когнітивних особливостей психологічного благополуччя, виявляють суттєві відмінності в порівнянні із тими, хто має низький чи середній рівень резильєнтності.

Також статистично значимі відмінності між групами виявлені за показниками стабільності психічного здоров'я та переживанням гедонічного, соціального та психологічного благополуччя. Результати порівняння представлені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Відмінності стабільності психічного здоров'я у групах з різним рівнем резильєнтності

№	Показник	Рівень резильєнтності	Середнє рангів, R
1	Загальний показник стабільності психічного здоров'я (N=18,06; p<0,001)	Низький	5,25
		Середній	19,65
		Високий	33,12
2	Гедонічне благополуччя (N=12,94; p<0,01)	Низький	9,25
		Середній	20,25
		Високий	32,04
3	Соціальне благополуччя (N=8,01; p<0,05)	Низький	9,63
		Середній	22,78
		Високий	30,04
4	Психологічне благополуччя (N=20,51; p<0,001)	Низький	4,13
		Середній	19,20
		Високий	33,63

Так, отримані статистичні показники демонструють, що відмінності існують у загальному показнику стабільності психічного здоров'я (N=18,06; p<0,001). Так, найбільша стабільність психічного здоров'я притаманна для групи із високим рівнем психологічної стійкості (R=33,12; p<0,001), середні показники демонструє група із середнім рівнем психологічної стійкості (R=19,65; p<0,001), а найменшу стабільність психічного здоров'я виявлено у групи із низьким рівнем (R=5,25; p<0,001).

Також виявлені відмінності між групами у переживанні гедонічного благополуччя (N=12,94; p<0,01), так, найбільше переживання гедонічного благополуччя притаманне для групи із високим рівнем резильєнтності (R=32,04;

$p<0,01$), дещо менше для групи із середнім рівнем ($R=20,25$; $p<0,01$), а найменш для студентів із групи з низьким рівнем резильєнтності ($R=9,25$; $p<0,01$).

Такі ж відмінності виявлено між групами із різним рівнем резильєнтності в переживанні соціального благополуччя ($H=8,01$; $p<0,05$) та психологічного благополуччя ($H=20,51$; $p<0,001$) відповідно.

Отже, визначивши статистичну значущість отриманих результатів, можемо стверджувати, що рівень резильєнтності впливає на загальний показник стабільності психічного здоров'я особистості, як демонструють результати, особи із високим рівнем резильєнтності мають суттєво вищий загальний показник стабільності психічного здоров'я порівняно із тими, хто має низький чи середній рівень резильєнтності. Така ж закономірність виявлена і в особливостях переживання гедонічного, соціального та психологічного благополуччя студентів.

Таблиця 3.8

Відмінності рис особистості у групах з різним рівнем резильєнтності

№	Показник	Рівень резильєнтності	Середнє рангів, R
1	Екстраверсія ($H=2,25$; $p<0,324$)	Низький	20,25
		Середній	22,83
		Високий	28,37
2	Дружелюбність ($H=3,92$; $p<0,141$)	Низький	20,75
		Середній	21,43
		Високий	29,37
3	Добросовісність ($H=6,39$; $p<0,05$)	Низький	11,00
		Середній	23,30
		Високий	29,42
4	Емоційна стабільність ($H=4,79$; $p<0,091$)	Низький	15,50
		Середній	22,40
		Високий	29,42
5	Відкритість новому досвіду ($H=15,79$; $p<0,001$)	Низький	11,13
		Середній	18,50
		Високий	33,09

За рисами особистості також виявлені статистично значимі відмінності між групами студентів із різним рівнем резильєнтності. Так, бачимо відмінності у вираженості таких рис як добросовісність ($H=6,39$; $p<0,05$) та відкритість новому досвіду ($H=15,79$; $p<0,001$). Аналізуючи отримані статистично значимі відмінності за рисою добросовісність, бачимо, що найбільше вона виражена у

групи із високим рівнем резильєнтності ($R=29,42$; $p<0,05$), також непогано виражена у студентів із групи з середнім рівнем резильєнтності ($R=23,30$; $p<0,05$), а найменш притаманна третій групі, яка демонструє низький рівень психологічної стійкості ($R=11,00$; $p<0,05$). Щодо наступної відмінності, бачимо, що найбільше відкриті новому досвіду є студенти із групи з високим рівнем резильєнтності ($R=33,09$; $p<0,001$), дещо менше виражена риса є у групі із середнім рівнем ($R=18,50$; $p<0,001$). У студентів третьої групи із низьким рівнем резильєнтності виявлено найменш виражену рису відкритість новому досвіду ($R=11,13$; $p<0,001$).

Таким чином, отримані результати порівняння підкреслили статистичну значущість отриманих даних, що підтверджує те, що рівень резильєнтності пов'язаний із рисою особистості – добросовісність. Так, отримані показники дозволяють нам глибше розуміти взаємозв'язок між резильєнтністю та добросовісністю, адже, особи із вищим рівнем резильєнтності можуть краще пристосовуватись до стресових подій, що є актуальним у воєнних умовах сьогодення. Такі особи виявляють більшу гнучкість та вміння вирішувати проблеми, проявляти моральні принципи та дотримуватись їх у взаємодії з оточенням. Також, можемо стверджувати, що студенти із високим рівнем резильєнтності схильні краще адаптовуватись до змін та приймати нові виклики життя, вони готові до нових обставин та здобуття нових навичок, що є важливим для швидкого реагування під час стресових подій в умовах війни.

Отже, в ході емпіричного дослідження, нами було досліджено домінуючі копінг-стратегії молоді в умовах стресових ситуаціях. Так, виявлено, що найбільш вираженою копінг - поведінкою є «орієнтація на вирішення завдання», а найменш притаманною їм виступає «соціальне відволікання». За отриманими результатами дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя молоді, було виявлено, що серед вибіркової сукупності дослідження домінує середній рівень виявлення суб'єктивного благополуччя. На рівень когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя значний вплив має війна в країні. Респонденти прагнуть змінити умови власного життя.

Водночас навчилися реалістично оцінювати власні ресурси та відчують задоволення від власних досягнень. Нами було досліджено, що у більшості студентів стабільне психічне здоров'я, визначене, в термінах динаміки проживання особистістю відповідних психічних станів, що відображають рівень задоволеності/незадоволеності людини життям, а також психологічним і соціальним благополуччям. Переважаючий середній рівень стабільності психічного здоров'я молоді проявляється у цілісному, реалістичному погляді на життя, відкритості до нового досвіду, безпосередності і природності переживань. Також отримані результати за методикою оцінки рівня резильєнтності молоді, засвідчили те, що серед більшості респондентів переважає високий рівень резильєнтності, а саме 52%, 40% - демонструють середній рівень. Це підкреслює здатність молоді адаптуватися до змін, продовжувати розвиватися і навчатися в складних життєвих ситуаціях, актуалізувати власні ресурси та відновлюватися після несприятливих умов. Нами було встановлено, що з п'ятифакторної моделі рис особистості найбільш вираженою у студентської молоді є «дружелюбність», що свідчить про готовність до співчуття, лагідність, скромність та прихильність до інших і готовність допомогти. Найменш вираженою є «емоційна стабільність», що стосується здатності молоді до емоційної адаптації, долаття стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій. Так, низький показник свідчить про меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором'язливості та розгубленості у присутності інших, переживання страху і напруги, що є характерними рисами для сучасного стану молоді, враховуючи умови повномасштабної війни.

Також, нами було виявлено позитивні кореляційні взаємозв'язки психологічної стійкості із копінг-стратегією орієнтації на вирішення завдання, задоволеності власним життям, задоволеності відносинами з іншими, загальним рівнем задоволеності життям. Отримані кореляційні показники демонструють зв'язок психологічної стійкості із загальним показником стабільності психічного здоров'я, гедонічним, соціальним та психологічним благополуччям особистості, існує зв'язок із такими рисами особистості як дружелюбність, добросовісність,

емоційна стабільність та відкритість новому досвіду та виявлено обернену кореляцію із копінг-стратегією спрямованості на емоції.

Отже, здійснений емпіричний аналіз особливостей у діагностичних показниках психологічної стійкості студентів із різним рівнем резильєнтності (високий, середній та низький) дав можливість виявити відмінності у використанні копінг-стратегій у стресових ситуаціях, у переживанні когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя, стабільності психічного здоров'я та переживання гедонічного, соціального та психологічного благополуччя, а також у рисах особистості. Так, виявлено, що студенти із високим рівнем психологічної стійкості надають перевагу копінг-стратегії орієнтація на вирішення завдань, на протилежність спрямованості на емоції, вони демонструють вищі рівні задоволеності власним життям та відносинами з іншими, а також мають вищі показники стабільності психічного здоров'я. Також, група із високим рівнем резильєнтності проявляє вищі показники у переживанні гедонічного, соціального та психологічного благополуччя, для них характерна добросовісність та більша відкритість новому досвіду, ніж групам із низьким або середнім рівнем резильєнтності.

Таким чином, отримані результати дали нам змогу пояснити чому деякі люди можуть краще адаптуватися до стресових умов війни та підтримувати своє психічне здоров'я, ніж інші, що є важливим аспектом їхнього повноцінного функціонування та збереження психологічного благополуччя.

РОЗДІЛ 4.

ГРАМОТНІСТЬ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

4.1. Ставлення до здоров'я у молоді: крос-культурний аналіз

В умовах швидких соціальних, технологічних та інформаційних змін питання збереження та зміцнення здоров'я молодого покоління набуває особливої важливості. Молодь є майбутнім будь-якої нації, а її фізичне, психічне та соціальне благополуччя безпосередньо впливає на загальний стан здоров'я суспільства. Водночас молодь є однією з найбільш вразливих до шкідливих звичок, стресових факторів, неправильного харчування та малорухливого способу життя.

Сьогодні з'являються нові моделі поведінки, які поєднують інтерес до здорового способу життя з одночасною залученням до ризикованих практик. Цифровізація, соціальні мережі, соціальна нестабільність та вплив масової культури суттєво змінюють уявлення молоді про здоров'я.

Дослідження ставлення молоді до власного здоров'я є надзвичайно актуальним, оскільки воно не лише допомагає виявити сучасні тенденції, але й підтримує розробку ефективних профілактичних програм, освітніх стратегій та соціальних ініціатив, спрямованих на формування культури здоров'я.

Таким чином, вивчення цієї теми є вирішальним кроком до покращення та збереження здоров'я молодих поколінь, що, у свою чергу, позитивно вплине на якість життя суспільства в цілому.

Питання ставлення молоді до здоров'я було в центрі уваги активних академічних досліджень останніми роками. Сучасні дослідження показують, що це явище формується на перетині фізичного, психічного, соціального та цифрового контекстів (Høgstad et al., 2024; Xu et al., 2023; Çinkil, Tural Büyük, 2023; Roşioară et al., 2024).

У дослідженні Н. Høgstad, Н. Kyrrestad, М. Rye, S. Kaiser (2023) було досліджено сприйняття підлітками мобільних програм для психічного здоров'я. Автори виявили, що, незважаючи на загалом позитивне ставлення до таких

інструментів, їх фактичне використання залишалося низьким через бар'єри доступності та мотивації. Ці результати свідчать про те, що мобільні технології охорони здоров'я, адаптовані до потреб молоді, можуть служити ефективними інструментами підтримки психічного благополуччя.

Дослідження Р. Сюй, С. Бао, Л. Ши та Д. Ванга (2023) виявило сильну кореляцію між цифровою грамотністю у сфері охорони здоров'я та готовністю молоді звертатися за допомогою у сфері психічного здоров'я. Результати показали, що підлітки з вищим рівнем грамотності в галузі електронної охорони здоров'я були більш відкритими до профілактичних практик та професійної допомоги. Це підкреслює важливість цифрової компетентності у формуванні відповідального ставлення до здоров'я серед молоді.

Дослідження З. Чінкіла, Е. Турал Бююка (2023) дає уявлення про взаємозв'язок між грамотністю у сфері охорони здоров'я та харчовою поведінкою серед підлітків. Автори показують, що вища обізнаність про принципи здоров'я безпосередньо пов'язана з більш позитивним ставленням до харчування. Це підкреслює важливість інтеграції освіти у сфері охорони здоров'я до шкільних програм для сприяння здоровому способу життя.

Регіональна перспектива представлена у звіті ВООЗ (2024), який охоплює понад 40 європейських країн. У ньому висвітлюється зростання стресу, пов'язаного зі школою, зниження підтримки сім'ї та збільшення емоційного дистресу серед підлітків, особливо дівчат. Ці висновки вказують на необхідність системних змін в освітньому середовищі та розширення програм психосоціальної підтримки.

Латвійське дослідження Н. Безбородова та А. Віллеруси (2024) демонструє, що суб'єктивний стан здоров'я, поведінка, пов'язана зі здоров'ям, та участь у ризикованій поведінці є вирішальними факторами, що впливають на психічне здоров'я підлітків. Їхнє дослідження підкреслює важливість самосприйняття в загальній оцінці здоров'я.

Дослідження єгипетських дослідників показало, що молоді люди мають специфічні потреби у сфері охорони здоров'я. Найчастіше згадуються такі

потреби: психологічна підтримка, медична освіта з різних тем, включаючи репродуктивне здоров'я та захворювання, що передаються статевим шляхом, а також харчування (Abd El-Mawgod et al., 2020).

Дослідження показують, що зміни, спричинені пандемією COVID-19, виявили готовність більшості молодих людей розглянути віртуальні медичні послуги. Канадські дослідники стверджують, що багато молодих людей не отримують таких послуг, незважаючи на своє бажання та клінічну потребу. Щоб задовольнити потреби різноманітної молоді, необхідні різноманітні, ідентифіковані, доступні та технологічно надійні віртуальні послуги, можливо, з можливістю особистого відвідування для деяких молодих людей (Hawke et al., 2020).

Британські вчені зосереджуються на вивченні ставлення та обізнаності щодо психічного здоров'я (Renwick et al., 2024). Основними темами серед молоді були низький рівень усвідомлення та знань про проблеми та захворювання психічного здоров'я, високий рівень стигми та низька довіра до професійних медичних служб, навіть коли їхня ефективність визнана. Найбільш актуальними для дослідження, на думку вчених, є теми громадських втручань у сфері психічного здоров'я, які поєднують освіту та соціальні контакти.

На завершення, у переглянутій літературі підкреслюється багатовимірний характер ставлення молоді до здоров'я, де рівень освіти, доступ до цифрових інструментів, соціальне середовище та особиста мотивація визначають

Усі вони відіграють вирішальну роль. Ці фактори необхідно враховувати під час розробки ефективних програм підтримки здоров'я молоді як на національному, так і на міжнародному рівнях.

Дослідження, що спеціально досліджують міжкультурні ставлення та сприйняття терміна «здоров'я», часто є суперечливими та часто ілюструють труднощі таких наукових досліджень (Michaud et al., 2001). Дослідження ставлення до здоров'я серед британської та саудівської молоді показало, що серед підлітків, які проживають у міських районах, існують нездорові звички, які, здається, є міжкультурним явищем, а саме нездоровий спосіб життя, такий як

збільшення часу, проведеного перед екраном, та нездорові харчові звички (Al-Hazzaa, 2013). Інші дослідження виявили зв'язок між задоволеністю життям та поведінкою, що сприяє здоров'ю, у різних культурних групах. Спільною рисою для всіх груп було те, що відмова від куріння та фізична активність були пов'язані з вищим рівнем задоволеності життям (Grant, Wardle, & Steptoe, 2009).

Отже, метою цієї статті є емпіричний аналіз асоціативних реакцій молоді з України та Конго на поняття «здоров'я».

Загальна вибірка досліджуваної популяції становила 58 осіб. 23 особи з Республіки Конго (14 чоловіків та 9 жінок) та 35 осіб з України (7 чоловіків та 28 жінок). Учасникам дослідження було запропоновано стимул поняття «здоров'я». Для молоді з Конго – французькою мовою, для України – українською. Вік учасників – від 18 до 35 років.

Для емпіричного вивчення отриманих асоціативних відповідей ми використовували програмне забезпечення Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) (Pennebaker, Boyd, Jordan, Blackburn, 2015). Програма LIWC є ефективним методом вивчення емоційних, когнітивних та структурних компонентів, присутніх у зразках усного та письмового мовлення людей. Програма активно використовується вченими для прикладних досліджень (Pennebaker, Chung, Frazee, Lavergne, Beaver, 2014). LIWC містить два блоки – програмне забезпечення та словники. У програму вбудовані англійський та французький словники. Український словник для програми розроблено С. В. Засєкіним (Засєкін, Безуглова, Гапон, Матюшенко, Подольська, Зубчук, 2018).

LIWC дозволяє отримати понад 80 показників за лінгвістичною, психологічною та граматичною шкалами. У дослідженні ми розглядатимемо психологічні та лінгвістичні показники. Більшість змінних LIWC2015 виражені у відсотках від загальної кількості слів.

Для зручності отримані асоціативні реакції були проаналізовані за психологічними категоріями. Показники порівняння асоціативних реакцій на поняття «здоров'я» у молоді з України та Конго за критерієм емоцій наведено в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

**Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у молоді з України та Конго
за критерієм емоцій**

Category	Congo	Ukraine
Affective processes	32.43	4.62
Positive emotion	27.03	3.08
Negative emotion	8.11	0.00
Anxiety	2.70	0.00
Anger	0.00	0.00
Sadness	2.70	0.00

За результатами порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та Конго за критерієм емоцій, ми виявили, що показники емоційного ставлення до здоров'я значно вищі у студентів з Конго (32,43), ніж у студентів з України (4,62). Молодь з України частіше використовує такі емоційні реакції, як прийняття, гармонія. Молодь з Конго часто використовує слова «добре», «нормально». Було виявлено відмінності в асоціативних реакціях у різних групах, а саме, молодь з Конго частіше демонструє негативні емоції, тривогу та смуток, що відображається в реакціях «сльози» (reug), «неправильно» (mal). Українські студенти демонструють досить позитивне ставлення до здоров'я.

Порівняння отриманих асоціацій у двох групах за соціальним критерієм наведено в таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

**Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у молоді з України та Конго
за соціальним змістом**

Category	Congo	Ukraine
Social processes	0.00	1.54
Family	0.00	1.54
Friends	0.00	0.00
Female references	0.00	0.00
Male references	0.00	0.00

Результати порівняння асоціативних відповідей на здоров'я серед конголезьких та українських студентів у соціальному контексті показують, що показники соціального аспекту здоров'я становлять 1.54 серед українських студентів та нуль для конголезьких. Загалом, українська молодь використовує соціальний контекст для опису здоров'я, згадуючи людей та сім'ю, а також її роль у підтримці здоров'я.

Результати порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та Конго за критерієм когнітивних процесів наведено в таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та Конго за критерієм когнітивних процесів

Category	Congo	Ukraine
Cognitive processes	18.92	1.54
Insight	2.70	0.00
Causation	0.00	0.00
Discrepancy	10.81	1.54
Tentative	0.00	0.00
Certainty	0.00	0.00
Differentiation	0.00	0.00

За результатами порівняння в асоціативній відповіді на здоров'я серед студентів з Конго та України в контексті пізнання показники демонструють високий рівень ставлення конголезьких студентів до здоров'я на рівні 18,92, ніж у українських студентів, що становить 1,5. Українські студенти часто вживають слово «нормальний».

Конголезькі студенти часто використовують реакції як ніщо, нормальне та психологічне тощо. Порівняння показало, що, на відміну від українських студентів, конголезькі студенти мали більш виражене ставлення до здоров'я. Тим не менш, словниковий запас, який використовується для двох груп студентів, досить нейтральний і настільки, щоб нормалізувати цінність здоров'я.

**Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та
Конго за критерієм Сприйняття**

Category	Congo	Ukraine
Perceptual processes	2.70	1.54
See	0.00	0.00
Hear	0.00	0.00
Feel	0.00	0.00

За результатами порівняння в асоціативній відповіді на здоров'я серед студентів з Конго та України в контексті сприйняття здоров'я і вище серед конголезців з 2,70 проти 1,54 серед українських студентів.

Українські студенти часто використовують реакцію як гармонію. Конголезькі студенти особливо використовують слово зло.

Можна сказати, що конголезькі студенти в асоціативній реакції на здоров'я проявляють більш високе ставлення і використовують слова з негативними конотаціями настільки сильно, що українські студенти, здається, несуть в собі досить позитивну цінність.

**Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та
Конго за критерієм біологічного**

Category	Congo	Ukraine
Biological processes	16.22	1.54
Body	2.70	0.00
Health	13.51	1.54
Sexual	0.00	0.00
Ingestion	0.00	0.00

За результатами порівняння асоціативної реакції на здоров'я серед студентів з Конго та України в контексті біології, знову ж таки, рівень уваги серед конголезьких студентів був значною мірою високим – 16,22 на відміну від українських студентів з лише 1,54. Українські студенти часто вживають слово «Лікарня». Конголезькі студенти часто використовують слова зло, хвороба, фізичне, тіло, життя і т.д. Загалом, результати показують, що конголезькі студенти більш обізнані про свій біологічний стан і мають високе ставлення до здоров'я, багато в чому всупереч українським студентам. Слова, які вживаються серед конголезьких студентів, відображають власну заклопотаність своїм фізичним станом, тоді як серед українських студентів, здається, відходять від себе.

Таблиця 4.6

Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та Конго за критерієм потреб

Category	Congo	Ukraine
Drives	0.00	1.54
Affiliation	0.00	0.00
Achievement	0.00	0.00
Power	0.00	0.00
Reward	0.00	0.00
Risk	0.00	0.00

За результатами порівняння в асоціативній відповіді на здоров'я серед студентів з Конго та України в контексті мотивації або потреби, 1,54 серед українських студентів з мотивації по відношенню до здоров'я проти 0,00 для конголезьких студентів. Українські студенти часто вживають слово «Лікарня». Конголезькі студенти тим часом не використовують слово або реакцію, записані в його критерії. У контексті мотивації чи потреб українські студенти порівняно з конголезькими студентами мають досить позитивну поведінку чи ставлення. Нічого не було записано на боці конголезьких студентів.

**Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та
Конго за критерієм часової орієнтації**

Category	Congo	Ukraine
Past focus	0.00	0.00
Present focus	0.00	0.00
Future focus	0.00	0.00

За результатами порівняння асоціативного взаємозв'язку за критерієм тимчасовості ми зібрали нуль для кожної з двох груп студентів. Жодні слова не були пов'язані з цими критеріями ні серед конголезьких студентів, ні серед українських студентів, що виправдано на таблиці нижче.

**Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та
Конго за критерієм відносності**

Category	Congo	Ukraine
Relativity	10.81	81.54
Motion	0.00	0.00
Space	0.00	1.54
Time	0.00	0.00

За результатами порівняння в асоціації відповіді на здоров'я серед студентів з Конго та України на тлі відносності ми дізнаємося, що показник на ставлення керівництва.

Українські студенти часто використовують такі реакції, як життя, медицина, сила, радість Конголезькі студенти часто використовують слово «нормальний».

За результатами порівняння в асоціативній відповіді на здоров'я серед студентів з Конго та України критерій загального спостереження. Ми виявили, що показник загального спостереження високого рівня щодо здоров'я серед конголезьких студентів або (2,70) і менше серед конголезьких студентів, або (1,54).

**Порівняння асоціативних реакцій на «здоров'я» у студентів з України та
Конго за критерієм глобального спостереження**

Category	Congo	Ukraine
Work	1.54	2.70
Leisure	1.54	2.70
Home	0.00	0.00
Money	0.00	0.00
Religion	0.00	0.00
Death	0.00	0.00
Work	0.00	0.00

Слово «Лікарня» найчастіше використовують українські студенти. Конголезькі студенти сильно асоціюють реакцію зі словом добре.

Порівняння показало, що конголезькі студенти мали більш високе ставлення до здоров'я за критерієм глобального спостереження на відміну від українських студентів. Конголезькі студенти мають досить позитивний словниковий запас, так важко, як українські студенти мають досить відсторонену реакцію, а також.

Теоретичний та емпіричний аналіз ставлення до здоров'я серед представників двох країн (України та Конго) продемонстрував спільні та відмінні риси в розумінні досліджуваного поняття. Аналіз теоретичних джерел демонструє зацікавленість молоді з різних країн темою здоров'я, необхідність освіти та впровадження дружніх до молоді центрів, де надавалася б комплексна підтримка, оскільки молодь не завжди хоче спілкуватися з сімейним лікарем. Крім того, інші кроскультурні дослідження демонструють тенденції, що відмова від куріння та заняття спортом не лише покращують здоров'я, але й підвищують рівень задоволеності життям у молоді.

Емпіричний аналіз асоціацій з «здоров'ям» у групах молоді з України та Конго, проведений за допомогою LIWC- 2015, продемонстрував низку відмінностей. Українські студенти частіше використовують менше емоційних асоціацій, які більше пов'язані з відносністю та вирішенням проблем зі

здоров'ям, а саме «Лікарня», «ліки», «гармонія» тощо. Студенти з Конго частіше використовують асоціації з більш емоційною реакцією, переважно негативною, а також реакції, пов'язані з проблемами зі здоров'ям та їх оцінкою. Молодь з Конго часто використовує асоціації, такі як «хвороба», «зло», «страх», «добро» тощо. Проведене дослідження має багато обмежень, які можна усунути, збільшивши вибірку, збільшивши стимульний матеріал на тему здоров'я тощо. Однак отримані результати відкривають перспективні напрямки досліджень щодо обізнаності про здоров'я, щодо доступності таких послуг тощо.

4.2. Обізнаність у сфері ментального здоров'я молоді: опитування на третьому році війни

Актуальність дослідження обізнаності молоді у сфері ментального здоров'я на третьому році війни ґрунтується на наукових даних, що грамотність у цій сфері визначає раннє виявлення та звернення за допомогою у випадку проблем з психічним здоров'ям. Термін «обізнаність у сфері ментального здоров'я» є концептуалізований та визначений у світовій науці як «mental health literacy» (Jorm, et al, 1997a; Jorm, 2019), що дослівно перекладається як «грамотність у сфері психічного здоров'я». Тож у нашому дослідженні терміни «обізнаність у сфері ментального здоров'я» та «грамотність у сфері психічного здоров'я» ми використовуємо як синоніми.

Розуміння «обізнаності у сфері ментального здоров'я» еволюціонувало від інструменту для покращення розпізнавання психічних розладів («знання та переконання щодо психічних розладів, що допомагають їх профілактиці, розпізнаванню та лікуванню») (Jorm 1997a, с. 182) до соціального детермінанта здоров'я та освітньо-орієнтованого втручання з продемонстрованим позитивним впливом на результати у сфері здоров'я окремих осіб та населення, а також як засобу, який можна застосовувати для допомоги у подоланні нерівності у сфері охорони здоров'я (Nutbeam, 2008; Jorm, 2019). Таким чином, у структурі грамотності у сфері психічного здоров'я виокремлено чотири окремих, але пов'язаних компоненти: (1) розуміння того, як досягти та підтримувати гарне психічне здоров'я; (2) розуміння психічних розладів та їх лікування; (3)

зменшення стигми, пов'язаної з психічними розладами; (4) підвищення ефективності звернення за допомогою (знання того, коли, де та як отримати якісну психіатричну допомогу та розвиток компетенцій, необхідних для самодопомоги) (Kutcher, 2016; Jorm, 2012). Таким чином, психічне здоров'я (ПЗЗ) забезпечує необхідну основу для зміцнення, профілактики та догляду за психічним здоров'ям, об'єднуючи ці важливі компоненти в цілісну конструкцію, спрямовану на покращення як психічного здоров'я, так і результатів психіатричної допомоги, а не лише на сприяння благополуччю.

Для ефективного вирішення проблеми психічного здоров'я молоді важливо, щоб обізнаність у сфері ментального здоров'я стало центром уваги втручань у цій сфері. Останні дослідження демонструють, що покращення знань про психічне здоров'я та зниження стигми є двома важливими компонентами для сприяння зверненню за допомогою та ранньому виявленню психічних розладів (Gulliver, Griffiths. & Christensen, 2010). Оскільки більшість молодих людей навчаються в школах, школи були визнані важливим місцем для вирішення питань психічного здоров'я учнів, і нещодавно особлива увага приділена обізнаність у сфері ментального здоров'я як у Європі, так і в Канаді (Wei, 2011; Skre, 2013).

У Європі було застосовано і вивчено досвід шкільних втручань у сфері психічного здоров'я. Науковці визначили та проаналізували понад шкільні втручання у сфері психічного здоров'я, що проводилися у Великій Британії, Нідерландах, Німеччині, Норвегії та Бельгії (Weare, Nind, 2011). Такі втручання продемонстрували невеликий або помірний ефект у покращенні благополуччя учнів, соціального та емоційного навчання або безпечного та позитивного шкільного середовища, дуже мало, із досліджених втручань враховували всі компоненти психічного здоров'я та благополуччя учнів. Вкрай важливо, щоб школи не лише сприяли позитивному психічному здоров'ю, але й давали учням змогу розрізняти нормальний психічний дистрес від проблем/розладів психічного здоров'я, зменшували стигму щодо психічних захворювань та сприяли зверненню учнів за допомогою та самодопомоги у сфері психічного

здоров'я, якщо вони потребують психічної допомоги. Також підходи та втручання часто впроваджувалися в школи зовнішніми постачальниками послуг і, отже, не забезпечували сталого потенціалу обізнаності у сфері ментального здоров'я, вбудованого в освітні системи. Також, якщо використовуються зовнішні постачальники послуг, ці втручання не демонструють позитивного впливу на грамотність вчителів у сфері психічного здоров'я. Саме тому, науковці рекомендують, вбудовувати знання та розвиток обізнаності з психічного здоров'я у вже існуючий загальношкільний підхід, який охоплює нарощування потенціалу вчителів та зв'язки з батьками та широкою громадськістю.

Подібні підходи нещодавно були апробовані в Європі з позитивними результатами. Наприклад, у Португалії проект з грамотності у сфері психічного здоров'я був застосований у регіоні Лісабона. Результати продемонстрували суттєві та значні покращення обізнаності у сфері психічного здоров'я для вчителів, постачальників послуг для студентів та медсестер. Направлення зі шкіл до постачальників послуг з охорони психічного здоров'я зросли, а учасники повідомили про високу задоволеність втручанням (Kutcher, 2016).

В Австралії впроваджено програму грамотності та дій у сфері психічного здоров'я під назвою «Програма освіти та підтримки молоді» (YES) в середніх школах за допомогою кластерного контрольованого дослідження. Ця програма показала свою ефективність у школах США. Програму розробляла професорка Джоанна Рібшлегер протягом 12 років на основі літератури, що стосується психічного здоров'я, рекомендацій фахівців з психічного здоров'я та поглядів молоді. Хоча програма YES спочатку була створена для задоволення потреб дітей, батьків яких страждають на психічні захворювання (COPMI), вона також може бути застосована до населення загалом (Riebschleger et al., 2019). Програму YES було обрано для адаптації до австралійського контексту через її ретельну розробку шляхом залучення низки ключових зацікавлених сторін, таких як молодь, батьки, психологи та соціальні працівники (Marinucci et al., 2021). Реалізоване опитування австралійської молоді віком 12-25 років, що оцінювало їхні переконання щодо низки стратегій профілактики депресії, психозу,

соціальної фобії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Yap et al, 2012) продемонструвало думку молодих людей, що фізична активність, регулярні контакти з родиною та друзями, а також розслаблюючі заняття є підтримуючими для психічного здоров'я. Однак, значна розбіжність між переконаннями молодих людей та фахівців виникла щодо стратегії уникнення стресових ситуацій. Молоді люди підтримують використання такої стратегії, а фахівці стверджують, що уникнення пов'язане зі збереженням тривожних розладів.

Надання доступу до освіти з психічного здоров'я для молоді через шкільні програми загалом забезпечує їм знання щодо профілактики та розладів психічного здоров'я, а також зменшує потенційну стигму та, таким чином, заохочує звернення за допомогою. Відповідно, це може знизити поточні показники розладів психічного здоров'я серед молоді та, в свою чергу, покращити якість їхнього життя та зменшити попит на медичні та психологічні служби, які надають спеціалізовані послуги (Coughlan et al., 2024).

В Україні наразі здійснюється пілотний проект з інтеграції «Уроків щастя», що базується на американській програмі із соціально-емоційного навчання Well-Being, яка була перекладена та адаптована українськими фахівцями в галузі психології та освіти. Проект передбачає навчання вчителів, що забезпечує сталість результатів щодо обізнаності у сфері ментального здоров'я. Пілотний проект здійснюється в межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?». Навчально-практичному посібнику «Уроки щастя», 1 клас наразі надано гриф «Схвалено для використання в освітньому процесі» (рішення експертної комісії з педагогіки та методики початкової освіти від 06 травня 2025 року (протокол № 10) та затверджено програму підвищення кваліфікації педагогічних працівників закладів дошкільної, загальної середньої освіти «Уроки щастя» (Наказ МОН №699 від 07.05.2025).

З розвитком сучасних технологій цифрові інструменти стають дедалі важливішими для підвищення рівня грамотності молоді у сфері психічного здоров'я, пропонуючи масштабовані та захопливі платформи для поширення знань, зменшення стигми та сприяння зверненню за допомогою. Аналіз 29

досліджень з понад 11 000 учасників, показав, що інтернет-інтервенції значно покращили знання про психічне здоров'я, зменшили стигму та збільшили наміри звертатися за допомогою, хоча підтримка цих ефектів з часом залишається проблемою (Chen et al., 2024). Інноваційні підходи, такі як інтервенція IMPeTU в Індонезії, яку розробили спільно з підлітками, що виглядає як цифровий додаток для боротьби з депресією та тривогою, включаючи інтерактивні ігри та вправи для сприяння залученню та стратегіям самоконтролю (Brooks, et al., 2021).

Як один із кроків до вирішення кризи психічного здоров'я в Канаді, група дослідників розробила цифровий інструмент для покращення грамотності у сфері психічного здоров'я серед молоді віком 11–18 років. Широкий двосторонній діалог з основними національними партнерськими організаціями (тобто, Children's Healthcare Canada, The Sandbox Project та Young Canadians Roundtable on Health) дозволив науковцям враховувати думку молоді на кожному етапі дослідницького процесу. Це дозволило їм розробити Youth MindTrack - інтерактивний цифровий інструмент для підвищення грамотності молоді у сфері психічного здоров'я. Зараз цей додаток на етапі пілотного тестування для оцінки зручності використання, прийнятності та сприйнятої ефективності інструменту перед впровадженням (Moss et al., 2025).

Ми у своєму дослідженні зосередили увагу на вивченні загального розуміння поняття «ментального здоров'я» і способів подбати про нього серед молоді Волині. Таким чином, метою статті – емпіричне вивчення обізнаності у сфері ментального здоров'я молоді.

Для реалізації мети дослідження було опитано 100 молодих людей. Опитування проводилось 12 серпня 2025 року з нагоди Міжнародного дня молоді на форумі «Майбутнє молоді Волині». Серед респондентів 79 осіб жіночої та 21 чоловічої статі. Середній вік досліджуваних 18,64 років.

Респонденти надавали відповіді через заповнення електронної форми з 5 відкритими запитаннями: 1. Ментальне здоров'я – це... 2. Найпростіший спосіб подбати про своє ментальне здоров'я – це... 3. Чи хотіли б Ви дізнатись більше про те, як подбати про своє ментальне здоров'я? 4. Якщо мені буде потрібно

дізнатися про способи підтримки ментального здоров'я чи отримати допомогу у цій сфері, я звернуся до....5. Як можна покращити інформування та психологічну допомогу молоді на Волині? Ваші пропозиції. Запитання 1, 2 і 5 – відкриті, тож передбачають якісний аналіз отриманих відповідей. Запитання 3 передбачало три можливі відповіді: так, ні та можливо. Запитання 4 передбачало вибір декількох варіантів і пропонувало відповіді: психолога, інтернету чи штучного інтелекту, друга, подруги, молодіжного центру, родина, сім'я або інше (можливість респондента запропонувати власний варіант).

Аналіз результатів опитувальника здійснювався окремо за кожним запитанням. Відкриті відповіді на «Ментальне здоров'я – це...» ми проаналізували за допомогою комп'ютерної програми LIWC. Загалом було отримано 849 слів. У таблиці 4.10 відображено аналіз відповідей на емоційну складову.

Таблиця 4.10

Аналіз емоційних реакцій на поняття «ментальне здоров'я»

Affective processes	Positive emotion	Negative emotion	Anxiety	Anger	Sadness
1,88	0,94	0,59	0,24	0,12	0,12

Загалом, досліджувані при описі поняття «ментального здоров'я» не часто включали у реакції слова, що демонструють емоції, проте якщо це відбувалося, то вказувало на позитивне емоційне відношення, проте серед негативних емоційних реакцій частіше говорили про тривогу.

Таблиця 4.11

Узагальнені результати змістовного аналізу реакцій на поняття «ментальне здоров'я» за категоріями

Social processes	6,48
Cognitive processes	6,48
Biological processes	0,82
Present focus	1,88
Space	4,48
Work	2,59

Загалом, описуючи поняття ментального здоров'я, молодь часто говорить про міжособистісну взаємодію, усвідомлене життя. Також більшість відповідей використовують слова опису простору та фокусуються на теперішній момент.

У відповідь на друге запитання «Найпростіший спосіб подбати про своє ментальне здоров'я – це...» було отримано 239 слів.

Таблиця 4.12

Найбільш поширені способи подбати про своє ментальне здоров'я серед молоді

Відповідь	Кількість виборів
Спілкуватися	22
Відпочивати	24
Психолог	11
Прогулянка	18
Сон	16
Спорт	13

Серед молоді найбільш поширеними способами подбати про своє ментальне здоров'я є спілкування, відпочинок, звернення до психолога чи спеціаліста, прогулянка, сон, спорт тощо. Більш детально ознайомитись зі способами можна на рис.4.1.

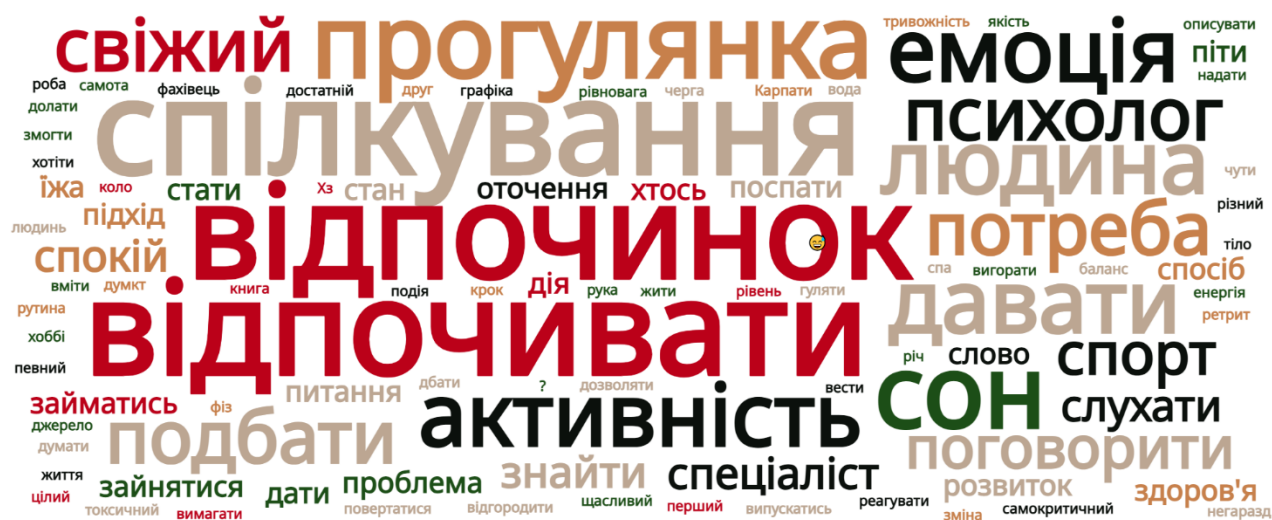


Рис.4.1. Найбільш поширені способи подбати про своє ментальне здоров'я серед молоді

Дізнатися більше про ментальне здоров'я хотіли б 71% молоді. Сумніви щодо цього мають 25% респондентів.

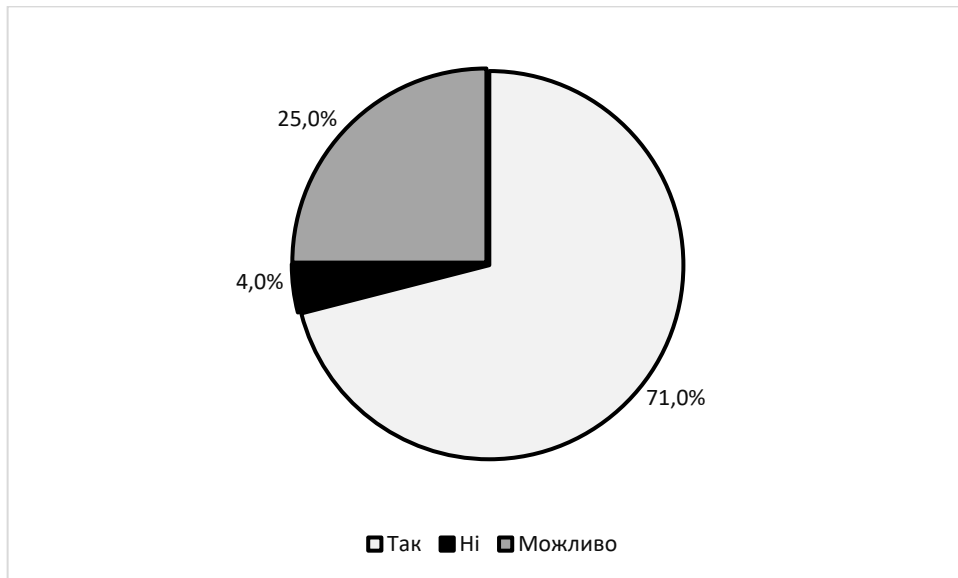


Рис.4.2. Відповіді на питання «Чи хотіли б Ви дізнатись більше про те, як подбати про своє ментальне здоров'я?»

Цікавим на нашу думку є аналіз різниці в бажанні дізнатися більше про ментальне здоров'я за статевою ознакою (Рис. 4.3).

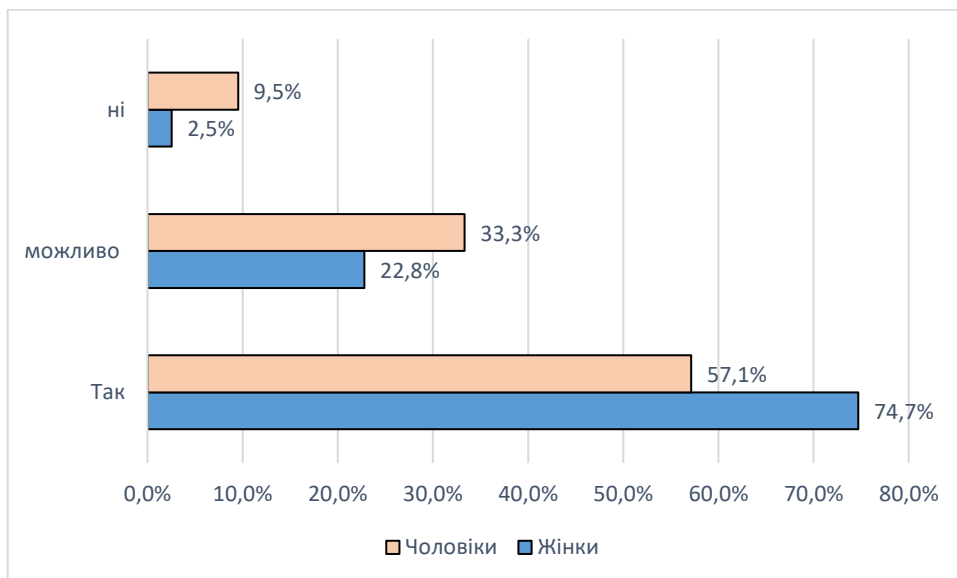


Рис.4.3. Розподіл відповідей на питання «Чи хотіли б Ви дізнатись більше про те, як подбати про своє ментальне здоров'я?» за статевою ознакою

Загалом, можна стверджувати, що опитані особи жіночої статі більшою мірою хотіли б дізнатися про ментальне здоров'я.

Серед джерел інформації про способи підтримки ментального здоров'я чи отримання допомоги у цій сфері, найбільш притаманні для опитаної молоді: психолог, інтернет чи штучний інтелект та друг, подруга (Табл. 4.13, Рис. 4.4).

Відповіді на питання «Якщо мені буде потрібно дізнатися про способи підтримки ментального здоров'я чи отримати допомогу у цій сфері, я звернуся до..»

Відповідь	Кількість виборів
Психолог	71
Інтернет чи штучний інтелект	60
Друг, подруга	48
Родина, сім'я	37
Молодіжний центр	14

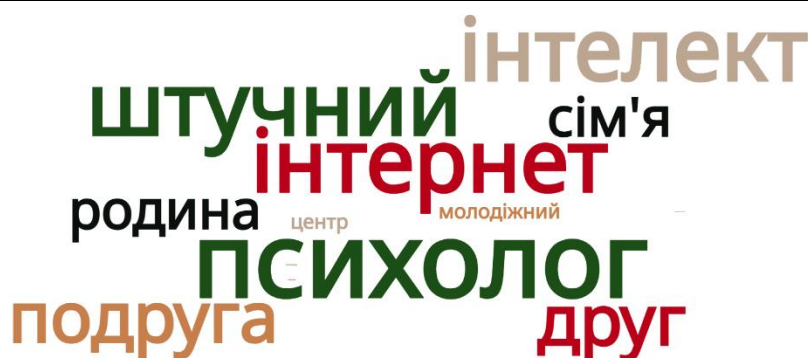


Рис.4.4. Джерело інформації про способи підтримки ментального здоров'я чи отримання допомоги у цій сфері

На п'яте запитання, що стосується покращення інформування та психологічної допомоги молоді на Волині, опитувані найчастіше говорять про необхідність проведення заходів, тренінгів, зустрічей, а також широкої поляризаційної кампанії у соціальних мережах.

Здійснений емпіричний аналіз обізнаності у сфері ментального здоров'я дав можливість стверджувати про необхідність розширення психоедукаційних та профілактичних заходів для молоді. Адже більшість респондентів стверджували про бажання дізнатися більше про ментальне здоров'я та способи його підтримки.

4.3. Опитувальник «грамотності щодо психічного здоров'я»: опис, адаптація, застосування

Сучасне українське суспільство є стигматизованим щодо тематики психічного здоров'я та звернень за психологічною допомогою та підтримкою. Соціально-політичні умови та воєнні дії є причиною появи великої кількості вразливих соціальних категорій. Саме тому актуальною є потреба у розвитку культури звернення за психологічною допомогою відновлення та розвитку української держави. Науковці з різних країн стверджують, що «грамотність у сфері психічного здоров'я» населення або ж ще використовують еквівалент терміну «обізнаність», значно зменшує стигматизацію теми психічного здоров'я та збільшує ймовірність звернення за допомогою психологів (Dewalt et al., 2004; Furnham, Swami, 2018; Kelly et al., 2007; Simões de Almeida et al., 2023).

Грамотність з питань психічного здоров'я – це концепція, яка виникла у сфері медичної грамотності. Розвиток такої грамотності спочатку базувався на спостереженні, що низька функціональна грамотність була пов'язана з багатьма негативними наслідками для здоров'я (Dewalt et al., 2004). У 1998 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розширила визначення медичної грамотності, включивши до нього «когнітивні та соціальні навички, які визначають готовність і здатність людей мати доступ до інформації, розуміти і використовувати її таким чином, щоб зміцнювати і підтримувати здоров'я». (Kanji, Mitic, 2009). Грамотність у сфері психічного здоров'я, яку спочатку визначали як «знання та переконання про психічні розлади, що допомагають розпізнавати, лікувати та запобігати психічним розладам» (Jorm, 1997), включає профілактику психічних розладів, розпізнавання порушень розвитку, знання ефективних стратегій самодопомоги при легких та помірних проблемах а також володіння навичками надання першої медичної допомоги для допомоги іншим. Пізніше це визначення було уточнено і включає: розуміння того, як досягти і підтримувати позитивне психічне здоров'я; розуміння психічних розладів та їх лікування; зменшення стигматизації, пов'язаної з психічними розладами; пошук ефективної допомоги (знання, коли і куди звертатися за допомогою, психічне

здоров'я і здатність покращувати самоконтроль); розуміння того, що психічні розлади психічного здоров'я та вміння покращувати самоконтроль) (Kutcher et al., 2015). Термін «грамотність у сфері психічного здоров'я» також визначають як знання про розлади психічного здоров'я, пов'язані з їх розпізнаванням, лікуванням і профілактикою (Furnham, Swami, 2018).

Емпіричні дослідження грамотності молоді щодо психічного здоров'я показали, що така обізнаність може сприяти ранньому зверненню за допомогою самих молодих людей і допомогти дорослим виявити ранні ознаки проблем з психічним здоров'ям. Доктор К. Келлі з дослідницькою групою запропонували низку заходів для підвищення грамотності щодо психічного здоров'я, а саме чотири методи втручання: кампанії на рівні громади; кампанії на рівні громади, орієнтовані на молодь; втручання в школах, які навчають навичкам звернення по допомогу, психічного здоров'я та життєстійкості; і програми, які навчають людей, як справлятися з кризами психічного здоров'я (Kelly et al., 2007).

Грамотність у сфері психічного здоров'я як багатообіцяючий підхід до задоволення зростаючих потреб молоді в поведінковому здоров'ї презентують у своєму дослідженні американські науковці, і стверджують, що школи є ідеальним середовищем для просвітництва у цій сфері (Weist, Parham, Figas, 2024). Науковці стверджують існування статистичного зв'язку між грамотністю щодо психічного здоров'я та депресією і тривогою в підгрупах дорослих. Підвищення обізнаності щодо грамотності у сфері психічного здоров'я має бути пріоритетом як вирішальна стратегія для запобігання депресії та тривоги та покращення психологічного благополуччя серед дорослих (Zhong et al., 2024).

Дослідження грамотності з питань психічного здоров'я в Португалії показують, що рівень грамотності зростає з віком та рівнем освіти і є вищим серед жінок та медичних працівників. Що стосується стигматизації, то серед людей похилого віку та чоловіків було виявлено більше стигматизуючих установок і поведінки. Крім того, було показано, що стигма зменшується з підвищенням рівня грамотності з питань психічного здоров'я (Simões de Almeida et al., 2023). Дослідники припускають, що грамотність у сфері психічного

здоров'я можна підвищити за допомогою втручань у закладах первинної медико-санітарної допомоги, основних засобах масової інформації та онлайн-медіа.

Грамотність щодо психічного здоров'я є вирішальним елементом у зменшенні негативних уявлень медсестер про психічні захворювання. Таким чином, психіатричні медсестри можуть активно запобігати негативним переконанням і підвищувати обізнаність, забезпечуючи освіту психічного здоров'я серед медсестер загального профілю (Uguz, Gulcan, Keskin, 2024). Медичні сестри можуть відігравати важливу роль у проведенні такої просвітницької роботи серед населення та зміцненні громадського здоров'я загалом. Така просвітницька діяльність може стати важливим профілактичним заходом, зменшити стигму та сприяти ранньому зверненню за медичною допомогою (Tay et al., 2018).

Підвищення грамотності у сфері психічного здоров'я як психологічна підтримка для переміщеної молоді досліджували в Уганді. Науковці стверджують, що розширення доступу до інформації про психічне здоров'я через цифрові платформи пов'язана зі зниженням депресії через підвищення психологічної стійкості (Okumu et al., 2025).

Враховуючи зростаюче значення впливу Інтернету на поведінку та спосіб життя особистості та зростаючу глобальну поширеність психічних захворювань, існує значна невідповідність між величезним обсягом онлайн-ресурсів психічного здоров'я, які оновлюються безперервно та знаннями і навичками людей для вибору та використання відповідної інформації про здоров'я для управління психічним здоров'ям. У зв'язку з цим, дослідники пропонують термін «електронна грамотність щодо психічного здоров'я (MeHL)» як набір умінь і знань необхідних для доступу, пошуку та оцінки інформації в Інтернеті для вирішення проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям, у тому числі профілактики лікування. Деякі дослідники погоджуються, що MeHL поєднує грамотність щодо психічного здоров'я та грамотність електронної охорони здоров'я (Xu et al., 2024).

Враховуючи актуальність теми профілактики, зміцнення та підтримки

психічного здоров'я українців, метою статті є апробувати та адаптувати українську версію опитувальника «Грамотності щодо психічного здоров'я».

Португальські вчені L. Campos, P. Dias, F. Palha, A. Duarte, E. Veiga розробили опитувальник грамотності з питань психічного здоров'я (MHLq) та реалізували дослідження для оцінки його психометричних властивостей (Campos et al., 2016). Опитувальник «Грамотності щодо психічного здоров'я» складається з 29 тверджень, що розподілені між шкалами: знання проблем психічного здоров'я; помилкові переконання/стереотипи; навички звернення за допомогою та надання першої допомоги; стратегії самодопомоги; загальна підсумкова шкала. Усі твердження оцінювались респондентами за допомогою 5 ступеневої шкали Лайкерта, яка передбачала континуум відповідей від 1 – повністю не згоден (ніколи) до 5 – повністю згоден (завжди).

Розробка і апробація опитувальника здійснювалась у такій послідовності:

1. Переклад тверджень опитувальника грамотності з питань психічного здоров'я (MHLq). Оцінку та редагування якості перекладу та концептуальну еквівалентність запропонованих запитань провели 2 психологи та 1 філолог Волинського національного університету імені Лесі Українки. Визначені експерти мають досвід наукової роботи з особистісними опитувальниками.
2. Для визначення числа вимірів моделі та кількості шкал у запропонованій діагностичній методиці реалізовано факторний аналіз.
3. Оцінка психометричних характеристик сконструйованого опитувальника.

Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою програм Statistica 12 та Microsoft Excel 2019. Для остаточних висновків використовувались лише значущі показники.

Апробація опитувальника «Грамотності щодо психічного здоров'я» здійснювалась із залученням вибірки у 430 осіб (130 чоловічої та 300 жіночої статі) віком від 18 до 60 років.

Отримані сумарні показники варіювались у діапазоні від 13 до 89 балів.

Відповідність розподілу даних закону Гауза перевірялась за допомогою квантильного графіка (рис.4.4).

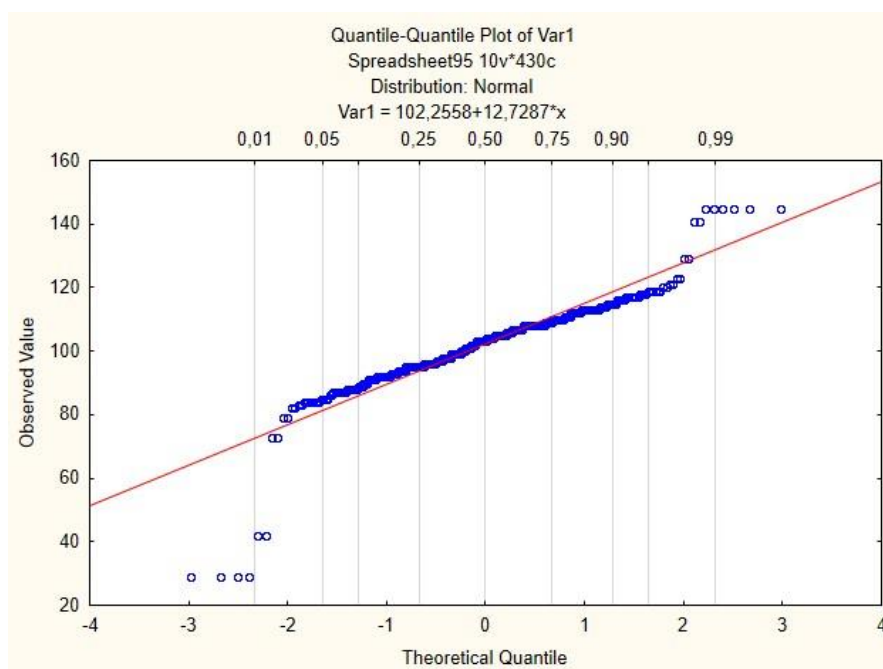


Рис.4.4. Квантильний графік розподілу результатів

Також для більш строгої перевірки було обраховано критерій Шапіро-Вілка ($W = 0,860$, $p = 0,0001$). Враховуючи ці дані, ми використовували параметричні методи для наступних статистичних обрахунків. Графік представлення критерію Шапіро-Вілка для загального показника грамотності щодо психічного здоров'я відображено на рисунку 4.5.

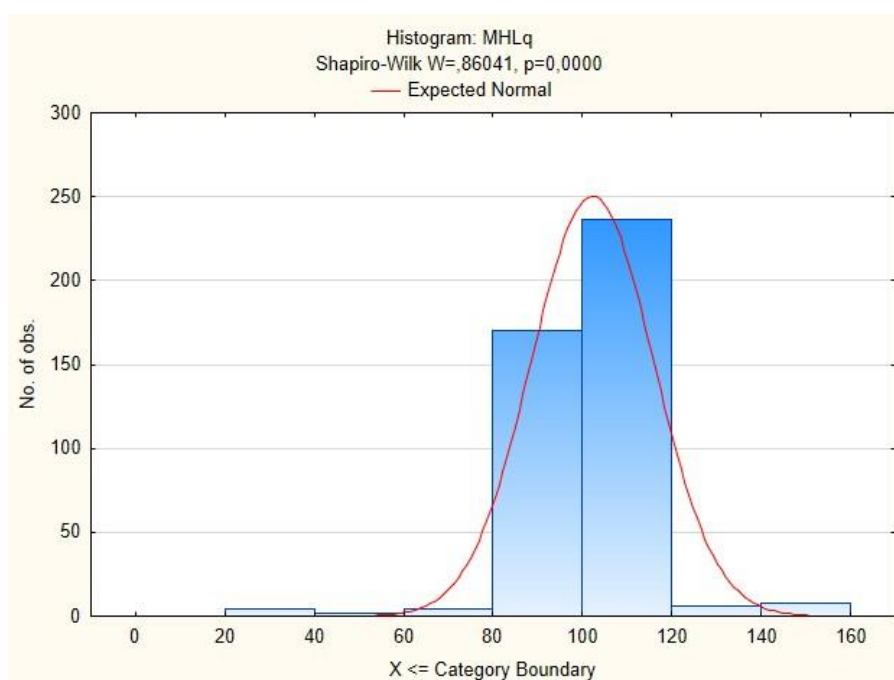


Рис.4.5. Графік представлення критерію Шапіро-Вілка

Для перевірки психометричних характеристик опитувальника ми застосували факторний аналіз за методом головних компонент. Врахувавши великий масив даних, що підлягають аналізу, для мінімізації кількості змінних із високим факторним навантаженням, ми застосували метод ортогонального обертання – *varimax normalized*. За критерієм «кам'янистого осипу» було виокремлено чотири основних фактори. Сумарна частка розкритої дисперсії становить 60,43%. Чим більше навантаження, тим з більшою впевненістю можна сказати, що змінна визначає фактор.

Факторна структура опитувальника «Грамотності щодо психічного здоров'я» представлена у таблиці 4.14.

Перший фактор, який охоплює 12,5% дисперсії, представлений твердженнями 1,7,19,26 та відображає стратегії самодопомоги у сфері психічного здоров'я, як фізичні вправи, корисне харчування тощо.

Другий фактор, який охоплює 11,96% усієї дисперсії, представлений твердженнями 6, 10, 13, 15, 21, 23 і пов'язаний із помилковими переконаннями та стереотипами у сфері психічного здоров'я.

Третій фактор представляє 11,44% дисперсії, пов'язаний із навичками звернення за допомогою та наданням першої допомоги і складається із тверджень 4, 5, 8, 17, 18, 29.

Четвертий фактор охоплює найбільше дисперсії, а саме 24,97% і передбачає знання проблем психічного здоров'я. Фактор представлений твердженнями 2, 3, 9, 11, 12, 14, 16, 20, 22, 24, 25, 27, 28.

Отже, факторний аналіз дозволив уточнити шкали (знання проблем психічного здоров'я; помилкові переконання/стереотипи; навички звернення за допомогою та надання першої допомоги; стратегії самодопомоги), що є складовими загального показника грамотності з питань психічного здоров'я.

Факторна структура опитувальника «Грамотності щодо психічного здоров'я» (методом головних компонент)

№ твердження	Компонента			
	1 Стратегії самодопомоги	2 Помилкові переконання/ стереотипи	3 Навички звернення за допомогою та надання першої допомоги	4 Знання проблем психічного здоров'я
1. Фізичні вправи сприяють хорошему психічному здоров'ю.	0,656			
2. Людина з депресією відчувається дуже нещасною.				0,654
3. Люди з шизофренією зазвичай мають марення (наприклад, вони можуть вірити, що за ними постійно стежать і спостерігають).				0,555
4. Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до рідних.			0,631	
5. Якби у когось із близьких людей був психічний розлад, я б заохотив її/його звернутися до психолога.			0,629	0,323
6. Психічні розлади не впливають на поведінку людей.		-0,735		
7. Хороший сон сприяє хорошему психічному здоров'ю.	0,682			
8. Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до психолога.			0,761	
9. Людина з тривожним розладом може панікувати в ситуаціях, яких вона боїться.				0,410
10. Люди з психічними розладами належать до незахищених сімей.		-0,726		
11. Якби хтось із моїх близьких мав психічний розлад, я б вислухав її/його, не засуджуючи та не критикуючи.				0,404
12. Вживання алкоголю може викликати психічні розлади.	0,300			0,525

13.Психічні розлади не впливають на почуття людей.		-0,735		
14.Чим швидше психічні розлади будуть виявлені та вилікувані, тим краще.				0,470
15.Психічні розлади бувають тільки у дорослих.		-0,762		
16.Зміни в роботі мозку можуть призвести до виникнення психічних розладів.	0,309			0,451
17.Якби хтось із моїх близьких мав психічний розлад, я б заохотив її/його відвідати психіатра.			0,649	0,345
18.Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до друзів.			0,517	
19.Збалансоване харчування сприяє хорошему психічному здоров'ю.	0,700			
20.Одним із симптомів депресії є втрата інтересу або задоволення від більшості речей.	0,310			0,592
21.Якби у когось із близьких був психічний розлад, я нічим не міг би допомогти.		-0,586		
22.Тривалість симптому є одним із важливих критеріїв діагностики психічного розладу.				0,557
23.Депресія не є справжнім психічним розладом.		-0,573		
24.Наркоманія може викликати психічні розлади.				0,467
25.Психічні розлади впливають на думки людей.	0,363			0,575
26.Робити щось приємне сприяє хорошему психічному здоров'ю.	0,741			
27.Людина з шизофренією може бачити і чути речі, які ніхто інший не бачить і не чує.				0,703
28.Сильно стресові ситуації можуть викликати психічні розлади.	0,321			0,529
29.Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до психіатра.			0,833	

Для подальшого аналізу отриманого опитувальника ми здійснили перевірку його психометричних характеристик. Перш за все, оцінили дискримінативність пунктів як здатність пунктів диференціювати досліджуваних за якимось параметром. Також оцінюється кореляцією кожного пункту (результату за кожним пунктом) і сумарним чи шкальним показником. Для перевірки дискримінативності пунктів ми використали коефіцієнт кореляції Пірсона (рис.4.6).

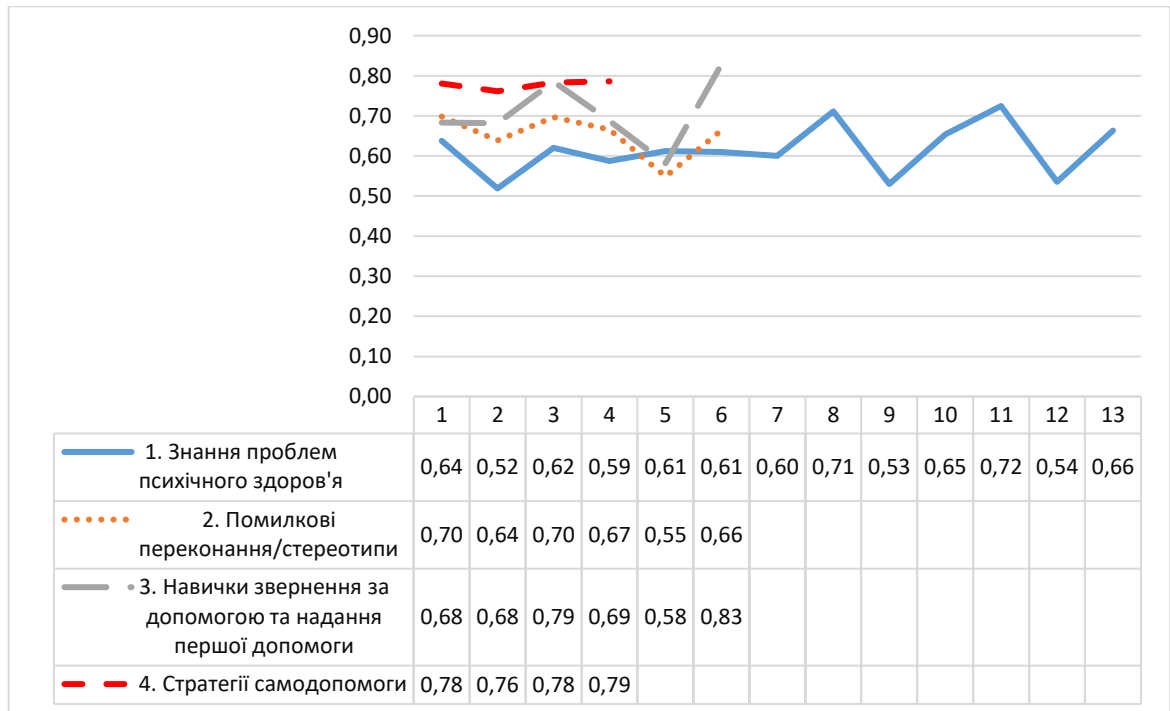


Рис. 4.6. Показники дискримінативності пунктів (тверджень) методики

Отримані результати демонструють високі коефіцієнти кореляції усіх показників з кінцевими даними шкал. Високі показники кореляції свідчать про високу здатність пунктів диференціювати досліджуваних за досліджуваною ознакою.

Дискримінативність тесту демонструє здатність тесту диференціювати досліджуваних за основною досліджуваною ознакою. Статистично вимірюється показником дельта Фергюсона і приймає максимальне значення при рівномірному розподілі показників ($d = 1$). Цей показник визначається за формулою:

$$\delta = \frac{(n+1)(N^2 - \sum f_i^2)}{nN^2},$$

де N – кількість досліджуваних;

n – кількість завдань методики;

F_i – частота кожного показника.

Результати отриманих показників дельта Фергюсона для розробленого опитувальника продемонстровані в таблиці 4.15.

Таблиця 4.15

Показники дельта Фергюсона для опитувальника та його шкал

	Загальний показник	Знання проблем психічного здоров'я	Помилкові переконання/стереотипи	Навички звернення за допомогою та надання першої допомоги	Стратегії самопомоги
Дельта Фергюсона	0,95	0,91	0,94	0,93	0,95

Оскільки отримані показники наближуються до 1, ми можемо зробити висновок про високу дискримінативність україномовного варіанту опитувальника.

Ще одним важливим кроком у перевірці психометричних властивостей опитувальника є оцінка стабільності характеристик, що діагностуються, за допомогою методу «тест-ретест». Науковці обґрунтовують різні проміжки часу між тестуваннями. Ми у своєму дослідженні витримали проміжок між опитуваннями у чотири тижні. Для статистичної перевірки ретестової надійності сконструйованого опитувальника ми використали коефіцієнт кореляції між двома емпіричними замірами (табл. 4.16).

Таблиця 4.16

Коефіцієнти ретестової надійності опитувальника та його шкал

	Загальний показник	Знання проблем психічного здоров'я	Помилкові переконання/стереотипи	Навички звернення за допомогою та надання першої допомоги	Стратегії самопомоги
Коефіцієнт кореляції	0,90	0,89	0,86	0,92	0,91

Отримані коефіцієнти кореляції є дуже високими, що свідчить про високу ретестову надійність запропонованого опитувальника.

Також ми перевірили таку психометричну характеристику, як надійність частин тесту, що відображає стабільність балів тесту за парними та непарними числами. Надійність частин тесту визначається кореляцією між сумами всіх парних і непарних відповідей. Результати надійності частин тесту за критерієм внутрішньої узгодженості становить 0,93, що демонструє гомогенність тесту та однорідність завдань опитувальника, що підтверджує його надійність.

За допомогою процентильної стандартизації була розроблена таблиця переведу сирих діагностичних показників у стандартні рівні (табл.4.17).

Таблиця 4.17

Стандартизовані ключі до опитувальника грамотності щодо психічного здоров'я (таблиця переведення сирих оцінок)

	Рівні		
	Високий	Середній	Низький
Шкала 1. Знання проблем психічного здоров'я	65 – 50	49 – 42	41 – 13
Шкала 2. Помилкові переконання/стереотипи	30 – 23	22 – 18	17 – 6
Шкала 3. Навички звернення за допомогою та надання першої допомоги	30 – 27	26 – 20	19 – 6
Шкала 4. Стратегії самодопомоги	20 – 19	18 – 15	14 – 4
Загальний рівень грамотності у сфері психічного здоров'я	95 – 73	72 – 57	56 – 17

Апробація опитувальника «Грамотності щодо психічного здоров'я» та перевірка її психометричних характеристик дає можливість стверджувати про можливість використання розробленого опитувальника для оцінки цього конструкту, і ця теза підтверджена отриманими статистичними даними. Повний текст опитувальника у Додатку Ж.

4.4. Грамотність у сфері психічного здоров'я в українців на третьому році війни

Повномасштабна війна, що триває вже третій рік, суттєво вплинула на психологічний стан українського суспільства. Постійні стресові ситуації, тривожні новини, втрата близьких, вимушене переселення, економічна нестабільність та інформаційний тиск стали потужними чинниками, які загострюють проблему психічного здоров'я населення.

Водночас зростає потреба у формуванні високого рівня грамотності громадян щодо важливості психологічного благополуччя, методів самодопомоги та можливостей звернення за фаховою підтримкою. Результати досліджень науковців показали, що звернення за лікуванням, ставлення та переконання щодо психічних захворювань пов'язані з грамотністю у сфері психічного здоров'я (Furnham, Swami, 2018; Venkataraman et al., 2019).

Велике опитування (N = 16 715) у Китаї продемонструвало взаємозв'язок низької грамотності у цій сфері з низьким рівнем психічного здоров'я (Zhong et al., 2024). Тож науковці підкреслюють важливість підвищення грамотності у сфері психічного здоров'я як фактору профілактики. Також дослідники виявили, що психоосвітні інтервенції можуть підвищувати знання, покращувати ставлення, знижувати стигму у сфері психічного здоров'я. Проте, стандарти застосування таких психоосвітніх інтервенцій відсутні і залежать від культурного контексту кожної окремої держави (Prabhu et al., 2025).

Емпіричне дослідження реалізовано за допомогою опитувальника «Грамотності щодо психічного здоров'я» (MHLq) (L. Campos, P. Dias, F. Palha, A. Duarte, E. Veiga) в україномовній адаптації Н.С. Коструби (Коструба, 2024). Опитувальник спрямований для комплексної оцінки обізнаності у сфері психічного здоров'я та на вивчення таких його аспектів: знання проблем психічного здоров'я, помилкові переконання/стереотипи, навички звернення за допомогою та надання першої допомоги, стратегії самодопомоги та загальний показник обізнаності у сфері психічного здоров'я. Опитування здійснювалось на

вибірці у 540 осіб (182 чоловічої та 358 жіночої статі) віком від 18 до 60 років. Опис вибірки за регіоном проживання відображено у таблиці 4.18.

Таблиця 4.18

Розподіл досліджуваних за регіоном проживання

Регіон (область) проживання	
1. Західний (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька області);	44,3%
2. Північний (Житомирська, Київська, Сумська, Чернігівська області та м. Київ)	8,9%
3. Південний (Автономна Республіка Крим, Миколаївська, Одеська та Херсонська області)	22,2%
4. Центральний (Вінницька, Кіровоградська, Полтавська, Черкаська області)	18,7%
5. Східний регіон (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Харківська області)	5,9%

Отримані результати свідчать, що більшість опитаних українців, а це 51,2% демонструють низький рівень грамотності у сфері психічного здоров'я як соціального детермінанта здоров'я та освітньо-орієнтованого втручання з продемонстрованим позитивним впливом на результати у сфері здоров'я окремих осіб та населення. Високий рівень грамотності у сфері психічного здоров'я притаманний 14,9%, середній рівень – для 34% опитаних (рис.4.7).

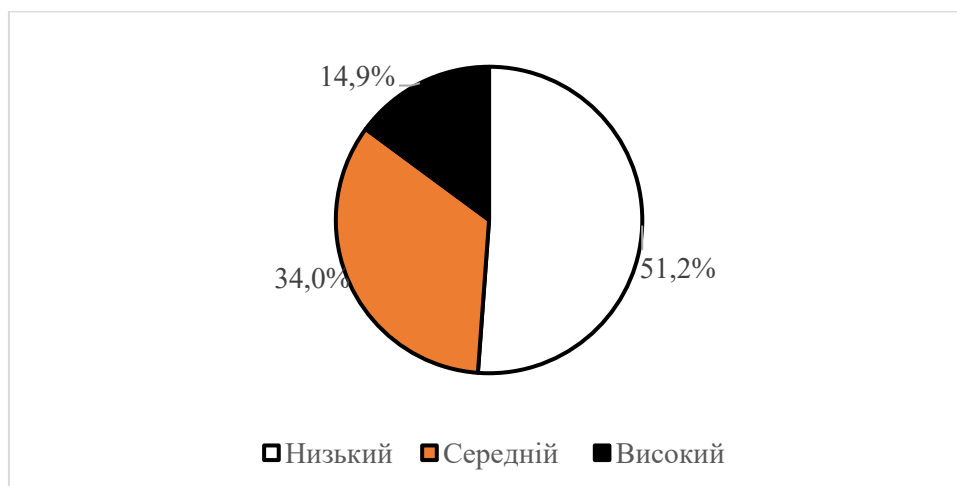


Рис.4.7. Загальний показник грамотності у сфері психічного здоров'я опитаних українців, %

Детальний аналіз складових грамотності у сфері психічного здоров'я опитаних українців демонструє, що більшість респондентів володіють середнім (44,2%) чи низьким (34,4%) рівнем знань проблем психічного здоров'я. Високий

рівень знань щодо проблем психічного здоров'я виявлено лише у 21,4% українців (рис.4.8).

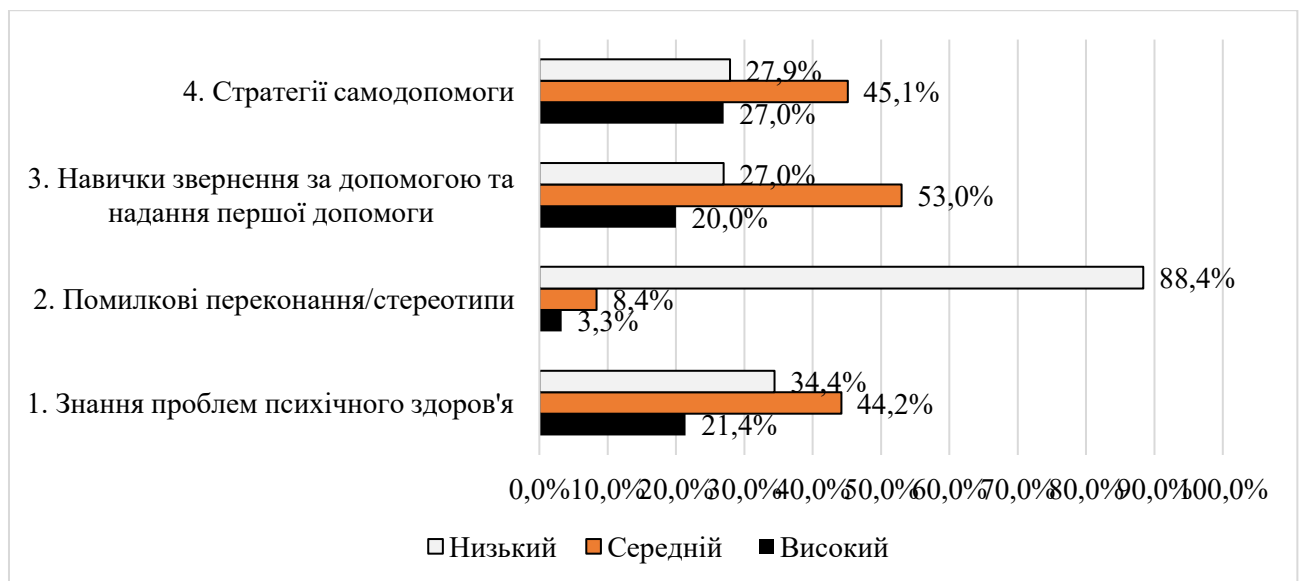


Рис.4.8. Складові грамотності у сфері психічного здоров'я опитаних українців, %

Більшість опитаних, а саме 88,4%, мають низький рівень помилкових переконань та стереотипів про психічне здоров'я. Навички звернення за допомогою та вміння надання першої допомоги добре розвинені у 20% респондентів, на середньому рівні у 53%, на низькому – у 27%. Добре розвинені навички самопомоги з психологічного благополуччя у 27% опитаних, на низькому рівні – у 27,9%.

Необхідність дослідження та підвищення рівня грамотності у сфері психічного здоров'я українців зумовлена актуальними соціально-психологічними викликами, спричиненими війною, економічною нестабільністю та тривалим стресовим навантаженням на населення. Психічна грамотність — як здатність розпізнавати, розуміти та адекватно реагувати на власні й чужі психоемоційні стани — виступає ключовим чинником збереження індивідуального й суспільного добробуту. Низький рівень обізнаності у сфері ментального здоров'я є причиною стигматизації психічного здоров'я, запізненого звернення по допомогу та збільшення ризику перетворення психічних розладів у хронічні. Тому вивчення цього феномену є науково обґрунтованою та практично необхідною умовою для формування ефективних програм психоедукації,

профілактики та підтримки. Розвиток грамотності у сфері психічного здоров'я сприятиме формуванню культури турботи про ментальне здоров'я, підвищенню психологічної стійкості населення та відновленню соціального потенціалу українського суспільства у післявоєнний період. Перспективою вивчення цієї тематики вбачаємо у детальному дослідженні грамотності у сфері психічного здоров'я у різних групах за віковою, статевою, регіональною характеристиками.

4.5. Підвищення грамотності щодо психічного здоров'я як стратегія сприяння ранньому виявленню та попередженню психічних розладів

У сучасному українському суспільстві тема психічного здоров'я та звернень за допомогою у цій сфері є стигматизованою. Зважаючи на соціально-політичні умови та воєнні дії, потреба у розвитку культури звернення за психологічною допомогою є дуже актуальною і необхідною для розвитку української держави. Існують дослідження, які стверджують, що «грамотність у сфері психічного здоров'я» населення або ж ще використовують термін «обізнаність», значно зменшує стигматизацію теми психічного здоров'я та збільшує ймовірність звернення за допомогою до фахівців цієї галузі.

Грамотність у сфері психічного здоров'я – це конструкція, яка виникла в області медичної грамотності. Розвиток грамотності у сфері здоров'я спочатку ґрунтувався на спостереженнях про те, що низька функціональна грамотність була пов'язана з численними поганими наслідками для здоров'я (Dewalt et al., 2004) У 1998 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розширила визначення грамотності у сфері здоров'я включаючи «когнітивні та соціальні навички, які визначають мотивацію та здатність людей отримувати доступ до інформації, розуміти та використовувати її таким чином, щоб сприяти та підтримувати гарне здоров'я» (Kanj, Mitic, 2009). Спочатку «грамотність у сфері психічного здоров'я» концептуалізувалася як «знання та переконання про психічні розлади, які допомагають їх розпізнавати, лікувати або запобігати» (Jorm 1997) для профілактики психічного розладу; розпізнавання порушень при

розвитку; знання ефективних стратегій самодопомоги при проблемах легкого та помірного ступеня; і навички першої допомоги, щоб допомогти іншим. Нещодавно це визначення було уточнено як: розуміння того, як отримати та підтримувати позитивне психічне здоров'я; розуміння психічних розладів та їх лікування; зниження стигми, пов'язаної з психічними розладами; а також підвищення ефективності звернення за допомогою (знання, коли і куди звертатися за допомогою та розвиток компетенцій, спрямованих на покращення психічного здоров'я та здатність керувати собою) (Kutcher et al., 2015). Норвезькі науковці визначають «грамотність у сфері психічного здоров'я» як знання про розлади психічного здоров'я, пов'язані з їх розпізнаванням, лікуванням і профілактикою (Furnham, Swami, 2018).

Емпіричні дослідження грамотності у сфері психічного здоров'я серед молодих людей продемонструвало, що така обізнаність сприяє ранньому зверненню за допомогою самими молодими людьми, або допомагати дорослим визначити ранні ознаки психічних розладів. С. Kelly з групою дослідників пропонує чотири категорії втручань для підвищення грамотності щодо психічного здоров'я: кампанії для всієї громади; громадські кампанії, спрямовані на молодіжну аудиторію; шкільні втручання, які навчають навичкам пошуку допомоги, психологічному здоров'ю чи стійкості; і програми, що навчають людей справлятися в кризу психічного здоров'я (Kelly et al., 2007). Дослідження грамотності у сфері психічного здоров'я у Португалії показали, що рівень такої обізнаності збільшувався з віком, рівнем освіти та був вищим у жінок та медичних працівників. Щодо рівня стигматизації, літні люди та чоловіки продемонстрували більш стигматизуюче ставлення та поведінку. Крім того, результати показали, що стигма зменшується з вищою грамотністю у сфері психічного здоров'я (Simões de Almeida et al., 2023). Підвищити грамотність у сфері психічного здоров'я науковці пропонують шляхом втручань у закладах первинної медичної допомоги або в основних чи онлайн-ЗМІ. Медичні сестри можуть відіграти важливу роль у веденні цієї громадської освіти та зміцненні громадського здоров'я в цілому. Такі публічні просвітницькі заходи служать

основними профілактичними заходами та потенційно можуть зменшити стигматизацію та сприяти ранньому зверненню за допомогою, що зменшить захворюваність, смертність і сприятиме швидкому одужанню (Tau et al., 2018).

Важливість грамотності у сфері психічного здоров'я у сприянні покращенню здоров'я людей і груп населення є визнаною серед науковців. Відповідні дослідження визначають численні напрямки для майбутніх наукових пошуків, серед яких розробка та розгортання програм розвитку грамотності у сфері психічного здоров'я. Ми серед перспектив дослідження у зазначеній тематиці, вбачаємо адаптацію україномовної версії опитувальника MHLq-SVa.

РОЗДІЛ 5.

ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УМОВАХ КРИЗИ

5.1. Основні напрямки і методи розвитку резильєнтності особистості

Проаналізувавши наукові публікації з обраної проблематики, ми дійшли до висновку, що реагування та переживання різного характеру стресових подій та ситуацій невизначеності має значні відмінності в кожному конкретному випадку, адже кожна особистість є унікальною та переживає одну й ту ж подію по-різному, а також має різні ресурси та можливості для того, щоб упоратися з нею. Непрості життєві обставини, у яких опинились українці сьогодні унеможлиблює повне уникнення стресу, однак кожному українцю можливо і необхідно спробувати захистити своє психічне здоров'я. Дослідження демонструють, що резильєнтність це навичка, яку можна тренувати та розвивати (Clarke & Nicholson, 2010; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Чиханцова, 2023).

Визначення шляхів, способів, механізмів такого відновлення, з'ясування того, яким чином «одні люди здатні вистояти, відновитися і навіть психологічно зрости, зміцніти після складних життєвих негараздівна відміну від інших», виступає важливим аспектом для розробки та впровадження у соціальні та психологічні практики програм з успішної адекватної адаптації у несприятливих умовах, а також розвитку резильєнтності, життєстійкості, стресостійкості, розвитку здатності самостійно долати стресові ситуації, тощо (Лазос, 2019).

Розробка та впровадження психотехнологій і проведення досліджень в галузі резильєнтності ґрунтується на основі прийнятих науковцями теоретичних моделей резильєнтності, які ми описували в попередніх розділах. Саме ці дослідження склали основу для створення різного роду діагностичних методик і психотехнік, які спрямовані на підтримку та розвиток резильєнтності шляхом активації захисних факторів, а також на відновлення (реінтеграцію) особистості після пережитих негараздів, стресу та проявів посттравматичних симптомів.

Також розроблено методики вимірювання загального рівня особистісної резильєнтності (Connor & Davidson, 2003).

Зокрема, попередні дослідження А. Masten, у 2014, році розширили можливості психотехнічного впливу на розвиток резильєнтності особистості, розглядаючи адаптаційні процеси особистості. Згідно з її дослідженнями, фактори ризику можуть включати негативний досвід, тоді як фактори резильєнтності - це особливі таланти або ресурси, які допомагають людині впоратись із труднощами та стресом. Ідентифікація і розвиток цих резильєнтних факторів є головною метою психологічного впливу (Masten, 2015).

Таким чином, визначення переліку факторів резильєнтності та адаптивних систем особистості відкрило науковцям нові можливості для створення психотехнологій, спрямованих на розвиток резильєнтності з урахуванням всіх особливостей особистості. За даними А. Masten, особистісна компетентність, яка є важливою частиною адаптаційних систем, може бути покращена або розвинена за допомогою спеціально підібраних тренінгових програм.

Так, С. Osborn, створюючи програму з розвитку резильєнтності, наголошує на мішенях психологічного/психотерапевтичного впливу на підсиленні ресурсів особистості для сприяння її стійкості до життєвих негараздів. Він звертає увагу на підсилення цих ресурсів, замість фокусування на станах особистості та їх дослідженні, таких як ПТСР, виснаження, вигорання і інші подібні стани (Osborn, 2004).

Однак, зауважимо, що специфічний набір психотехнік залежить від концепції резильєнтності, від мішеней впливу та від теоретичної орієнтації автора моделі і психотехнології. Так, у когнітивно поведінковій терапії, у підході якої ми розглядали структурні складові резильєнтності у розділі 1.2, інструментом для плекання резильєнтності є сама модель Padesky і Mooney. Вона представляє цілісну програму, згідно якої клієнт сам вчиться відкривати власні сильні сторони і на основі цього в подальшому будувати резильєнтні переконання і відповідну поведінку. Чотири кроки описаної моделі включають: (1) пошук сильних сторін, (2) створення особистої моделі резильєнтності (OMP) (3)

втілення в життя цієї ОМР, (4) практика резилієнтності. Важливим тут є те, що клієнт вчиться усвідомлювати моменти в житті, в яких він є резильєнтним і поширювати ці навички на інші ситуації в житті (Padesky & Mooney, 2012).

Отже, аналіз останніх наукових досліджень публікацій підтверджує, що більшість науковців акцентує увагу на діагностиці загального рівня резильєнтності та конкретного набору захисних (резильєнтних) факторів, ресурсів, компетенцій та адаптивних систем, які є мішенями для психологічного втручання, і для впливу на які формується спеціальний набір психотехнік. Багато психотехнологій базується на комбінації різних психотерапевтичних методів і методик. Крім цього, сучасні психотехнології резильєнтності включають духовні практики, медичні і фізичні процедури і надають рекомендації з підтримки здорового способу життя та харчування. Деякі варіації можуть відображати і культурні відмінності, адже, вона є важливим фактором і може вплинути на те, як людина висловлює свої почуття та справляється з труднощами.

Таким чином, на основі виявлених нами значущих кореляційних зв'язків психологічної стійкості із такими аспектами дослідження як копінг-стратегії особистості в стресових ситуаціях, когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя, стабільності психічного здоров'я та психологічних рис особистості, в структурі свого тренінгу виділяємо такі тематичні блоки: 1) загальне розуміння стійкості; 2) вміння керувати власними емоціями; 3) ефективне вирішення завдань та прийняття рішень; 4) розвиток психологічного благополуччя; 5) важливість відкритості новому досвіду.

5.2. Програма розвитку резильєнтності молоді в умовах війни

Розвиток психологічної стійкості – це особистий шлях кожного, спрямований на формування та розвиток здатності справлятися з життєвими труднощами, відновлюватись після них, сприяє позитивній адаптації після несприятливих змін та готовності до них. Адже, як продемонстрував теоретичний аналіз наукових досліджень та праць з обраної проблематики, не всі люди однаково реагують на травматичні та стресові життєві події і можуть

відновитись після них. Тому, в розробці тренінгової програми ми зважали на те, що підхід до формування стійкості, який працює для однієї людини, може не бути ефективний для іншої. Здійснюючи планування тренінгової програми ми не ставили за мету досягнення максимального рівня резильєнтності учасників тренінгу. Адже розглядаємо розвиток психологічної стійкості як тривалий комплексний процес цілеспрямованих змін особистості.

Тому, пропонуємо розроблену нами тренінгову програму як щотижневі півтора годинні практичні заняття, що дасть учасникам можливість розвинути свої навички подолання та стійкість до стресових факторів у безпечному та сприятливому середовищі, де вони зможуть здобути необхідні знання та навички. Розвиток та підвищення рівня психологічної стійкості – це тривалий та послідовний процес, який потребує постійного підкріплення у вигляді вміння управляти емоціями, ефективно вирішувати завдання та приймати рішення, розвитку креативного мислення, нових знань та досвіду, а також особистісної мотивації до активної діяльності. Тому головним завданням ми визначили, як сприяти, дати поштовх до активного розвитку психологічної стійкості, допомогти студентам у визначенні напрямів роботи над собою за допомогою спеціально створеної нами тренінгової програми.

Мета тренінгу: формування в учасників тренінгу практичних навичок та вмінь щодо розвитку психологічної стійкості, які вони в майбутньому можуть самостійно застосовувати в житті; вироблення навичок соціальної взаємодії, завдяки роботі в групі. Основними завданнями тренінгу розвитку психологічної стійкості молоді, зокрема студентів, є:

- сформувати в учасників знання в темі психологічної стійкості;
- розвиток вміння регуляції емоцій;
- формування навичок для ефективного вирішення завдань та прийняття рішень;
- розвиток психологічного благополуччя;
- формування навичок важливих для відкритості новому досвіду.

Тренінг передбачає проведення п'яти занять, щотижня по одному заняттю, тривалістю 1.5 години. Місцем проведення тренінгових занять пропонуємо використовувати кімнату (аудиторію), де передбачається наявність м'яких зручних стільців (згідно кількості учасників) розташованих по замкнутому колу та двох великих столів у різних кутках для виконання роботи в групах.

Структура кожного тренінгового заняття була побудована за такою схемою:

1. Привітання;
2. Представлення теми заняття;
3. Вправи на оптимізацію групової взаємодії;
4. Основна (робоча) частина (містить теоретичні довідки, вправи пасивного характеру, рухливі ігри, рефлексія);
5. Підведення підсумків заняття (висловлювання усіх учасників про свій актуальний стан, побажання та пропозиції);
6. Вправа на прощання.

Перше заняття тренінгу «Розвиток психологічної стійкості». Тренінг розпочинається із вступного заняття та передбачає ознайомлення учасників із поняттям «психологічна стійкість», представленням актуальності теми, проведення інтерактиву щодо розвіювання міфів про психологічну стійкість, оволодіння знаннями, навичками та стратегіями її розвитку. Також у межах першого заняття учасники мають змогу попрактикувати техніки цілепокладання та заземлення.

Друге заняття «Емоції. Як навчитись управляти своїми емоціями?» спрямоване на формування групової взаємодії, учасникам пропонується вправа на повідомлення про свої очікування, проводиться визначення, розуміння та прийняття правил роботи групи її учасниками. Заняття спрямоване на встановлення довірливих відносин, ознайомлення учасників із ознаками команди та розвиток вміння ефективно взаємодіяти, а також на згуртування учасників тренінгу та формування відчуття спільності для сприятливого емоційного клімату групи для наступних зустрічей. Також друге заняття має на

меті ознайомити учасників із поняттям «емоції», значення їх в житті людини, важливість вміння ними керувати, розуміння відмінності емоцій від настрою. Так, учасники мають змогу за допомогою відповідних технік та вправ практично розвинути рівень протистояння впливу негативних емоцій, ознайомитись та оволодіти навичками емоційної регуляції, закріпити отримані теоретичні та практичні знання та провести рефлексію.

Третє заняття «Як ефективно вирішувати завдання? Техніки прийняття рішень» спрямоване на розвиток практичних умінь та знань стратегій вирішення завдань та прийняття рішень у різних життєвих ситуаціях. Для реалізації цієї мети учасники мають можливість на практиці ознайомитись та оволодіти техніками прийняття рішень для досягнення власних цілей, які вони можуть самостійно застосовувати у своєму житті.

Четверте заняття «Психологія благополуччя: Які звички роблять нас щасливими?» націлене на ознайомлення учасників із поняттям «благополуччя» та його видами, роллю нейромедіаторів у відчутті щастя. В межах цього заняття учасники мають змогу оволодіти навичками розвитку психологічного благополуччя, попрактикувати техніки позитивного мислення.

П'яте завершальне заняття «Відкритість новому досвіду» акцентує увагу на важливості способів та стратегій розвитку відкриттю новому досвіду. Учасники ознайомлюються із техніками підвищення рівня креативності та гнучкості мислення для досягнення власних цілей у будь-яких життєвих ситуаціях. Це дасть змогу учасникам бути відкритими до нового досвіду, що часто залежить від психологічної готовності приймати зміни, стимулів для вивчення нового та вміння бачити можливості у новому досвіді.

Таким чином тренінг із розвитку психологічної стійкості для молоді містить п'ять занять: розвиток психологічної стійкості; емоції, як навчитись управляти своїми емоціями; як ефективно вирішувати завдання, техніки прийняття рішень; психологія благополуччя: які звички роблять нас щасливими; відкритість новому досвіду.

Вважаємо, визначену структуру та зміст тренінгових занять оптимально відображають завдання та сприяють досягненню мети тренінгу. Розроблений тренінг сприятиме розвитку теоретичних та практичних навичок розвитку психологічної стійкості, налагодженню соціальних контактів, а також формуванню резильєнтності молоді.

Методична структура тренінгу

Тренінг 1 – вступний «Розвиток психологічної стійкості»

Мета: ознайомити студентів з поняттям психологічна стійкість, факторами стійкості, ознаками, та способами її розвитку.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомлення з поняттям психологічна стійкість та стратегії розвитку.
Визначити значення психологічної стійкості в житті людини.
2. Оволодіти навичками розвитку психологічної стійкості.
3. Оволодіти навиками цілепокладання та заземлення.

Програма тренінгу передбачає:

1. Знайомство. Формування атмосфери довіри у робочій групі. Гармонізація психоемоційного стану.
2. Важливість розвитку психологічної стійкості для особистості.
3. Оволодіння навичками розвитку психологічної стійкості.
4. Техніки цілепокладання та заземлення: ознайомлення та застосування.
5. Завершення: закріплення отриманих знань, рефлексія.

Хід заняття

Вступне слово - 5хв.

Повідомлення теми і мети заняття.

Вступне слово: Сьогодні усі ми стикнулися із стресовою та травматичною ситуацією – війною в нашій країні. Однак важкі часи мають різний вплив на кожного з нас. Цікаво чи ви помітили, що одна людина виходить із кризи сильнішою, а інша, навпаки, опускає руки?

Запитання до учасників: Як ви вважаєте чому? – відповіді. Вся справа у психологічній стійкості.

Інформаційне повідомлення 8 хв.

Що таке психологічна стійкість? В період труднощів та негараздів в нашому житті кожен з нас потребує внутрішню силу, яка допоможе пережити цей складний час. Ця сила і є психологічна стійкість. Кожен з нас має певний рівень психологічної стійкості, який ми можемо розвинути та посилити.

Часто ми схильні думати про стійких людей як про тих, на кого не впливають виклики життя або які сприймають невдачі з лише посмішкою та сміються перед лицем своїх перешкод. Але це не про стійкість.

Стійкість — це здатність відновлюватися знову і знову з кожною перешкодою, з якою ми стикаємося.

Людина, яка виявляє невеликий емоційний стрес під час труднощів, не обов'язково демонструє стійкість. Людина, яка зазнає невдач і відчуває сильні негативні емоції, але спробує ще раз наступного дня, демонструє стійкість.

Простіше кажучи, стійкість – це здатність адаптуватися, і всі ми можемо продемонструвати стійкість. Зрозуміло, деякі люди можуть бути більш витривалими, ніж інші, але це не незмінна риса чи характеристика, яку ви маєте чи не маєте. Стійкість – це здібність, яку ви отримуєте, яку ви можете розвинути.

Запитання до учасників: Як ви вважаєте Для чого потрібна психологічна стійкість? - відповіді

Інформаційна вставка: 5 хв

Для чого потрібна психологічна стійкість? У сучасному динамічному світі, для нас повсякденною реальністю стають складні ситуації. Однак люди з розвинутою психологічною стійкістю здатні легше та ефективніше впоратися з новими викликами життя та адаптуватися до нових умов.

Також психологічна стійкість має вплив на наше загальне самопочуття. Людина демонструє значно менше напруги або фізичних реакцій у випадку стресових ситуацій. Стійкість дає змогу активно планувати свої думки та дії. В свою чергу, це зменшує хвилювання та дозволяє побачити нові напрямки руху: загалом ви будете більш відкриті до змін в житті.

Інтерактив: Давайте розглянемо та розвіємо декілька поширених міфів про психологічну стійкість:

Міф 1: Стійкість – це риса: ви або народжуєтеся стійким, або ні.
Правда: стійкість – це навичка, яку можна навчитися та розвивати з часом.

Міф 2: витривалі люди несприйнятливі до стресу та негативу.
Правда: кожна людина час від часу відчуває стрес і негатив. Але стійкі люди вибирають позитивну реакцію на виклики, щоб знайти сенс і мету свого життя.

Міф 3: витривалі люди витривалі та незалежні; їм не потрібна допомога інших.

Правда: витривалі люди винахідливі - сім'я та друзі є одними з їхніх найважливіших ресурсів.

Міф 4: нещастя робить людей сильнішими.

Правда: не біда робить людей сильнішими - це процес боротьби, навчання та наполегливості робить людей сильнішими.

Фактори стійкості

На стійкість впливає безліч факторів, включаючи генетику, навколишнє середовище та життєвий досвід. Дослідження показали, що деякі люди можуть народитися зі схильністю до стійкості, тоді як іншим може знадобитися більше працювати, щоб розвинути цю навичку.

Фактори середовища, такі як доступ до ресурсів і соціальна підтримка, також можуть впливати на стійкість. Життєвий досвід, у тому числі травми та негаразди, може посилити або послабити стійкість. Розуміючи ці фактори, ми зможемо краще зрозуміти, як розвинути стійкість у собі та інших.

Багато факторів сприяють розвитку психологічної стійкості, зокрема:

- турботливі та підтримуючі стосунки
- позитивне ставлення та самооцінка
- вміння будувати реалістичні плани
- впевненість у своїх силах і здібностях
- ефективне вирішення проблем
- вміння бути хорошим комунікатором

- управління сильними почуттями та імпульсами

Хоча деякі з нас більш стійкі від природи, ніж інші, хороша новина полягає в тому, що ви можете розвиватися та вдосконалюватися. Стійкість можна тренувати та розвивати.

Сьогодні ми розглянемо деякі з видів діяльності та техніки, які можуть допомогти вам розвинути стійкість, тоді як інші можуть змусити вас зрозуміти, наскільки ви вже є стійкими. У будь-якому випадку, результатом сьогоднішнього тренінгу для вас стане більша впевненість у вашій здатності відновлюватись після труднощів.

- 1. Прийняття** - здатність прийняти своє минуле та теперішнє та ті речі, які ви не в змозі змінити.

Думки:

- Я акцентую свою увагу на можливих рішеннях і не витрачаю власну енергію, проявляючи невдоволення на речі, які я не в змозі змінити;
- Я приймаю, що негаразди, труднощі є частиною мого життя.

Вправа: Розпочніть із прийняття себе. Задумайтесь, що вам не подобається в собі (можливо, якась риса характеру чи фізична особливість). Дайте собі відповідь: які аспекти цього ви можете прийняти? Дозвольте собі бути недосконалим, а також прийняти свої слабкі сторони.

- 2. Позитивний внутрішній настрій** – тобто, прийняти оптимістичний погляд на себе, інших та на світ довкола.

Думки:

- Я бачу позитив у будь-якій ситуації і здатен взяти максимум з цього;
- Я з оптимізмом дивлюся у власне майбутнє.

Вправа: Вдячність здатна посилити вашу психологічну стійкість, почніть вести щоденник вдячності. Такий підхід дозволяє вам щодня зосередитись на позитивних речах у вашому житті та приділити їм більшого значення. Кожного ранку занотуйте 3 речі, за які ви вдячні, і кожного вечора 3 події, які вам особливо запам'ятались.

3. Самоефективність - передбачає впевненість у своїх силах та здатність впливати на деякі речі.

Думки:

- Труднощі – це можливості, я впевнений, що здатен зробити все, що захочу.
- Я відкритий до нового досвіду, навіть якщо це може здається складним спочатку.

Вправа: Знаючи, використовуючи та тренуючи власні сильні сторони, ви набуватимите більшої впевненості у власних силах і, таким чином, досягнете самоефективності. Фіксуйте власні сильні сторони і зосереджуйтесь на них, у моменти невпевненості. Подумайте: що у мене виходить добре? Що робить мене особливим? Також, ви можете поцікавитись у інших за що вони цінують вас.

4. Відповідальність - взяти на себе відповідальність передбачає визнання тієї ролі, яку ви граєте у ситуаціях та подіях.

Думки:

- Я відмовляюсь від ролі жертви і беру відповідальність за свої переживання та відчуття.
- Я приймаю власні сильні та слабкі сторони, поважаю свої бажання, потреби та особисті межі.

Вправа: Систематично розмірковуйте над власною поведінкою та діями, не перекладаючи провину на когось іншого. Погляньте з іншого боку на складну ситуацію та спробуйте винести урок з кожної проблеми. Усвідомте та навчіться відстоювати особисті кордони, говорити «ні».

5. Фокус на рішеннях – зосереджуйте увагу на рішеннях, обираючи курс дій, що підходить вам та допомагає рухатися далі.

Думки:

- Я не поринаю у негативні думки та бездіяльність, а навпаки, займаюся справами.
- Я шукаю та використовую навіть найменші можливості.

Вправа: У випадку, коли не можна змінити обставини, завжди є фактори, на які ви можете вплинути. Це стає можливим тільки якщо добре обмірковувати

ситуацію. Важливо знайти рішення і зосередитись на тому, що тут допоможе, замість того, аби аналізувати проблеми та їх причини.

6. Перспективний підхід - надавайте перевагу довгостроковим цілям, а не короткостроковим бажанням.

Думки:

- Я ставлю перед собою чіткі та реалістичні цілі та відповідно планую своє майбутнє.
- Я вмотивований власними цілями, зосереджуюсь на них, навіть у складні моменти.

Вправа: Важливо визначити, прописати та уважно подивитися на свої короткострокові, середньострокові та довгострокові цілі. Їх краще ставити за методикою SMART: S – Specific (конкретика); M – Measurable (вимірність); A – Achievable (досяжність); R – Realistic (реалістичність, значимість); T – Timed (часовий відрізок). Чого я хочу досягти? Яким є моє ідеальне майбутнє?

Техніка SMART: SMART — це аббревіатура, яка розшифровується як «конкретний, вимірний, досяжний, актуальний, обмежений у часі».

Коментар: Отже, подумки сформулюйте або запишіть досягну для вас мету. Зараз ми разом із вами розберемо її по кожному пункту. Головне, переконайтеся, щоб вона була вам до душі і була вимірною.

- **Specific** (конкретна). Ми конкретизуємо бажаний ефект, роблячи його зрозумілим та досяжним. Замість мрійливих, загальних формулювань, потрібно записувати конкретні наслідки на виході.
- **Measurable** (вимірювана) — допомагає зрозуміти, коли мету виконано.
- **Achievable** (досяжна) — очевидно, необхідно тверезо оцінювати здійсненність поставленої мети. Думати амбітно, але не літати у хмарах.
- **Relevant** (актуальна) — тут говоримо саме про те, щоб мета була близька вам, співвідносилася з вашою життєвою позицією, була цікава і корисна.

"Чому я цього хочу?" До Вашого вихідного бажання ведуть багато цілей, і, можливо, вони цікавіші. Вести здоровий спосіб життя можна по-різному: бігати, правильно харчуватися, плавати, грати у волейбол. Потрібно перевірити,

що вам більше підходить. Дослідити себе: що ви відчуваєте, йдучи різними шляхами здорового життя.

Якщо ціль складна і ви не впевнені, що хочете її переслідувати, – рекомендую поставити проміжну мету для експерименту. Пройти частину шляху та подивитися, як воно – чи є бажання далі прагнути до неї?

- **Time-bound** (обмежена в часі) – повинна мати дедлайн.

Інформаційне повідомлення 8 хв.

Тепер, розглянувши способи розвитку та посилення психологічної стійкості, пропоную розглянути та виконати разом ефективну техніку заземлення «54321», яка допоможе впоратись зі стресом, тривогою та яку ви можете легко застосувати у будь-якому місці та у будь-який час.

Коли ми у сильному стресі, наш мозок починає все катастрофізувати, а думки ширяють у голові зі швидкістю 100 кілометрів на годину. І, що цікаво, велика частина цього потоку думок живе або в минулому, або в майбутньому, але не в сьогоденні. Як зупинитись? У цьому допоможуть техніки заземлення, які знижують рівень тривожності та повертають у момент.

Заземлення – це терапевтична техніка, яка полягає у тому, щоб у момент сильного стресу та тривожності повернути себе у сьогодення. Психологи рекомендують застосовувати її у ситуаціях, що викликають неспокій. Наприклад, перед співбесідою, виступом, важливою зустріччю тощо.

Тривога завжди характеризується одним: вона виводить вас з цього моменту. Є тільки один спосіб возз'єднатися з теперішнім – через тіло, адже тіло знаходиться тут і зараз, а розум може тікати у минуле чи майбутнє.

Що зробити: Якщо ви розумієте, що рівень тривоги дійсно зашкалює, і треба допомогти собі заспокоїтись та повернутись у теперішнє, можна зробити це за допомогою п'яти почуттів. Просто виділіть 5 хвилин часу для спеціальної техніки. У чому її суть? Треба ідентифікувати:

5. П'ять речей, які ви бачите навколо себе. Це можуть бути стіл, кіт, книга.

4. Чотири речі, до яких ви можете доторкнутися. Це можуть бути обличчя, книжка, пальто.

3. Три речі, які ви чуєте. Це можуть бути машини, музика, розмова.

2. Дві речі, які ви відчуваєте. Це можуть бути аромат випічки, запах деревини.

1. Одну річ, яку ви можете спробувати. Це можуть бути жувальна гумка, кава, ополіскувач для ротової порожнини.

Інформаційна вставка: 5 хв.

Техніки заземлення, такі як 54321, можуть мати на нас істотний вплив, зокрема змістити фокус з ситуації, яка викликає неспокій, допомогти впоратися з тривожністю. Ця техніка відвертає увагу від негативних думок і допомагає зосередитись на сьогоднішньому.

У психології стійкість означає здатність долати труднощі з внутрішньою силою і гнучкістю, не тільки зберігаючи фізичне і психічне здоров'я, а й відчуваючи внутрішнє зростання у результаті.

Тренінг 2 «Емоції. Як навчитись управляти своїми емоціями?»

Мета: ознайомити студентів з поняттям «емоції», відмінністю емоцій від настрою, способами управління емоціями.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомлення студентів з поняттям емоції та способи управління ними.
Визначити значення емоцій та важливості ними керувати в житті людини.
2. Оволодіти навичками управління емоціями.

Програма тренінгу передбачає:

1. Знайомство. Формування атмосфери довіри у робочій групі. Гармонізація психоемоційного стану.
2. Важливість регуляції емоцій для психологічного здоров'я особистості.
3. Розвиток рівня протистояння впливу негативних емоційних ситуацій.
4. Оволодіння навичками управління емоціями.
5. Техніки контролю емоцій: ознайомлення та застосування.
6. Завершення: закріплення отриманих знань, рефлексія.

Хід заняття

Вступне слово - 5хв.

Повідомлення теми і мети заняття.

Вступне слово: емоції та настрої – основні складові кожного нашого дня, вони впливають на наше самопочуття та поведінку. Сьогодні ми разом відкриємо світ емоцій, розглянемо їх природу, чим емоції відрізняються від настрою та навчимося ефективно ними управляти. Для початку пропоную краще познайомитись та налаштуватись на роботу. Давайте виконаємо наступну вправу.

Вправа 1. Ніхто із Вас не знає, що я ..

Учасники передають один одному м'яч, при цьому той у чийх руках опиняється м'яч, повинен продовжити фразу «Ніхто із Вас не знає що я..», тобто повідомити групі про себе такий факт, якого ще не знають. Питання для обговорення: Що нового Ви дізнались про учасників? Чи легко Вам було розповідати нові факти про себе? Які почуття викликала дана вправа?

Вправа спрямована на оптимізацію групової взаємодії. Під час виконання вправи реалізується пізнавальна та спонукальна функції, пожвавлюється динаміка групової роботи.

Інформаційне повідомлення 8 хв.

Різниця між емоцією та настроєм.

Хоча терміни «емоції» та «настрій», на перший погляд, здаються синонімами, між ними є ключові відмінності. Емоція триває певну мить і є реакцією на щось. Настрій зберігається протягом тривалого часу, може виникати під впливом різних подій і не мати чіткої причини.

Що таке емоція?

Емоції виникають як відповідь. Їх може спричиняти внутрішній або зовнішній досвід, як-от спогади або перегляд фільму. Емоція складається з 3 компонентів: досвіду, який викликає емоцію, реакції та вашої відповіді. Емоції допомагають швидко приймати рішення, наближаючи вас до мети або відводячи від небезпеки. Кожна людина по-своєму відчуває та виражає емоції. Це залежить

від різних факторів, як-от життєвого досвіду, сімейної історії, культурних переконань і цінностей.

Що таке настрій?

Це почуття, які тривають певний час та не є реакцією на конкретну подію. Зазвичай настрої відчувається менш інтенсивно, ніж емоції. На відміну від емоцій, не завжди можна дізнатися точну причину настрою.

Ось деякі інші фактори, які можуть впливати на ваш настрій:

- Біологія: гормональні зміни, спричинені статевим дозріванням, менструацією чи старінням.
- Фізичне здоров'я: сон, водний баланс, харчування, активність або час, проведений на свіжому повітрі.
- Відносини: сім'я, друзі, кохані, колеги чи однокласники
- Фізичне середовище: шум, погода, якість повітря.
- Психологія: вивчені реакції на стрес, механізми психологічної адаптації, особливості особистості або думки про щось.

Вправа 2. Очікування.

Ведучий пропонує кожному з учасників тренінгу розповісти про мету, яку вони ставлять перед собою, очікування від роботи в групі, що кожний хоче отримати в результаті цієї роботи. Очікування можна занотувати та прочитати в групі. Значна увага приділяється реалістичності очікувань, а також посилення відповідальності учасників за роботу групи і особистісний досвід.

Вправа 3. «Формування правил роботи групи»

Визначення, розуміння та прийняття правил роботи групи її учасниками. Ведучий пропонує, а група приймає або відхиляє наступні правила:

1. Постійність. Кожен учасник працює від початку до кінця роботи групи, і не запізнюється;
2. Конфіденційність. Інформація про події в групі не повинна бути винесена за її рамки;

3. Активність. Кожний член тренінгової групи намагається бути активним учасником того, що відбувається і буде намагатись приймати участь у всіх подіях і вправах групи;
4. Відвертість у спілкуванні і право сказати «ні». Кожний член групи намагатиметься бути відвертим, але має право сказати «ні» у разі потреби;
5. Звертання по імені. Необхідно називати учасника по імені і не говорити про нього від третьої особи;
6. Персоніфікація висловлювань. Учасникам пропонується говорити: «Я вважаю, що...», «На мою думку ...», замість «Дехто думає...», «Більшість моїх друзів вважають, що ...»;
7. Недопустимість безпосередніх оцінок людини. При обговоренні того, що відбувається в групі не слід оцінювати учасників, можливо оцінювати лише дії і ті з позиції почуттів, наприклад: замість «Ти мені не подобаєшся...», слід вжити «Мені не подобається, коли ти..., у зв'язку з цим мені не приємно»;
8. Обговорення процедур по принципу «тут і зараз». Учасникам пропонується обговорювати лише те, що відбувається у групі з ними, і про те, що вони відмічають.

Інформаційне повідомлення 8 хв.

Емоції не є хорошими чи поганими, ваші переконання щодо емоцій визначають, як емоції впливатимуть на вас. Якщо людина вірить, що певна емоція погана, вона намагатиметься її ігнорувати чи уникати, це може ускладнити прийняття та подолання емоцій, а також призвести до того, що думки, почуття чи відчуття в тілі, спричинені певними емоціями, триватимуть довше

Природно відчувати різні емоції, навіть якщо ваш настрій залишається відносно однаковим. Якщо ви звертатимете увагу на свої емоції та настрої, то зможете зрозуміти, як ними керувати.

Існує багато способів покращити свій настрій:

- можна зайнятись улюбленою справою,

- запланувати зустріч із другом
- поговорити з близькою людиною

Хоча настрій часто змінюється, варто звертати увагу на ситуації, коли він починає заважати вашій роботі, повсякденній діяльності чи якості життя.

Часто ми схильні викреслювати з пам'яті неприємні події, де зіткнулися з нерозумінням, розчаруванням, втратою чи насильством — і коли нас просять про них розповісти, ми можемо виявити, що навряд чи пам'ятаємо, що було. Чому це відбувається? Так працює витіснення — один із психологічних захистів. Вибір того чи іншого захисту відбувається несвідомо і залежить від двох чинників: загальних можливостей психіки та рівня стресу, який людина переживає. Мета всіх захисних механізмів — захистити психіку від шкоди, зокрема витіснення оберігає її від можливого пошкодження.

Коли психіка стикається з обставинами, що травмують, вона «виштовхує» пов'язані з ними емоціями в несвідоме — тобто, забуває про них. Однак важливо знати, що емоції, які ми витісняємо, нікуди не йдуть: вони збираються, шукають виходу і впливають на нашу поведінку. Наприклад, людина, яка в дитинстві стикалася з поганим поводженням, може відчувати складнощі у побудові довірчих відносин в дорослому свідомому житті. Тож, давайте виконаємо вправу, яка допоможе вам у майбутньому управляти негативними емоціями та не витісняти їх.

Вправа 4. «Що робити з негативними емоціями? Конструктивно управляти емоціями – це означає...»

Емоції можуть зміцнювати стосунки, якщо мудро їх висловлювати.

Мета: звернення до досвіду групи стосовно питання управління негативними емоціями, активізація творчого ставлення до життя.

Метод: модерація.

Ресурси: фліпчарт, фломастери, чисті картки.

Опис: Об'єднайте учасників у малі групи і запропонуйте їм написати по 10 будь-яких слів, які спадають на думку. Потім, використовуючи ці слова, придумати конструктивні та деструктивні способи управління негативними

емоціями (наприклад: журнал – порвати і викинути у смітник; олівець – зробити масаж рук; фарби – малюнок емоції, мітла – прибрати в квартирі, склянка – налити і випити води та ін.). Пропозиції стосовно управління емоціями записати на окремих картках.

У цій вправі заохочуються застосування власного досвіду учасників щодо управління негативними емоціями, гумор, творчість. Потім лідери груп по черзі презентують результати, наклеюють картки на фліпчарт.

Після презентації можна запропонувати учасникам назвати ще інші способи управління емоціями та їх записати. Наприкінці ведучий структурує досвід групи, акцентуючи увагу на техніках управління емоціями.

Коментар: Конструктивно управляти емоціями не означає їх «гасити» або «тримати під контролем». Насправді, це: зафіксувати емоцію (подумки назвати її). Важливо точно знати, що відчуваєте – гнів, розчарування, пригніченість, сум, страх...; взяти відповідальність за свою емоційну реакцію

Вправа 5. "Концентрація на нейтральному предметі"

Протягом декількох хвилин сконцентрувати свою увагу на якомусь нейтральному предметі. Нижче наведено чотири можливості:

- Записати 10 найменувань предметів, речей, подій, які приносять задоволення.
- Потренувати свою пам'ять, згадуючи 20 здійснених вчора дій.
- Протягом двох хвилин запам'ятати ті якості, які вам найбільше в собі подобаються, і навести приклади кожного з них.

Рефлексія відчуттів:

- вам довго зосередити свою увагу на якомусь об'єкті?
- На чому легше утримувати увагу - на предметі або звуку?
- Від чого це залежить? концентрації?

Інформаційна вставка: 2 хв.

Чи варто записувати свої емоції та настрої?

Якщо ви записуватимете свої емоції та настрої, можливо, це допоможе вам зрозуміти життєві фактори, які впливають на ваш настрої. Якщо ви ведете

журнал емоцій, корисно визначати емоції та настрої, які ви маєте найчастіше, а також їх першопричину.

Вправа 6: «Контроль емоцій».

Існує безліч технік, які допомагають контролювати емоції, але однією з найефективніших є техніка "STOP", яка ґрунтується на наступних кроках:

1. Stop (зупиніться) – зупиніться та припиніть все, що ви робите на даний момент.
2. Take a deep breath (глибоко вдихніть) – зробіть глибокий вдих через ніс і затримайте подих на кілька секунд.
3. Observe (спостерігайте) – зверніть увагу на свої емоції та фізичні відчуття. Визначте, яка емоція виникла (гнів, огида, сором, страх...)
4. Proceed (продовжуйте) – після того, як ви визначили емоцію, приступайте до подальших дій з більш ясною головою та розумінням того, що ви відчуваєте.

Інформаційна вставка: 5 хв

Техніка "STOP" допомагає перервати цикл негативних емоцій, дозволяючи вам зосередитись на поточній ситуації та прийняти обдумані рішення, а не діяти під впливом емоцій. Емоційна зрілість це коли людина здатна розуміти, виражати та керувати своїми емоціями таким чином, що це сприяє здоровим відносинам з іншими, вирішенню конфліктів та сприяє психологічному благополуччю. Це означає, що вона може виражати свої почуття без агресії або деструктивних проявів, розуміти інші людські емоції, та ефективно вирішувати проблеми, пов'язані з емоціями.

Вправа 7: «Дихання 4 на 4 за 4».

Під час серйозного стресу людський організм виробляє стресові гормони—адреналін, кортизол та норадреналін, які можуть дати притік енергії та концентрації. Однак, коли ці гормони виробляються у великій кількості протягом тривалого часу, людина не може розслабитися. Тоді починаються проблеми зі сном, втрачається мотивація і наноситься серйозний удар імунній системі. Існує проста техніка для зняття стресу. Її можна назвати 4 на 4 за 4:

1. Зробіть 4-секундний вдих
2. Зробіть 4-секундний видих
3. Повторюйте протягом 4 хвилин

Коментар: Знайома техніка? Нею користуються йоги вже тисячу років
Застосування: медитація допомагає боротись зі стресом, але його також можна подолати, якщо зупинитись і зробити декілька глибоких подихів. Відомий письменник Тім Ферріс рекомендує повністю зупинитися та зробити три глибоких вдихи-видихи, перш ніж продовжувати свої справи.

Інформаційне повідомлення 8 хв.

Пам'ятайте те, що вам не потрібно нав'язувати собі гарний настрій 24/7 та уникати негативних емоцій. Це добре – не забувати про любов і турботу про себе, але також нормально дозволяти собі посумувати чи відчувати образу на щось/когось. Це ОК – витратити свій час на сум чи роздуми. Кожну з ваших емоцій потрібно прожити, бо вони не є вашим ворогом, щоб закопувати їх глибоко всередину себе. Ховаючи свої емоції і відчуття ми ризикуємо стати жертвою хронічних захворювань і травм, від яких вилікуватись без допомоги спеціалістів майже неможливо.

Важливо не дозволяти негативним емоціям контролювати наше життя та спосіб мислення. Адже, замість цього ми можемо зосередитися на позитивних аспектах життя, на своїх цілях, зацікавленнях та взаємодії з позитивними людьми. Звичайно, іноді важко уникнути думок про неприємних людей або ситуації, особливо якщо вони безпосередньо впливають на наше життя. У таких випадках, замість того, щоб приховувати свої емоції, можна спробувати усвідомлювати їх, давати їм відповідний вираз, а потім поступово переходити до зосередження на позитивних аспектах та розв'язанні проблем.

Тренінг 3 «Як ефективно вирішувати завдання? Техніки прийняття рішень»

Мета: ознайомити студентів із стратегіями вирішення завдань, опрацювати техніки прийняття рішень.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомлення студентів із стратегіями вирішення завдань.
2. Оволодіти навичками прийняття рішень у різних ситуаціях.

Програма тренінгу передбачає:

1. Знайомство. Формування атмосфери довіри у робочій групі. Гармонізація психоемоційного стану.
2. Важливість вміння ефективно вирішувати завдання та приймати рішення для особистості.
3. Оволодіння навичками прийняття рішень.
4. Техніки ефективного вирішення завдань та прийняття рішень: ознайомлення та застосування.
5. Завершення: закріплення отриманих знань, рефлексія.

Хід заняття

Вступне слово - 5хв.

Повідомлення теми і мети заняття.

Вступне слово: Кожного дня ми приймаємо десятки, якщо не сотні рішень різного ступеня важливості. Якщо одні рішення майже не впливають на наше життя, то інші здатні кардинально її змінити. Сьогодні ми збираємось відкрити для себе світ вирішення завдань та навчитися використовувати різноманітні техніки для досягнення поставлених цілей. Навички вирішення завдань – це не тільки ключ до успішного розв'язання проблем, але й ефективний інструмент для досягнення особистих та професійних мет.

Інформаційна вставка 3 хв.

Чому важливо навчатися вирішувати завдання:

В наш час швидких змін та високої конкуренції, вміння ефективно аналізувати, планувати та знаходити оптимальні рішення стає надзвичайно важливим. Це стосується як особистого життя, так і професійних завдань.

Що ми плануємо вивчити сьогодні:

Ми розглянемо різні методи та техніки, що допоможуть нам легше орієнтуватися у вирішенні завдань. Вони нададуть вам інструменти для аналізу,

структурування та узгодження дій, щоб навчитися ефективно реагувати на будь-які ситуації.

Цілі тренінгу:

Сьогодні наша з вами мета – не лише ознайомитись з різними методами, а й дати можливість вправлятися у їх використанні через практичні завдання та обговорення. Ви зможете використовувати ці знання не лише тут, а й у вашому повсякденному житті та навчанні.

Почнемо наш шлях до вивчення ефективного вирішення завдань із ефективної техніки.

Техніка 1 «Квадрат Декарта»

Коментар: проста та зручна схема, яка допомагає побачити більш повну картину. Ця техніка акцентує увагу не лише на плюсах та мінусах вибору, а й на наслідках НЕвибору. Потрібно відповісти на чотири запитання:

- Що буде, якщо це станеться?
- Що буде, якщо цього не станеться?
- Чого не буде, якщо це станеться?
- Чого не буде, якщо цього не станеться?

Техніка 2 «10 / 10 / 10»

Коментар: часто ми зосереджуємося лише на короткострокових наслідках вибору, або навпаки, надто віддалених. Але ухвалювати рішення простіше, побачивши всю перспективу. Для цього спробуйте увити:

- Як ви будете ставитися до свого вибору через 10 хвилин?
- А через 10 місяців?
- Через 10 років?

Коментар: часом, нам важко вибрати ефективне рішення, для цього може знадобитись підбір та аналіз альтернативних рішень. Примірювання варіантів - це метод оцінки різних можливостей за певними критеріями. Він допомагає вибрати найкращий варіант, враховуючи важливість різних аспектів. Використання цього методу забезпечує об'єктивний підхід до прийняття рішень, сприяє уникненню помилок та ризиків, і допомагає зробити краще, більш

обдумане рішення. Давайте застосуємо цю техніку на практиці і ви самі в цьому переконаєтесь.

Техніка 3 «Примірювання варіантів»

1. Візьміть кілька листочків А4.
2. Напишіть або намалюйте на кожному одному з варіантів рішення.
3. Після цього покладіть листи на підлогу в будь-якому порядку та по черзі встаньте на кожен.
4. Коли ставтимете на листок, зробіть вдих і ви-дих. Зверніть увагу на себе.

Які ви відчуваєте емоції? Які думки?

Повторіть по черзі з кожним листочком. Якщо під час виконання вправи з'являються нові варіанти рішень - додайте їх.

Техніка 4 «Настрій вибору»

Коментар: Від того, в якому стані ми думаємо про рішення, змінюється те, як ми його оцінюємо. Для отримання більш об'єктивної картинки можна скласти невелику табличку. Напишіть рішення, які бажаєте прийняти.

- Як би ви підійшли до проблеми у сумному/тривожному настрої.
- Як би ви сприйняли ситуацію у щасливому та впевненому стані.

Вправа 5. Підведення підсумків.

Сьогодні ми розглянули різноманітні методи орієнтації на вирішення завдань, що можуть стати вам у пригоді в будь-якій сфері. Ці знання можуть стати основою для досягнення успіху та прийняття більш обдуманих рішень.

Учасникам тренінгу пропонується висловити свій актуальний емоційний стан, а також відповісти на питання: що я отримав від цього заняття? Що було для мене відкриттям? Що мене здивувало, наштовхнуло на подальші роздуми? З яким почуттям закінчую тренінгове заняття?

Коментар: Знання, отримані сьогодні, - це ваша перевага у вирішенні завдань та прийнятті рішень. Бажаю вам успіху і впевнений, що ви зможете використовувати ці методи з великою користю для себе!

Наприкінці заняття після того, як всі учасники групи висловились, ведучий пропонує ввести «ритуал прощання» – поаплодувати один одному за роботу в групі.

Тренінг 4 «Психологія благополуччя: Які звички роблять нас щасливими?»

Мета: ознайомити студентів із поняттям психологічне благополуччя, його видами, зв'язком нейромедіаторів із відчуттям щастя у житті та способами його підвищення.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомлення студентів із поняттям психологічного благополуччя та його видами, роллю нейромедіаторів у цьому.
2. Оволодіти навичками розвитку психологічного благополуччя.

Програма тренінгу передбачає:

1. Знайомство. Формування атмосфери довіри у робочій групі. Гармонізація психоемоційного стану.
2. Важливість ролі нейромедіаторів у проживанні щастя та благополуччя для особистості.
3. Розвиток навичок для підвищення рівня психологічного благополуччя.
4. Техніки підвищення рівня благополуччя: ознайомлення та застосування.
5. Завершення: закріплення отриманих знань, рефлексія.

Вступне слово: Чи знаєте ви що робить нас щасливими та дозволяє нам відчувати благополуччя? Сьогодні ми разом розглянемо складові щастя та дізнаємось як підвищити рівень свого благополуччя.

Інформаційна вставка: 5 хв.

За наш настрій, впевненість в собі і задоволеність оточуючими відповідають гормони. Що відбувається з організмом людини, яка тривалий час перебуває у стресі? В тілі накопичуються «негативні» нейромедіатори: кортизол та адреналін. Наприклад, кортизол, що довгий час виробляється в організмі, становить загрозу здоров'ю серця, травної системи, пам'яті та концентрації. Але також він впливає на баланс нейромедіаторів. Через це «хороших»

нейромедіаторів, які асоціюються зі щастям, в тілі стає дедалі менше. Тому так важливо щодня піклуватись про свій ментальний стан та робити дії, які підвищуватимуть рівень «позитивних» нейромедіаторів.

Вправа 1: Техніка "Гармонізація кольорів":

Інструкція: учасники обирають колір, який вони асоціюють із своїм емоційним станом зараз. Наприклад, червоний може означати енергію, блакитний - спокій, жовтий - оптимізм.

Обговорення: час на обговорення вибору кольору та його асоціацій. Чому саме цей колір вони обрали? Як він відображає їхні поточні почуття?

Кольорова техніка: учасники вибирають колір, який би відображав те, як вони хочуть почуватися або який стан вони хочуть досягти. Наприклад, спокій чи радість.

Обговорення вибору: поділіться результатами. Чому саме цей колір вони обрали для позначення майбутнього стану? Як він відрізняється від їхнього поточного стану?

Коментар: ця вправа допомагає учасникам свідомо спостерігати свої емоції, асоціювати їх із кольорами та визначати свої прагнення щодо психологічного стану.

Інформаційне повідомлення 7 хв.

Благополуччя - це стан емоційного, психічного та фізичного самопочуття, який визначається не лише відсутністю стресу чи психічних проблем, але й наявністю позитивних емоцій, відчуття задоволення від життя та здатності до адаптації до різних життєвих ситуацій. Ключові аспекти благополуччя включають:

1. Фізичне благополуччя: здоров'я тіла, регулярна фізична активність, збалансоване харчування та відпочинок.
2. Емоційне благополуччя: стійкість емоцій, вміння розпізнавати та керувати ними, позитивне мислення та взаємодія з оточуючими.
3. Психологічне благополуччя: самоприйняття, розвиток навичок управління стресом та емоційна стабільність.

4. Соціальне благополуччя: взаємодія зі спільнотою, підтримка стосунків та здатність співпрацювати з іншими.

Розуміння та підтримання цих аспектів у балансі допомагають досягти стану благополуччя та забезпечують загальний добробут у нашому повсякденному житті.

Вправа 2. "Чотири благополуччя"

Учасники розділяються на чотири групи та обговорюють способи, які вони використовують для збереження кожного із запропонованих видів благополуччя: фізичне, емоційне, психологічне та соціальне благополуччя. Після цього важливо обговорити свої враження та вплив цієї вправи на їхнє самопочуття.

Коментар: ця вправа дозволяє учасникам розглянути різні аспекти благополуччя та звернути увагу на важливість фізичного, емоційного та психологічного здоров'я для загального психологічного благополуччя.

Інформаційне повідомлення 7 хв.

Тепер пропоную розглянути кожен нейромедіатор та способи його регуляції простими діями, окситоцин - нейромедіатор, який відповідає за соціальні зв'язки, любов та пов'язаний зі зменшенням стресу.

- Любов
- Обійняти близьку людину
- Провести час з друзями
- Погратися з домашнім улюбленцем
- Зробити комплімент
- Зайнятися любов'ю

Найпростіший спосіб отримати окситоцин - обійняти когось, кому довіряєте. Це про звичну рутину та маленькі щоденні речі які ми робимо одне для одного, усвідомлення, що нас приймають.

Ендорфіни, цей нейромедіатор називають маскувальником болю. Заспокоєння, зменшення стресу

- Зайнятися спортом

- Потанцювати
- З'їсти чорний шоколад
- Посміятися
- Прийняти гарячу ванну

Ендорфін відповідає за щастя, є природним опіатом і має виражену знеболювальну дію. Викид ендорфіну відбувається під час больового шоку і під час пологів, а також коли людина сміється, плаче, закохується, танцює або їсть смачну їжу.

Серотонін, відповідає за регулювання настрою та сну.

- Гарний настрій
- Провести час на сонці
- Помедитувати
- Зробити дихальну вправу
- Зайнятись йогою
- Прогулятися на свіжому повітрі

Регулюючи роботу мозку, серотонін впливає на сон, апетит, стан м'язів, а ще - на характер і настрій. Підняти рівень серотоніну в мозку можна під час прогулянок на сонці, під час занять спортом чи фізичною активністю. Крім того, важливий повноцінний сон.

Дофамін, нейромедіатор, яким відповідає за почуття задоволення, стимулює мислення і серцево-судинну систему.

- Задоволення і винагорода
- Виконати невелике завдання
- Послухати музику
- Зайнятися спортом
- Смачно поїсти
- Спробувати щось нове

Дофамін відповідає за мотивацію та радість від руху, їжі чи сексу. Усвідомлення того, що ви реалізуєте власні плани, також стимулюватиме виділення дофаміну. Тому тут чудово підійде планування, складання списків,

виконання маленьких досяжних задач.

Вправа 3. «Позитивне осмислення»

Учасникам пропонується назвати і описати будь-які стресові ситуації, які були або існують у житті. Завдання полягає в тому, що треба знайти в цих ситуаціях якомога більше позитивного. Негативну подію розглянути як позитивну. Знайти користь у емоціях страху, гніву, печалі, образи, провини і т.д. Поміркувати над тим, яку психологічну вигоду можна дістати із таких ситуацій.

Питання для обговорення: У чому сутність позитивних функцій негативних емоцій? З якими з них особисто Ви стикалися у своєму житті? Чим допомогли Вам негативні емоції та почуття? Які почуття Ви відчували, коли виконували цю вправу? Які труднощі Ви мали? Чому Ви навчилися завдяки даній вправі? Що із отриманого досвіду Ви будете використовувати у подальшому житті?

Вправа 4: Побаження на майбутнє

На спину учасникам прикріплюється аркуш паперу А4, на якому інші учасники можуть написати свої побажання на майбутнє. Після закінчення вправи учасники читають написане і обговорюють в групі.

Побаження мають сприяти атмосфері легкості та радості в групі. Аналіз побажань учасниками групи виступає певним зворотнім зв'язком і може сприяти розширенню знань про себе, трансформації Я-образу

Тренінг 5 «Відкритість новому досвіду»

Мета: ознайомити студентів із поняттям відкритість новому досвіду та способами його розвитку.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомлення студентів із поняттям відкритість новому досвіду, його важливістю та способами його розвитку.
2. Оволодіти навичками розвитку гнучкості мислення та креативності.

Програма тренінгу передбачає:

1. Знайомство. Формування атмосфери довіри у робочій групі. Гармонізація психоемоційного стану.
2. Важливість ролі відкритості до нового досвіду та вміння шукати нові ідеї для особистості.
3. Розвиток навичок пошуку ідей та готовності до нових викликів.
4. Техніки підвищення рівня креативності та гнучкості мислення: ознайомлення та застосування.
5. Завершення: закріплення отриманих знань, рефлексія.

Вступне слово: Сьогодні ми зосередимося на важливості відкритості до нового досвіду. Це допомагає розвивати креативність та пристосовуватися до змін у житті.

Вправа 1. Ніхто із Вас не знає, що я ..

Учасники передають один одному м'яч, при цьому той у чийх руках опиняється м'яч, повинен продовжити фразу «Ніхто із Вас не знає що я..», тобто повідомити групі про себе такий факт, якого ще не знають. Питання для обговорення: Що нового Ви дізнались про учасників? Чи легко Вам було розповідати нові факти про себе? Які почуття викликала дана вправа?

Коментар: спрямована на оптимізацію групової взаємодії. Під час виконання вправи реалізується пізнавальна та спонукальна функції, пожвавлюється динаміка групової роботи.

Інформаційна вставка 5 хв.

Важливість відкритості новому досвіду.

Відкритість до нового досвіду допомагає людям вдосконалювати свої здібності, розвивати нові навички та ефективно вирішувати проблеми. Це сприяє пошуку нових можливостей та зростанню як особистісно, так і професійно.

Також збагачення досвіду можливе і через різноманітність, адже інтереси та думки різних людей можуть відрізнятися. Важливо відкритися до різноманітності поглядів, оскільки це може привести до нових інсайтів та неочікуваних рішень.

Відкритість до нового досвіду часто залежить від психологічної готовності приймати зміни, стимулів для вивчення нового та вміння бачити можливості у новому досвіді.

Вправа 2: Техніка «Mind Mapping»

Коментар: Зараз ми спробуємо виконати техніку Mind Mapping. Ваше завдання - створити карту розуму на тему «Нові способи як розвивати психологічну стійкість». Потім обміняємось ідеями та обговоримо, як їх можна втілити.

Вправа 3: Техніка «Бланк ідей»

Коментар: Тепер ми переходимо до техніки «Бланку ідей». У вас є 10-15 хвилин, щоб записати якнайбільше ідей для покращення навчального процесу. Потім обговоримо, як це можна впровадити.

Інструкція: Учасникам надається завдання записати якнайбільше ідей протягом 10-15 хвилин на покращення певної сфери (робочого процесу, реклами, розвитку продукту тощо).

Обговорення: Поділ ідей, обговорення їхнього потенціалу та можливостей впровадження.

Інформаційна вставка: 5 хв

Важливо розуміти, що зміни неминучі, але психологічно стійкі люди завжди усвідомлюють цей факт. Отже, вони дуже адаптивні та гнучкі до змін. Вони дивляться на зміни як на можливу нову можливість – навіть якщо ця зміна неприємна чи незручна. Щоразу, коли життя кидає вам несподівану подію чи ситуацію, приймайте це як новий виклик та можливість. Проштовхуйтеся і робіть з цього найкраще кожного разу. Нехай кожна позитивна чи негативна зміна стає дорогою до кращого. Таке мислення допоможе вам розвинути психологічну стійкість у будь-якій негативній ситуації. З часом у вас зросте ця навичка, і кожна нова проблема буде вас турбувати все менше.

Вправа 4: «Дій!»

Коментар: пропоную вам сформулювати плани на майбутнє з урахуванням знань, отриманих під час тренінгу.

1. Запропонуйте кожному учаснику подумати про те, що він отримав від курсу, і що збирається робити після завершення навчання.
2. Запропонуйте учасникам розділити аркуш паперу на три стовпці з написом «Шість місяців», «Три місяці» й «завтра» та заповнити ці стовпці.
3. Дайте учасникам 15 хвилин, а потім попросіть кожного зачитати одну найважливішу річ із колонки.
4. Обговорення.

Інформаційна вставка: 5 хв

Завершуючи цей тренінг, варто підкреслити, що відкритість до нового досвіду - це не лише ключ до знань, але й важливий аспект психологічної стійкості. Шукаючи нові можливості й навички, ми зміцнюємо свою гнучкість та здатність адаптуватися до змін. Ваша відкритість - це сила, яка допоможе вам в особистому та професійному зростанні. Застосовуйте цей підхід в повсякденному житті, він додасть вам не лише знань, але й психологічної стійкості. Дякую за вашу участь та активність!

Отже, аналіз останніх наукових досліджень публікацій підтверджує, що більшість науковців акцентує увагу на діагностиці загального рівня резильєнтності та конкретного набору захисних (резильєнтних) факторів, ресурсів, компетенцій та адаптивних систем, які є мішенями для психологічного втручання, і для впливу на які формується спеціальний набір психотехнік. Багато психотехнологій базується на комбінації різних психотерапевтичних методів і методик. Крім цього, сучасні психотехнології резильєнтності включають духовні практики, медичні і фізичні процедури і надають рекомендації з підтримки здорового способу життя та харчування. Деякі варіації можуть відображати і культурні відмінності, адже, вона є важливим фактором і може вплинути на те, як людина висловлює свої почуття та справляється з труднощами.

Таким чином, на основі виявлених нами значущих кореляційних зв'язків психологічної стійкості із такими аспектами дослідження як копінг-стратегії особистості в стресових ситуаціях, когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя, стабільності психічного здоров'я та психологічних рис

особистості, в структурі свого тренінгу виділяємо такі тематичні блоки: 1) загальне розуміння стійкості; 2) вміння керувати власними емоціями; 3) ефективне вирішення завдань та прийняття рішень; 4) розвиток психологічного благополуччя; 5) важливість відкритості новому досвіду.

Вважаємо, визначену структуру та зміст тренінгових занять оптимально відображають завдання та сприяють досягненню мети тренінгу. Розроблений тренінг сприятиме розвитку теоретичних та практичних навичок розвитку психологічної стійкості, налагодженню соціальних контактів, а також формуванню резильєнтності молоді.

5.3. Медіарелігійність як стратегія подолання та стійкості в умовах кризи

Сучасне суспільство відрізняється значною інформатизацією усіх сфер життя. Змінюються і способи сповідання релігії. Так, за останні роки з'явилися мобільні додатки для релігійних практик, а саме електронні «смарт-чотки» у католиків (BBC NEWS Ukraine, 2019), додаток «Моя церква» з молитвами і чатом зі священниками (Ukrainian Pravda, 2021) тощо. Трансформація релігійності особистості із посередництвом сучасних інформаційних технологій створює актуальність вивчення нового феномену.

Поняття медіарелігійності ми визначаємо як сучасну форму релігійності особистості, породжену трансформацією сучасного світу і збільшенням ролі медіа (телебачення, інтернету, соціальних мереж тощо). Така релігійність особистості має мережеві принципи комунікації, розмиває кордони між сакральним, ритуальним і секулярним, світським. Медіарелігійність не прив'язує до певної території чи храму, дає можливість брати участь у онлайн службах із будь якої точки світу. Загалом, можна підсумувати, що медіарелігійність є закономірним проявом процесу переходу релігії у інформаційне суспільство.

Багато психологів-науковців розглядають поняття релігійності у контексті суб'єктивного благополуччя особистості та задоволеності життям. Загалом, релігійність вважається позитивними прогностичними факторами суб'єктивного

благополуччя та його когнітивного виміру (задоволеність життям). Науковці стверджують, що люди, які відчують більший зв'язок із вищою силою, які демонструють високу релігійну та духовну причетність, схильні давати більш позитивну оцінку свого життя (Ramsay et al., 2019).

Наше дослідження реалізовувалось в умовах пандемії. Загалом, усі науковці сходяться на думці, що карантин через Covid-19 має великий вплив на психологічний стан суспільства. Психологічні наслідки пандемії коронавірусу залежать від індивідуальних відмінностей у реагуванні та сприйнятті ризику, а також практики особистої гігієни у зв'язку із соціальним дистанціюванням (Abdelrahman, 2022). Обмеження, пов'язані з пандемією, що підривають економічну стійкість та добробут, викликають хвилювання, страх, гнів, роздратування, розчарування, безпорадність, самотність та нервозність. Економічний спад, безробіття та бідність сильно пов'язані з серйозними наслідками психологічних супутніх захворювань, наприклад суїцидальної поведінки. Існує одне попереднє дослідження, яке вивчало взаємозв'язок самогубств та коронавірусу в Бангладеші (Bhuiyan, Sakib, Pakpour, et al., 2021). S. Sahoo з групою дослідників повідомили про деякі психологічні наслідки для Індії, включаючи виявлення шкоди через дезінформацію COVID-19. Більше того, науковці стверджують, що брак точної інформації може вплинути на психічне здоров'я (наприклад, викликати депресію, тривогу, паніку та травматичний стрес) (Sahoo, Rani, et al., 2020).

Одним із особистісних ресурсів для подолання психологічного дистресу через пандемію може виступати релігійність. Закордонні дослідники окреслюють чинники релігійності, які є основою запобігання та подолання негативних емоційних станів, серед яких:

1. Конкретні вірування, а саме: а) переконання про життя чи воскресіння після смерті, можуть зменшити депресію і тривогу (Flannelly, et al., 2006); б) милосердний образ Божий, суворий образ Бога, пов'язаний з вищим рівнем депресії у чоловіків (Greenway, et al., 2003); с) переконання, які зменшують безвихідь (Murphy, et al., 2000).

2. Використання позитивних релігійних подолань, таких як бачення Бога як союзника. Негативний вплив мають такі стратегії, як благання, пов'язані з більш високим рівнем смутку (Smith, et al., 2003).

3. Соціальна підтримка релігійних громад чи духовна підтримка, відчуття того, що людину любить Бог. Обидва види підтримки пов'язані із захисним впливом проти стресу, зниженням рівня депресії і більш високий рівень задоволеності життям (Harris, et al., 2008; Harris, et al., 2018).

4. Релігійна мотивація. Дослідження США та Великобританії виявили, що дорослі люди з високим рівнем внутрішньої мотивації пов'язуються з нижчим рівнем тривоги та депресії, в той час як ті, що мають зовнішня мотивація має більш високий рівень депресії. Однак є чимала індивідуальна варіація таких взаємозв'язків, демонструє складну структуру таких зв'язків між релігійними проблемами, мотивацією, типом стресу та депресією (Laurencelle, et al., 2002).

Релігійність формує чи уточнює систему координат особистості стосовно світу та себе, що допомагає створювати умови для благополучного розвитку особистості. Релігійність не завжди на пряму впливає на психологічне благополуччя, але дає можливість формувати свій самоактуалізаційний потенціал, убезпечує людину від стресового впливу ендо- та екзогенних факторів. Корисні ефекти релігії поділяються на дві основні категорії, соціальні та когнітивні. Так, належність до релігійної спільноти забезпечить соціальну та духовну підтримку. Релігійне навчання та соціальний тиск можуть допомогти контролювати певні форми психічної поведінки, наприклад, зловживання наркотиками та алкоголем. Також, релігія надає особливого сенсу усім подіям, що впливає на концептуальне кодування та мислення, змінюючи його, гармонізуючи. Загалом, релігія може дати особистості так звані копінг-стратегії як загальні схеми чи структури психологічного подолання складних життєвих ситуацій (Kostruba, Fishchuk, 2023).

Отже, трансформація суспільних процесів у зв'язку із діджиталізацією усіх сфер життя, що пришвидшилась у зв'язку із пандемією, змінила і спосіб сповідування релігії. Для залучення молодого покоління до релігії та віри

більшість церков в Україні та світі розширили свою діяльність у засобах масової інформації.

Враховуючи теоретичний огляд досліджень, що підтверджують ефективність релігійності як копінг-стратегії ми вирішили емпірично виявити чи існує взаємозв'язок між медіарелігійністю та копінг-стратегіями. Отже, мета дослідження – емпіричний аналіз взаємозв'язку медіарелігійності та копінг-стратегій особистості в умовах кризи пандемічних обмежень. Часто звернення до релігійних роздумів чи практик є способом впоратись із важкими життєвими обставинами, тобто релігійність виступає копінг-стратегією особистості (Aflakseir, & Mahdiyar, 2016; Torralba, et all., 2021). У сучасних дослідженнях проблема копінг-поведінки вивчається в контексті теорії психологічної адаптації (Wamsler, Brink, 2014). Копінг можна трактувати як поведінку, спрямовану на усвідомлене управління стресовими чинниками, яку використовує індивід для відповіді на сприйняту загрозу.

Найсучасніші дослідження релігійних копінг-стратегій іспанських та італійських дослідників J. Torralba, L. Oviedo та M. Canteras у результаті емпіричних розвідок виявили, що позитивний ефект на життя людини від релігійної віри існує, але він є досить помірним, щоб використовуватись як провідна стратегія подолання. Також достатньо важко виокремити і розмежувати поняття релігійних, світських, священних, надприродних і природних стратегій подолання. А релігійне подолання та пошук сенсу перед труднощами настільки тісно пов'язані, що їх потрібно вивчати в одному кластері (Torralba, et all., 2021).

Дуже детально релігійність і духовність особистості як підтримувальну стратегію дослідила група англійських науковців O. Ozcan, M. Hoelterhoff, E. Wylie. Вчені стверджують про дієвість такої стратегії через низку чинників, серед яких: ідентичність, прийняття і соціальна підтримка спільноти (Ozcan, Hoelterhoff, Wylie, 2021). Ідентифікація як віруючої чи духовної особи, дотримуючись при цьому своїх цінностей, є значною підтримкою для особистості. Це переконання розвивається в рамках терапії прийняття та зобов'язань (АСТ). Втеча від емоцій, думок та спогадів – це «один із найбільш

патологічних процесів, відомих (як) ... уникнення досвіду ... навіть тоді, коли спроба зробити це завдає психологічної шкоди" (Hayes, 2004: 649-650). Відповідно, практикуючи свою віру та духовність, людина отримує можливість прийняти та переробити ці емоції, думки та спогади, замість того, щоб уникати досвіду. Це може зменшити психологічну шкоду. Соціальна підтримка позитивно впливає на психічне здоров'я, наприклад, через регулярну спільну духовну практику, яка з часом може підвищити психологічну стійкість. Хоча релігійність та соціальна підтримка не обов'язково позитивно корелюють один з одним у світських контекстах (Kvande et al. 2015), але відчуття учасників, що вони «захищені» та підтримувані як частина молитовних або медитаційних спільнот має значний позитивний ефект як стратегія подолання.

Кілька релігійних напрямків копіngu мають різні підходи до контролю. У зв'язку з цим виділяють три варіанти копінг-стратегій: 1) стиль відстрочки – людина у всьому покладається на Бога; 2) прямий стиль – провідна роль у подоланні стресу надається індивідуальності релігійної особистості; 3) колаборативний стиль – Бог і людина працюють разом над вирішенням ситуації. Загалом, дослідження стверджують, що колаборативний стиль працює найкраще (Nelson, 2009: 322-326).

К. Паргамент стверджує, що існує три основні стилі релігійного подолання (копінг-стратегій) (Pargament, 1997:180-182). Копінг спрямований на себе, коли особа визнає присутність священного, але покладається на себе, а не на Бога, щоб вирішити проблему. Тут акцент робиться на особистій автономії і контролі. Копінг з опорою на власні сили негативно пов'язаний з молитвою, внутрішньою мотивацією, релігійною ортодоксальністю. Але позитивно пов'язаний з почуттями особистого контролю, самооцінки, а також з високим рівнем тривожності. Люди, які використовують цей стиль подолання часто лише погіршують своє психічне здоров'я.

Протилежний цьому – стиль покори, в якому відповідальність за проблему покладена на Бога. Таким чином, людина є більш пасивною і залежить від волі Божої. Цей вид релігійного копіngu пов'язаний з нижчим особистим контролем

та самооцінкою, з ортодоксальністю, релігійною приналежністю, нетерпимістю, а також з низькою психосоціальною компетентністю.

Третій тип релігійного копіngu – співпраця, який передбачає активне партнерство між людиною та Богом. Це пов'язано з високим особистим контролем та самооцінкою і, ймовірно, пов'язане з внутрішньою релігійністю. Стиль співпраці позитивно пов'язаний з молитвою, релігійною проникливістю та участю, більшою психосоціальною компетентністю. Щодо психічного здоров'я, то цей стиль пов'язаний з розширенням можливостей та посиленням відновлення нормальної активності людини.

Загалом, науковці стверджують, що релігійність допомагає долати причини депресії, зменшують страх, тривожність, задовільняють базові психологічні потреби, дарують надію, допомагає пережити втрату і пов'язані із вищим рівнем якості життя (Božek et al., 2020; Mishra et al., 2017). Медіарелігійність дає рамки сенсу та шляхом когнітивного аналізу дозволяє знаходити нові смисли у кризових подіях у житті особистості. Загалом, медіарелігійно активні особистості знаходять опору у вірі та духовних цінностях, які допомагають пережити складні періоди, а також схильні покладатися на Божественні сили у процесі вирішення проблем. Віра та соціальна підтримка як основа копіng-стратегій особистості взаємопов'язана з медіарелігійністю особистості. Віра в Бога, в себе, в переконання, а також пошук підтримки через дружбу чи долученість до спільноти та організації, що може допомогти залишатися стійкими, притаманний внутрішньо релігійно орієнтованим особистостям, які реалізують свої прагнення в медіасередовищі. Копінг-стратегія афекту обернено пропорційно корелює показником медіарелігійності. Внутрішньо релігійно орієнтовані особистості з активною релігійною діяльністю та комунікацією за опосередкуванням сучасних інформаційних технологій не схильні використовувати почуття і емоції як засоби подолання. Регресійний аналіз підтвердив отримані кореляційні зв'язки і окреслив особистісні ресурси та основу копіng-стратегій – віру, афект та соціальну підтримку як предиктори медіарелігійності особистості.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз наукових джерел з обраної проблематики дав можливість дослідити поняття «резильєнтність», яке широко застосовується психологами і розглядається у контексті впливу на особистість несприятливих стресових чи загрозливих умов і її здатності до нормального, здорового функціонування у майбутньому. В умовах війни набуває актуальності підхід до розуміння резильєнтності, який розглядає феномен як рису чи здатність особистості зберігати внутрішню стійкість у кризу.

Зважаючи на теоретичний аналіз, ми визначили, що в науковій літературі існує декілька моделей резильєнтності, а дослідники по-різному підходять до визначення її структури. Розглянули запропоновані дослідниками моделі резильєнтності, зокрема, багатовимірну мультисистемну модель резильєнтності, модель імунітету та психологічної еластичності (PI-PE), а також КПТ модель розвитку резильєнтності. На основі наукових досліджень, ми розробили авторську модель резильєнтності особистості, яка є цілісною системою стійких позитивних рис особистості, що розуміється як здатність особистості, яка сприяє успішному поверненню людини до нормального психічного та фізичного станів після стресових та травматичних подій. Серед складових запропонованої моделі: когнітивний компонент, поведінковий компонент, афективний/емоційний компонент – емоційна саморегуляція, гнучкість, соціальна підтримка. Отже, в умовах війни ми пропонуємо розглядати резильєнтність як здатність зберегти психічне здоров'я особистості, її психологічне благополуччя.

Емпіричні результати дослідження продемонстрували, що домінуючими копінг-стратегіями молоді в умовах стресових ситуаціях є «орієнтація на вирішення завдання», а найменш притаманною виступає «соціальне відволікання». За результатами дослідження когнітивних особливостей суб'єктивного благополуччя молоді, було виявлено, що серед вибіркової сукупності дослідження домінує середній рівень виявлення суб'єктивного благополуччя. На рівень когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя значний вплив має війна в країні. Респонденти прагнуть змінити умови власного

життя. Водночас навчилися реалістично оцінювати власні ресурси та відчують задоволення від власних досягнень. Нами було досліджено, що у більшості студентів стабільне психічне здоров'я, визначене, в термінах динаміки проживання особистістю відповідних психічних станів, що відображають рівень задоволеності/незадоволеності людини життям, а також психологічним і соціальним благополуччям. Переважаючий середній рівень стабільності психічного здоров'я молоді проявляється у цілісному, реалістичному погляді на життя, відкритості до нового досвіду, безпосередності і природності переживань. Серед більшості респондентів переважає високий рівень резильєнтності. Це підкреслює здатність молоді адаптуватися до змін, продовжувати розвиватися і навчатися в складних життєвих ситуаціях, актуалізувати власні ресурси та відновлюватися після несприятливих умов. Нами було встановлено, що з п'ятифакторної моделі рис особистості найбільш вираженою у студентської молоді є «дружелюбність», що свідчить про готовність до співчуття, лагідність, скромність та прихильність до інших і готовність допомогти. Найменш вираженою є «емоційна стабільність», що стосується здатності молоді до емоційної адаптації, долаття стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій. Так, низький показник свідчить про меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором'язливості та розгубленості у присутності інших, переживання страху і напруги, що є характерними рисами для сучасного стану молоді, враховуючи умови повномасштабної війни.

Аналіз взаємозв'язку психологічної стійкості з особливостями особистості (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях) продемонстрував позитивні кореляційні взаємозв'язки психологічної стійкості із копінг-стратегією орієнтації на вирішення завдання, задоволеності власним життям, задоволеності відносинами з іншими, загальним рівнем задоволеності життям. Отримані кореляційні показники демонструють зв'язок психологічної стійкості із загальним показником стабільності психічного здоров'я, гедонічним, соціальним та психологічним благополуччя особистості, існує зв'язок із такими

рисами особистості як дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду та виявлено обернену кореляцію із копінг-стратегією спрямованості на емоції.

Виявлено відмінності у групах осіб із різним рівнем резильєнтності. Так, виявлено, що студенти із високим рівнем психологічної стійкості надають перевагу копінг-стратегії орієнтації на вирішення завдань, на противагу спрямованості на емоції, вони демонструють вищі рівні задоволеності власним життям та відносинами з іншими, а також мають вищі показники стабільності психічного здоров'я. Також, група із високим рівнем резильєнтності проявляє вищі показники у переживанні гедонічного, соціального та психологічного благополуччя, для них характерна добросовісність та більша відкритість новому досвіду, аніж групам із низьким або середнім рівнем резильєнтності.

Розроблена тренінгова програма розвитку психологічної стійкості молоді в умовах війни на основі отриманих значущих кореляційних взаємозв'язків. Структура тренінгу передбачає проведення п'яти занять по 1,5 години. Програма спрямована на поширення обізнаності щодо поняття психологічної стійкості; розвиток вміння регуляції емоцій; формування навичок для ефективного вирішення завдань та прийняття рішень; розвиток психологічного благополуччя; формування навичок відкритості новому досвіду. Отримані знання та практичні навички під час тренінгу стануть в нагоді його учасникам при здійсненні навчальної діяльності та сприятимуть розвитку їхньої стійкості до стресорів та швидшому емоційному та психологічному відновленню.

Список використаних джерел:

1. Abd El-Mawgod, M.M., Elghazally, S.A., Mohammed, H.M. et al. (2020). Views and attitudes of university students in Upper Egypt towards youth health centers. *J. Egypt. Public. Health. Assoc.* 95, 24 <https://doi.org/10.1186/s42506-020-00046-x>
2. Abdelrahman M. (2022). Personality Traits, Risk Perception, and Protective Behaviors of Arab Residents of Qatar During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 237–248 <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00352-7>
3. Addae, E.A., Kühner, S. (2022). How socioeconomic status and family social capital matter for the subjective well-being of young people: implications for the child and family welfare policy in Ghana. *J Social Policy*, 51(4):876–99.
4. Admadeli, Y. P., & Embu-Worho, P. M. (2021, April). Family and social environmental factors in the effects on family resilience: a systematic literature review. In *International Conference on Psychological Studies (ICPSYCHE 2020)* (pp. 223-227). Atlantis Press.
5. Aflakseir, A., & Mahdiyar, M. (2016). The Role of Religious Coping Strategies in Predicting Depression among a Sample of Women with Fertility Problems in Shiraz. *Journal of reproduction & infertility*, 17(2), 117–122.
6. Al-Hazzaa, H. M., Al-Nakeeb, Y., Duncan, M. J., Al-Sobayel, H. I., Abahussain, N. A., Musaiger, A. O., Lyons, M., Collins, P., & Nevill, A. (2013). A Cross-Cultural Comparison of Health Behaviors between Saudi and British Adolescents Living in Urban Areas: Gender by Country Analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(12), 6701-6720. <https://doi.org/10.3390/ijerph10126701>
7. Alijonovna, S. S. (2024). The Role of Psychological Services in Higher Educational Institutions. *Spanish Journal of Innovation and Integrity*, 37, 56–59. <https://sjii.es/index.php/journal/article/view/111>
8. Amissah, C.M., Nyarko, K. (2020). Facing the Ills of Unemployment: The Role of Religiosity and Social Support. *Journal of Religion and Health*, 59, 2577–2594. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00977-6>
9. An, J., Zhu, X., Shi, Z. et al. (2024). A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. *BMC Public Health*, 24, 940. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18476-z>

10. Aydin, M., Şiriner, İ., & Koç, Ş. A. (2022). Вторгнення Росії в Україну: перші сім місяців. *Глобальний порядок денний у соціальних науках: глобальні дослідження, том. 9*, 417.
11. Barr, R. G., Peters, R., & Boivin, M. (2006). Encyclopedia on early childhood development.
12. Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. *International review of psychiatry*, 20(3), 317-328.
13. Bezborodovs, N., Villerusa, A. (2024). Subjective health status, health behaviours, and high-risk behaviours as factors associated with adolescent mental health. *SHS Web of Conferences. 9th International Multidisciplinary Research Conference SOCIETY. HEALTH. WELFARE*, 184, 02002. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202418502002>
14. Bhuiyan, A.K.M.I., Sakib, N., Pakpour, A.H., Griffiths, M.D., Mamun, M.A. (2021). COVID-19-Related Suicides in Bangladesh Due to Lockdown and Economic Factors: Case Study Evidence from Media Reports. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 2110–2115. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00307-y>
15. Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Jama*, 290(5), 612-620.
16. Bolton, K. W. (2013). Development And Validation Of The Resilience Protective Factors Inventory: A Confirmatory Factor Analysis.
17. Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current directions in psychological science*, 14(3), 135-138.
18. Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(5), 671.
19. Bozek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020). The relationship between spirituality, health-related behavior and psychological well-being. *Frontiers of Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01997>
20. Brander, P. (2012). *Compass: Manual for human rights education with young people*. Council of Europe.

21. Brooks, H., Syarif, A.K., Pedley, R. et al. (2021). Improving mental health literacy among young people aged 11–15 years in Java, Indonesia: the co-development of a culturally-appropriate, user-centred resource (The IMPeTUs Intervention). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 15, 56 <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00410-5>
22. Brudek, P., & Ciula, G. (2013). Hierarchia wartości a satysfakcja ze związku małżeńskiego u osób w okresie późnej dorosłości.
23. Caldeira, S., & Timmins, F. (2016). Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International nursing review*, 63(2), 191-199.
24. Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in young people. *Univ. Psychol.*, 15, 61–72. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.dppq>
25. Chen, Q. et al. (2024). Digital empowerment in mental health: A meta-analysis of internet-based interventions for enhancing mental health literacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24 (3), 100489 <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100489>
26. Chirico, F., Nucera, G. (2020). An Italian Experience of Spirituality from the Coronavirus Pandemic. *Journal of religion and health*, 59, 2193–2195. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01036-1>
27. Çinkil, Z., Tural Büyük, E. (2023). The relationship between health literacy and eating attitudes of adolescents. *Journal of Public Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02187-7>
28. Clarke, J., & Nicholson, J. (2010). *Resilience: bounce back from whatever life throws at you*. Hachette UK.
29. Comoretto, A., Crichton, N., Albery, I. (2015). Resilience in humanitarian aid workers: understanding processes of development. *IIE Transactions on Occupational Ergonomics and Human Factors*, 3(3-4), 197–209. <https://doi.org/10.1080/21577323.2015.1093565>
30. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
31. Coughlan, E.C., Heyland, L.K., Sheaves, A. et al. (2024). Characteristics of mental health literacy measurement in youth: a scoping review of school-based surveys. *Discov Ment Health* 4, 24 <https://doi.org/10.1007/s44192-024-00079-0>

32. Cutuli, J. J., Herbers, J. E., Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2020). Resilience in Development 13. *The Oxford handbook of positive psychology*, 171.
33. Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19(12), 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
34. Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19(12), 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
35. Eckersley, R. M. (2007). Culture, spirituality, religion and health: looking at the big picture. *Medical Journal of Australia*, 186 (10): S54. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01042.x>
36. Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Holgren, R., Maszk, P., & Losoya, S. (1997). The relations of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children. *Child development*, 68(2), 295–311.
37. Elbert, T., Schauer, M., Neuner, F. (2022). Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing Memories of Traumatic Stress, Fear, and Violence. In: Schnyder, U., Cloitre, M. (eds) *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0_12
38. Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 19(2), 113–147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
39. Feldman G, Hayes A, Kumar S, et al. (2007) Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment* 29(3): 177–190.
40. Flannelly, K. J., Koenig, H. G., Ellison, C. G., Galek, K., & Krause, N. (2006). Belief in life after death and mental health findings from a national survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 524–529. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000224876.63035.23>

41. Furnham A., & Swami V. Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*. 2018. № 7(4). P. 240–257. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>
42. Furnham, A., Swami, V. (2018). Mental Health Literacy: A Review of What It Is and Why It Matters. *International Perspectives in Psychology*, 7(4). <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>
43. Gabana, N. (2017). A strengths-based cognitive behavioral approach to treating depression and building resilience in collegiate athletics: The individuation of an identical twin. *Case Studies in Sport and Exercise Psychology*, 1(1), 4-15.
44. Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and violent behavior*, 9(5), 477-501.
45. Grant, N., Wardle, J. & Steptoe, A. (2009). The Relationship Between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross-cultural Analysis of Young Adults. *Int.J. Behav. Med.* 16, 259–268 <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9032-x>
46. Greenway, A., Milne, L., & Clarke, V. (2003). Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God. *Mental Health, Religion & Culture*, 6, 45–58. <https://doi.org/10.1080/1867467021000029381>
47. Gulliver, A., Griffiths, K.M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 10, 113 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
48. Gunnestad, A. (2006). Resilience in a Cross-Cultural Perspective: How resilience is generated in different cultures. *Journal of Intercultural Communication*. (11).
49. Hajek, A., Kretzler, B. & König, H.H. (2022). Fear of war and mental health in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02394-9>
50. Hall-Clark, B. N., Wright, E. C., Fina, B. A., Blount, T. H., Evans, W. R., Carreño, P. K., Peterson, A. L., Foa, E. B., & STRONG STAR Consortium. (2019). Military culture considerations in prolonged exposure therapy with active-duty military service members. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 335–350. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.009>
51. Harris, J. I., Erbes, C. R., Engdahl, B. E., Olson, R. H. A., Winskowski, A., M., & McMahon, J. (2008). Christian religious functioning and trauma outcomes. *Journal of Clinical*

Psychology, 64, 17–29. <https://doi.org/10.1002/jclp.20427>

52. Harris, K.A., Howell, D.S., Spurgeon, D.W. (2018). Faith Concepts in Psychology: Three 30-Year Definitional Content Analyses. *Psychology of religion and spirituality*, 10 (1), 1-29. <https://doi.org/10.1037/rel0000134>

53. Harris, P. L. (1994). The child's understanding of emotion: Developmental change and the family environment. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 35(1), 3–28. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01131.x>

54. Hatta, K., Yati, A. M., Indra, S., Azhari, A., & Muslima, M. (2023). Impact of Resilience and Coping Strategy on Post-Traumatic Symptoms Among Muslim University Students. *Islamic Guidance and Counseling Journal*, 6(1), 18–27. <https://doi.org/10.25217/igcj.v6i1.313>

55. Haun, M.W., Hoffmann, M., Tönnies, J. et al. (2020). Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Psychotherapeut*, 65, 291–296 <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00438-6>

56. Hawke, L.D., Sheikhan, N.Y., MacCon, K. et al. (2021). Going virtual: youth attitudes toward and experiences of virtual mental health and substance use services during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Serv Res* 21, 340 <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06321-7>

57. Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behaviour Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

58. Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behaviour Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

59. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

60. Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *The American journal of orthopsychiatry*, 79(4), 491–499. <https://doi.org/10.1037/a0016918>

61. Hellerstein, D. (2011). How I can become resilient. *Heal Your Brain*. URL: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/heal-your-brain/201108/how-can-i-become-more-resilient>
62. Heshmat Sh. The 8 Key Elements of Resilience. Psychology Today. 2020. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/sciencechoice/202005/the-8-key-elements-resilience>
63. Hill, P.C., Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64–74. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>
64. Høgstad, H., Kyrrestad, H., Rye, M., Kaiser, S. (2024). Exploring Adolescents' Attitudes Toward Mental Health Apps: Concurrent Mixed Methods Study. *JMIR Form Res*, 8, e50222. <https://doi.org/10.2196/50222>
65. Hood, R.W. Jr., Hill, P. C., Spilka, B. (2018). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. Fifth Edition. New York: The Guilford Press.
66. Hu, S., Cai, D., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2022). Relationship between social support and positive mental health: A three-wave longitudinal study on college students. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 41(10), 6712–6721. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01175-4>
67. Hyseni, D. Z., Davis, H. and Hamiti, E. (2023). Mental health, study skills, social support, and barriers to seeking psychological help among university students: a call for mental health support in higher education. *Front. Public Health*. 11, 1220614. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1220614>
68. IJntema, R. C., Schaufeli, W. B., & Burger, Y. D. (2021). Resilience mechanisms at work: The psychological immunity-psychological elasticity (PI-PE) model of psychological resilience. *Current Psychology*, 1-13.
69. Johnston, W. M., & Davey, G. C. (1997). The psychological impact of negative TV news bulletins: The catastrophizing of personal worries. *British Journal of Psychology*, 88(1), 85-91.
70. Jorm, A. F. (2019). "4: The concept of mental health literacy". In *International Handbook of Health Literacy*. Bristol, UK: Policy Press. Retrieved Aug 21, 2025, from <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch004>
71. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt,

P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

72. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

73. Jorm, A.F. (2012) 'Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health', *American Psychologist*, 67, 3, 231-43

74. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. and Pollitt, P. (1997a) 'Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment', *Medical Journal of Australia*, 166, 4, 182-186

75. Kanj, M, Mitic, W. (2009). *Working document: 7th Global Conference on Health Promotion, Promoting Health and Development: closing the implementation gap*. Nairobi, Kenya, 26–30 October 2009. Geneva (CH): World Health Organization; Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.

76. Kanj, M, Mitic, W. (2009). *Working document: 7th Global Conference on Health Promotion, Promoting Health and Development: closing the implementation gap*. Nairobi, Kenya, 26–30 October 2009. Geneva (CH): World Health Organization; Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.

77. Kaplan, Z., Matar, M. A., Kamin, R., Sadan, T., & Cohen, H. (2005). Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1146-1154.

78. Karamushka, L. (2022). Mental health of organization personnel at war: main manifestations and resources. *Science Notes of KROK University*, 3(67), 124–133. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-67-124-133>

79. Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical journal of Australia*, 187(S7), S26–S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>

80. Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical journal of Australia*, 187(S7), S26–S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
81. Kimhi, S., Kaim, A., Bankauskaite, D., Baran, M., Baran, T., Eshel, Y., ... & Adini, B. (2023). A full-scale Russian invasion of Ukraine in 2022: Resilience and coping within and beyond Ukraine. *Applied Psychology: Health and Well-Being*.
82. Kostruba, N., & Kostruba, A. (2024). Social support as a factor of mental health in wartime conditions: Communication and interaction. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*, 30(1), 39-45. <https://doi.org/10.61727/ssspj/1.2024.39>
83. Kostruba, N., Fishchuk, O. (2023). Media Religiosity and War Coping Strategies of Young People in Ukraine. *Journal of Religion and Health*, 62, 465–478. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01663-w>
84. Kostruba, N.S. (2021). Approbation of research method of personality' media religiosity. *Scientific Notes of Taurida National V.I. Vernadsky University, series «Psychology»*, 32 (71/5), 28-33. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.5/05>
85. Krause, N. (2010). Religious Involvement, Humility, and Self-Rated Health. *Social indicators research*, 98(1), 23–39. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9514-x>
86. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
87. Kutcher, S, Wei, Y, Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
88. Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
89. Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
90. Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S. et al. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25, 567–569 <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>

91. Kvande, M. N., Reidunsdatter, R. J., Løhre, A., Nielsen, M. E., & Espnes, G. A. (2015). Religiousness and Social Support: A Study in Secular Norway. *Review of Religious Research*, 57(1), 87–109. <http://www.jstor.org/stable/43920081>
92. Kvande, M.N., Reidunsdatter, R.J., Løhre, A., Nielsen, M.E., Espnes, G.A. (2015). Religiousness and social support: a study in secular Norway. *Review of Religious Research*, 57(1), 87–109. <https://doi.org/10.1007/s13644-014-0171-4>
93. Lahad, M. (2017). From victim to victor: The development of the BASIC PH model of coping and resiliency. *Traumatology*, 23(1), 27–34. <https://doi.org/10.1037/trm0000105>
94. Lahad, M., Shacham, M., Ayalon, O. (2013). *The "BASIC PH" Model of Coping and Resiliency -Theory, Research and Cross-Cultural Application*. London: Jessica Kingsley.
95. Lai, C. Y. (2021). Resourcefulness Theory and Its Research and Application in Psychiatric and Mental Health Nursing. *The journal of nursing*, 68(1), 6–12. [https://doi.org/10.6224/JN.202102_68\(1\).02](https://doi.org/10.6224/JN.202102_68(1).02)
96. Laurencelle, R. M., Abell, S. C., & Schwartz, D. J. (2002). The relation between intrinsic religious faith and psychological well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 12, 109–123. DOI: https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1202_03
97. Liu, J. J., Reed, M., & Fung, K. P. (2020). Advancements to the Multi-System Model of Resilience: updates from empirical evidence. *Heliyon*, 6(9).
98. Liu, X., Xu, Y., Ge, Y., Zhang, W., & Herrera, F. (2019). A group decision making approach considering self-confidence behaviors and its application in environmental pollution emergency management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 385.
99. London-Nadeau, K., Chadi, N., Taylor, A. B., Chan, A., Pullen Sansfaçon, A., Chiniara, L., Lefebvre, C., & Saewyc, E. M. (2023). Social Support and Mental Health Among Transgender and Nonbinary Youth in Quebec. *LGBT health*, 10(4), 306–314. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0156pp>
100. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
101. Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of clinical psychology*, 62(8), 971-985.

102. Marinucci, A., Grové, Ch., Allen, K., Rieiobschleger, J.(2021). Evaluation of a youth mental health literacy and action program: Protocol for a cluster controlled trial. *Mental Health & Prevention*, 24, 200216. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2021.200216>
103. Masten, A. S. (2015). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Publications.
104. Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(4), 425-444. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
105. McCullong, M.E., Willoughby, B. (2009) Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implication. *Psychol Bull*, 135(1), 69–93.
106. Meichenbaum, D. (2017). Resilience and posttraumatic growth: A constructive narrative perspective. In *The Evolution of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 157-171). Routledge.
107. Michaud, P.-A., Blum, R.W., Slap, G.B. (2001). Cross-cultural surveys of adolescent health and behavior: progress and problems. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1237-1246. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00423-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00423-8)
108. Mishra, S. K., Togneri, E., Tripathi, B., & Trikamji, B. (2017). Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *Journal of religion and health*, 56(4), 1282–1301. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0100-z>
109. Morel, E. (2021). Die 7 Säulen der Resilienz. *Stefan Mähleke*, 212.
110. Moss, S.J., Siddiqui, S., Zuniga Chacon, C. *et al*. Evidence based consensus statements for digital tools to address youth mental health literacy. *Sci Rep* **15**, 28208 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-12947-y>
111. Muñoz-Bermejo, L., Adsuar, J. C., Postigo-Mota, S., Casado-Verdejo, I., de Melo-Tavares, C. M., Garcia-Gordillo, M. Á., Pérez-Gómez, J., & Carlos-Vivas, J. (2020). Relationship of Perceived Social Support with Mental Health in Older Caregivers. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3886. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113886>
112. Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2000). Incidence of depression in the Stirling County Study: Historical and comparative perspectives. *Psychological Medicine*, 30, 505–514. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002044>

113. Neenan, M. (2017). *Developing resilience: A cognitive-behavioural approach*. Taylor & Francis.
114. Nelson, J. M. (2009). *Psychology, Religion, and Spirituality*. New York: Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-87573-6>
115. Nemiro, A., Hijazi, Z., O'Connell, R., Coetzee, A., Snider, L. (2022). Mental health and psychosocial wellbeing in education: The case to integrate core actions and interventions into learning environments. *Intervention*, 20(1), 36-45. https://doi.org/10.4103/intv.intv_20_21
116. Neuner, F., Elbert, T., & Schauer, M. (2020). Narrative exposure therapy for PTSD. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.), *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD* (pp. 187–205). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000196-009>
117. Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional psychology: research and practice*, 36(3), 227. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.227>
118. Nutbeam D (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2071–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
119. OCU launched a mobile application with prayers and a chat with priests (2021). *Ukrainian Pravda*. Retrieved from: <https://www.pravda.com.ua/news/2021/09/15/7307200/>
120. Ojio, Y., Mori, R., Matsumoto, K., Nemoto, T., Sumiyoshi, T., Fujita, H., Morimoto, T., Nishizono-Maher, A., Fuji, C., & Mizuno, M. (2021). Innovative approach to adolescent mental health in Japan: School-based education about mental health literacy. *Early intervention in psychiatry*, 15(1), 174–182. <https://doi.org/10.1111/eip.12959>
121. Okumu, M., Logie, C. H., Byansi, W., Cohen, F., Nyoni, T., Nafula, C.N., Hakiza, R., Muzei, J., Appiah-Kubi, J., Adjabeng, B., Kyambadde, P. (2025). eHealth literacy and digital health interventions: Key ingredients for supporting the mental health of displaced youth living in the urban slums of kampala, Uganda. *Computers in Human Behavior*, 162, 108434. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2024.108434>
122. Olatunbosun, S., Jacob, U., & Pillay, J. (2024). Exploring learners' perceptions of psychosocial support services in educational institutions: A qualitative Study. *Edelweiss Applied Science and Technology*, 8(5), 760–771. <https://doi.org/10.55214/25768484.v8i5.1741>

123. Osborn, C. J. (2004). Seven salutary suggestions for counselor stamina. *Journal of Counseling & Development*, 82(3), 319-328.
124. Osokina, O., Silwal, S., Bohdanova, T., Hodes, M., Sourander, A., Skokauskas, N. (2023). Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(3), 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>
125. Ozcan, O., Hoelterhoff, M. & Wylie, E. (2021). Faith and spirituality as psychological coping mechanism among female aid workers: a qualitative study. *Int J Humanitarian Action*, 6, 15 <https://doi.org/10.1186/s41018-021-00100-z>
126. Ozcan, O., Hoelterhoff, M. & Wylie, E. (2021). Faith and spirituality as psychological coping mechanism among female aid workers: a qualitative study. *Int J Humanitarian Action* 6, 15 <https://doi.org/10.1186/s41018-021-00100-z>
127. Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 283-290.
128. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*. New York: Guilford.
129. Pargament, K.I. Koenig, H. G., Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
130. Pennebaker, J.W., Boyd, R.L., Jordan, K., & Blackburn, K. (2015). *The development and psychometric properties of LIWC2015*. Austin, TX: University of Texas at Austin.
131. Pennebaker, J.W., Chung, C.K., Frazee, J., Laverne, G.M., Beaver, D.I. (2014). When SmallWords Foretell Academic Success: The Case of College Admissions Essays. *PLoS ONE*, 9(12): e115844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115844>
132. Pfeiffer, E., Sukale, T., Muller, L.R.F., Plener, P.L., Rosner, R., Fegert, J.M., Sachser, C., Unterhitzenberger, J. (2019). The symptom representation of posttraumatic stress disorder in a sample of unaccompanied and accompanied refugee minors in Germany: a network analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 10(1):1675990. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1675990>

133. Prabhu S. G., Mallikarjun P. K., Palmer A., Nag R., Khadeparkar P., Arelingaiah M., Lakshman K. A., Podiya J. K., Navaneetham J., & Hugh-Jones S. Mental health literacy in secondary school teachers and interventions to improve it - a systematic review and narrative synthesis. *Journal of mental health* (Abingdon, England). 2025. №34(4). P. 476–495. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2426994>
134. Prabhu S. G., Mallikarjun P. K., Palmer A., Nag R., Khadeparkar P., Arelingaiah M., Lakshman K. A., Podiya J. K., Navaneetham J., & Hugh-Jones S. Mental health literacy in secondary school teachers and interventions to improve it - a systematic review and narrative synthesis. *Journal of mental health* (Abingdon, England). 2025. №34(4). P. 476–495. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2426994>
135. Qi, M., Zhou, S. J., Guo, Z. C., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., & Chen, J. X. (2020). The Effect of Social Support on Mental Health in Chinese Adolescents During the Outbreak of COVID-19. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(4), 514–518. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.001>
136. Ramsay, J. E., Tong, E. M., Chowdhury, A., and Ho, M. H. R. (2019). Teleological explanation and positive emotion serially mediate the effect of religion on well-being. *Journal of Personality*, 87, 676–689. <https://doi.org/10.1111/jopy.12425>
137. Renwick, L., Pedley, R., Johnson, I. *et al.* (2024). Mental health literacy in children and adolescents in low- and middle-income countries: a mixed studies systematic review and narrative synthesis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **33**, 961–985 <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01997-6>
138. Riebschleger J, Costello S, Cavanaugh DL and Grové C (2019) Mental Health Literacy of Youth That Have a Family Member With a Mental Illness: Outcomes From a New Program and Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 10(2). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00002>
139. Roşioară, A.-I., Năsui, B. A., Ciuciuc, N., Sîrbu, D. M., Curşeu, D., Pop, A. L., Popescu, C. A., & Popa, M. (2024). Status of Healthy Choices, Attitudes and Health Education of Children and Young People in Romania—A Literature Review. *Medicina*, 60(5), 725. <https://doi.org/10.3390/medicina60050725>
140. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
141. Sahoo, S., Rani, S., Parveen, S., Pal Singh, A., Mehra, A., Chakrabarti, S., Grover, S., & Tandup, C. (2020). Self-harm and COVID-19 Pandemic: An emerging concern

- A report of 2 cases from India. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102104.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102104>

142. Schauer, M., Robjant, K., Elbert, T., & Neuner, F. (2020). Narrative exposure therapy. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models* (2nd ed., pp. 309–331). The Guilford Press.

143. Simões de Almeida, R., Trigueiro, M. J., Portugal, P., de Sousa, S., Simões-Silva, V., Campos, F., Silva, M., & Marques, A. (2023). Mental Health Literacy and Stigma in a Municipality in the North of Portugal: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3318.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20043318>

144. Simões de Almeida, R., Trigueiro, M. J., Portugal, P., de Sousa, S., Simões-Silva, V., Campos, F., Silva, M., & Marques, A. (2023). Mental Health Literacy and Stigma in a Municipality in the North of Portugal: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3318.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20043318>

145. Skre, I., Friberg, O., Breivik, C. et al. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health* 13, 873 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-873>

146. Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129, 614–636. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>

147. Soomro, M. A., Ali, M. H., Tan, K. H., Kumar, A., & Sinniah, S. (2022). Workforce resilience in the post-COVID-19 era: differences based on manufacturing–service orientation and firm size. *Production Planning & Control*, 1-13.

148. Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.

149. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 25338. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

150. Stefana, A., Youngstrom, E.A., Hopwood, C.J., Dakanalis A. (2020). The COVID-19 pandemic brings a second wave of social isolation and disrupted services. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270, 785–786 <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01137-8>
151. Stoddard-Bennett N., Coburn, J., Dufur, M., Jarvis, J., Pribesh, S. (2023). Family structure and child behavior problems in Australia, the United Kingdom, and the United States. *Int J Environ Res Public Health*, 20(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031780>
152. Tajbakhsh, Gh. (2021). COVID-19 and the Lived Experience of People Facing it; a Quantitative Study. *Journal of Education and Community Health*, 8(2), 127-133. <https://doi.org/10.52547/jech.8.2.127>
153. Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of psychiatric nursing*, 32(5), 757–763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
154. Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of psychiatric nursing*, 32(5), 757–763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
155. The Vatican released electronic "smart rosaries" (2019). *BBC NEWS Ukraine*. Retrieved from: https://www.bbc.com/ukrainian/news-50083171?ocid=socialflow_facebook&fbclid=IwAR1BKZwaQYaFwIdMjlfJxriveZF2z2eNoiobceCj8hy6-WFlbyTE3Eg4tWM
156. Torralba, J., Oviedo, L. & Canteras, M. (2021). Religious coping in adolescents: new evidence and relevance. *Humanit Soc Sci Commun*, 8, 121 <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00797-8>
157. Torralba, J., Oviedo, L. & Canteras, M. (2021). Religious coping in adolescents: new evidence and relevance. *Humanit Soc Sci Commun*, 8, 121 <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00797-8>
158. Torralba, J., Oviedo, L. & Canteras, M. (2021). Religious coping in adolescents: new evidence and relevance. *Humanit Soc Sci Commun*, 8, 121 <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00797-8>
159. Trujillo, S., Giraldo, L.S., López, J.D. et al. (2021). Mental health outcomes in communities exposed to Armed Conflict Experiences. *BMC Psychol*, 9, 127 <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00626-2>

160. Uchnast, Z. (1998). Prężność osobowa a egzystencjalne wymiary wartościowania. *Roczniki Psychologiczne*, 1(1), 7-27.
161. Ugarriza, J. E., Trujillo, N., Hurtado, E., Ortiz-Ayala, A., Rodríguez-Calvache, M., & Quishpe, R. C. (2022). Imprints of war: An analysis of implicit prejudice among victims, ex-combatants, and communities in Colombia. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 28(1), 1–8. <https://doi.org/10.1037/pac0000591>
162. Uguz, O., Gulcan, E., & Keskin, G. (2024). A survey on the relationship between mental health literacy and beliefs toward mental illness among nurses in general hospitals in Turkey. *Archives of psychiatric nursing*, 53, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.10.013>
163. van der Wal, S. J., Geuze, E., & Vermetten, E. (2023). Long-term risk for mental health symptoms in Dutch ISAF veterans: the role of perceived social support. *Psychological medicine*, 53(8), 3355–3365. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005389>
164. Venkataraman S., Patil R., & Balasundaram S. (2019). Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. № 6(6). P. 2723–2729. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192350>
165. Victor, P. P., Teismann, T., & Willutzki, U. (2017). A pilot evaluation of a strengths-based CBT intervention module with college students. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(4), 427-431.
166. Wamsler, C., & Brink, E. (2014). Moving beyond short-term coping and adaptation. *Environment and Urbanization*, 26(1), 86–111. <https://doi.org/10.1177/0956247813516061>
167. Weare K, Nind M (2011) Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int* 26(Suppl 1):i29–i69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
168. Wei Y, Kutcher S, Szumilas M (2011) Comprehensive school mental health: an integrated “school-based pathway to care” model for Canadian secondary schools. *McGill J Educ* 46(2):213–229
169. Weist, M. D., Parham, B., & Figas, K. (2024). Mental Health Literacy and School Behavioral Health: Introduction to the Special Issue. *American Journal of Health Education*, 56(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/19325037.2024.2422073>
170. Werner, E. E. (1982). Vulnerable but invincible. *A longitudinal study of*

resilient children and youth.

171. Werner, E. E., & Smith, R. S. (2019). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
172. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. WW Norton & Company.
173. Wilson JM, Weiss A and Shook NJ (2020) Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences* 152: 109568.
174. Wilson, J. M., Colebaugh, C. A., Flowers, K. M., Meints, S. M., Edwards, R. R., & Schreiber, K. L. (2022). Social Support and Psychological Distress among Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Mindfulness. *Personality and individual differences*, 190, 111551. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111551>
175. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. (2024, November 13). *Rising school pressure and declining family support especially among girls, finds new WHO/Europe report*. <https://www.who.int/europe/news/item/13-11-2024-rising-school-pressure-and-declining-family-support-especially-among-girls--finds-new-who-europe-report>
176. Xie, J, Chen, Y, Huangbei, Y, Xie, B, Pei, T. (2022). Research on the health status and social support impact of elderly people—Based on 2018 CLHLS data. *Health Econ Res.*, 39, 74–82.
177. Xu, R. H., Cao, Y., Dong, D., Lai-yi Wong, E., Chan, S. (2024). Development and validation of a mental eHealth literacy scale. *Computers in Human Behavior Reports*, 16, 100518. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2024.100518>
178. Xu, R.H., Bao, X-l, Shi, L-s-b and Wang, D. (2023). Associations between eHealth literacy, mental health-seeking attitude, and mental wellbeing among young electronic media users in China during the COVID-19 pandemic. *Front. Public Health*, 11, 1139786. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1139786>
179. Yap, M.B.H., Reavley, N. and Jorm, A.F. (2012) ‘Young people’s beliefs about preventive strategies for mental disorders: Findings from two Australian national surveys of youth’, *Journal of Affective Disorders*, 136, 3, 940-7.
180. Zasiakin, S., Bezuglova, N., Hapon, A., Matiushenko, V., Podolska, O., & Zubchuk, D. (2018). Psycholinguistic Aspects of Translating LIWC Dictionary. *East*

181. Zauszniewski J. A. (1995). Theoretical and empirical considerations of resourcefulness. *Image--the journal of nursing scholarship*, 27(3), 177–180.

<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00855.x>

182. Zbitnieva O., Chaban O., & Omelyanovich B. (2024). "A target model of the mental health and psychosocial support system" As a response to the devastating impact of war in Ukraine. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(3), e0903539.

<https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i3.539>

183. Zhong S.I., Wang S.B., Ding K.R. et al. (2024). Low mental health literacy is associated with depression and anxiety among adults: a population-based survey of 16,715 adults in China. *BMC Public Health*. №24. 2721. [https://doi.org/10.1186/s12889-024-20020-](https://doi.org/10.1186/s12889-024-20020-y)

[y](https://doi.org/10.1186/s12889-024-20020-y)

184. Zhu, W. (2024). The Impact of Social Support on the Mental Health of Cancer Patients: Evidence from China. *Psycho-Oncologie*, 18(1), 69–77.

<https://doi.org/10.32604/po.2023.046593>

185. Бацилєва, О. В., Пузь, І. В., & Єрмішев, О. В. (2021). Життєстійкість як внутрішній ресурс особистості та шляхи її підвищення під час професійного становлення. *Науковий журнал з соціології та психології «Габітус»*, 52-56.

186. Бойко-Бузиль Ю. Ю. Резильєнтність як чинник психічного здоров'я особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник матеріалів VII Всеукраїнської науковопрактичної конференції (28 жовтня 2022 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. С. 23–28.

187. Бурназова, В., & Юдіна, А. (2024). Психологічна підтримка ментального здоров'я учасників освітнього процесу в Україні в умовах війни. *Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки»*, (1), 136-143.

<https://doi.org/10.31654/2663-4902-2024-PP-1-136-143>

188. Дядуш, Е. (2020). Модель плекання резилієнтності у когнітивно-поведінковій терапії: дипломна робота. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*.

189. Кетлер-Митницька, Т. С. (2023). Резильєнтність як чинник посттравматичного зростання в умовах війни. *Актуальні проблеми права, психології та педагогіки в умовах війни: матеріали міжнародної науково-практичної онлайн-конференції. (13-14 квітня 2023 р.) (с. 194-197). Біла Церква: Білоцерківський НАУ.*
190. Кічук, А. В. (2021). Психологічна ресурсність як основа психоемоційного здоров'я особистості. *Журнал сучасної психології*, (3), 92-98. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2020-3-11>
191. Кондратюк, С. М. (2022). Активізація ресурсів особистості – запорука збереження психологічного здоров'я. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, 2, 81-85. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.2.13>
192. Коструба Н. Опитувальник «грамотності щодо психічного здоров'я»: опис, адаптація, застосування. Психологічні перспективи. 2024. №44. С. 64-79. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-44-kos>
193. Костуба Н. С. (2022). *Психологія медіарелігійності особистості* : монографія. Луцьк : Вежа-Друк.
194. Лазос, Г. П. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*, 3(14), 26-64.
195. Лазос, Г. П. (2019). Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (2-3), 77-89.
196. Ляшко, Л. М. & Коструба, Н. С. (2023) Поняття психологічної стійкості особистості в складних життєвих ситуаціях: теоретичний огляд досліджень. Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології: зб. тез доп. І І міжнар. наук.-практ. конф. (27-28 квіт. 2023 р., м. Луцьк, Україна) – Луцьк : ФОП Іванюк В.П., 2023. – 108 с.
197. Ляшко, Л. М. & Коструба, Н. С. (2023). Психологічні особливості резильєнтності молоді в умовах війни. Актуальні проблеми розвитку природничих та гуманітарних наук :збірник матеріалів VII Міжнар. наук. практ. конф.(10 листопада 2023р.) / відп. ред. Голуб Г.С., Зінченко М. О. Луцьк, 2023. 573 с.
198. Мірошніченко, О., Косигіна, О. (2024). Відновлення ресурсного стану вчителів в умовах перманентного стресу: аналіз реалій України та Польщі. *Українська полоністика*, 22(1), 121-132. <https://doi.org/10.35433/2220-4555.22.2024.ped-4>

199. Музичко Л. (2023). Психологічна ресурсність особистості та її резильєнтність. *Журнал соціальної та практичної психології*, 1, 28-33.
<https://doi.org/10.32782/psy-2023-1-5>
200. Титаренко, Т. М., & Ларіна, Т. О. (2009). Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека.
201. Трибулькевич, К. (2024). Природа як ресурс для відновлення в умовах воєнних дій. *Вісник Національного університету оборони України*, 77(1), 159–164.
<https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-77-1-159-164>
202. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2022). Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*, (4), 150.
203. Чиханцова, О. А. (2021). Психологія становлення життєстійкості особистості. *Дис. док. псих. наук*). Інститут психології імені ГС Костюка, НАПН України, Київ.
204. Чиханцова, О. А. (2023). Розвиток резильєнтності особистості в ситуаціях невизначеності. *Вчені записки ТНУ імені ВІ Вернадського. Серія: Психологія*, 1(34 (73)), 35-40.
205. Чиханцова, О., & Гуцол, К. (2022). Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19: практичний посібник. Київ, Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені ГС Костюка.
206. Щербій, В. В. (2022). Збереження психологічного благополуччя в умовах війни. *ББК 88.4 я43 М 43*, 51.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (MHC-SF-UA)

Інструкція. Будь ласка, дайте відповіді на запитання щодо Вашого самопочуття протягом останнього місяця (двох тижнів). Визначте частоту переживання наведених нижче станів.

Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...	Ніколи (0 балів)	1 – 2 рази (1 бал)	Приблизно 1 раз на тиждень (2 бали)	Приблизно тиждень (3 бали)	Майже кожен день (4 бали)	Кожен день (5 балів)
Щастя						
цікавість до життя						
Задоволення						
що можете зробити важливий внесок для суспільства						
належність до певної соціальної групи (за місцем навчання, роботи, проживання)						
що наше суспільство стає кращим для таких людей, як Ви						
що люди зазвичай хороші						
що події, які відбуваються в суспільстві, мають значення для Вас						
задоволення собою як особистістю						
що успішно впораєтесь із повсякденними зобов'язаннями						
теплі та довірливі стосунки з оточуючими						

що у Вас є досвід, який спонукає до самовдосконалення						
впевненість увисловлюванні власних поглядів						
що маєте мету та сенс життя						

Опитувальник TIPI -UKR

Інструкція: Нижче наведено перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними особисто для Вас. Поставте, будь ласка, біля кожного твердження позначку, наскільки Ви погоджуєтесь із кожним із них. Оцініть, в якій мірі запропонована пара характеристик стосується Вас особисто, навіть якщо одна з них підходить Вам більше, аніж друга.

абсолютно не погод- жуюсь	не погод- жуюся	швидше не погоджуюся	важко сказати	швидше погоджуюся	погоджуюся	абсолютно погоджуюся
1	2	3	4	5	6	7

Бачу себе як людину, яка є:

- 1 _____ Товариська, активна
- 2 _____ Критична, конфліктна
- 3 _____ Сумлінна, дисциплінована
- 4 _____ Тривожна, схильна перейматися
- 5 _____ Відкрита до нового, різностороння
- 6 _____ Стримана, тиха
- 7 _____ Тактовна, співчутлива, приязна
- 8 _____ Неорганізована, легковажна
- 9 _____ Спокійна, емоційно стабільна
- 10 _____ Не любить змін і пошуку нових рішень

Шкала резильєнтності (cd-risc-10)

Інструкція: Ознайомтесь із твердженнями і визначте наскільки часто такий стан речей притаманний саме Вам.

Відповіді: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – завжди.

1. Я можу пристосуватися до змін.
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають.
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим.
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди.
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити.
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі.
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.

Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)»

(О. Калюк, О. Савченко)

Інструкція для учасників опитування: Оцініть ступінь вашої згоди на наведені нижче твердження.

Текст опитувальника:

№	Твердження	Повністю не погоджуюсь	Частково не погоджуюсь	Важко визначитись	Частково погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
1	Моє життя майже у всьому відповідає моєму ідеальному уявленню					
2	Вважаю себе щасливою людиною					
3	Мої стосунки з батьками я можу охарактеризувати як підтримуючі та довірливі					
4	Мої умови життя сприяють задоволенню всіх актуальних потреб					
5	Мене влаштовує якість мого життя					
6	В моєму житті чітко виокремлюються білі та чорні смуги					
7	Я дратуюсь, коли витрачаю даремно свій вільний час					
8	Я би хотів кардинально змінити коло свого спілкування					
9	Моє повсякденне життя я можу охарактеризувати як цілком безпечне та комфортне					
10	Мені подобається те, чим я займаюсь в даний період життя					
11	Я часто відчуваю, що близькі люди слабо розуміють мене та мої бажання					

12	Я завжди можу розраховувати на підтримку друзів та рідних					
13	Я можу сказати про себе, що я цілком задоволений своїм життям					
14	Я можу сказати, що мої стосунки з друзями та рідними є щирими, без приховування чого-небудь					
15	Я би не хотів нічого змінювати у своєму житті					
16	Відчуваю дуже сильну невдоволеність собою, коли не отримую того, до чого прагну					
17	Іноді люди використовують мене для досягнення власних цілей					
18	Моє життя є кращим, ніж в більшості моїх знайомих					
19	Переживаю спустошення, коли бачу, що хтось перемагає мене в чомусь					
20	Я не завжди можу спрогнозувати реакцію оточуючих на мої дії					

Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (The Coping Inventory For Stressful Situations (CISS)) (Н. Ендлер, Дж. Паркер)

Інструкція для учасників опитування: Нижче наведено можливі реакції людини на різні складні чи стресові ситуації. Визначте, як часто Ви поводитися таким чином у важкій стресовій ситуації, і обведіть відповідну цифру навпроти твердження.

Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Найчастіше
1	2	3	4	5

Текст опитувальника:

1. Намагаюся ретельно розподілити свій час. 1 2 3 4 5 4.
2. Концентрую увагу на проблемі і думаю, як її можна вирішити. 1 2 3 4 5 4.
3. Думаю про щось гарне, приємне, що було в моєму житті. 1 2 3 4 5 4.
4. Намагаюся бути на людях. 1 2 3 4 5 5.
5. Звинувачую себе в нерішучості. 1 2 3 4 5
6. Роблю те, що вважаю найбільш підходящим у даній ситуації. 1 2 3 4 5
7. Заглиблююся у свій біль та страждання. 1 2 3 4 5
8. Звинувачую себе в тому, що опинився в такій ситуації. 1 2 3 4 5
9. Ходжу по магазинах, нічого не купуючи. 1 2 3 4 5
10. Думаю про те, що для мене головне. 1 2 3 4 5
11. Намагаюся більше спати. 1 2 3 4 5
12. Дозволю собі покуштувати улюблену їжу. 1 2 3 4 5
13. Переживаю, що не можу справитися із ситуацією. 1 2 3 4 5
14. Відчуваю нервові напруження. 1 2 3 4 5
15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше. 1 2 3 4 5
16. Говорю собі, що це відбувається не зі мною. 1 2 3 4 5
17. Звинувачую себе в занадто емоційному ставленні до ситуації 1 2 3 4 5
18. Іду куди-небудь перекусити чи пообідати. 1 2 3 4 5
19. Відчуваю емоційний шок. 1 2 3 4 5
20. Купую собі якусь річ. 1 2 3 4 5

21. Визначаю план дій і дотримуюся його. 1 2 3 4 5
22. Звинувачую себе в тому, що не знаю, що робити. 1 2 3 4 5
23. Іду на вечірку. 1 2 3 4 5
24. Намагаюся осмислити ситуацію. 1 2 3 4 5
25. Застигаю, «заморожуюсь» і не знаю, що робити. 1 2 3 4 5
26. Терміново вживаю заходів, щоб виправити ситуацію. 1 2 3 4 5
27. Аналізую те, що сталося, чи своє ставлення до нього. 1 2 3 4 5
28. Шкодную, що не можу змінити того, що сталося, чи свого ставлення до нього.
1 2 3 4 5
29. Іду в гості до друга. 1 2 3 4 5
30. Непокоюся, що я тепер робитиму. 1 2 3 4 5
31. Проводжу час із дорогою, приємною для мене людиною. 1 2 3 4 5
32. Іду на прогулянку. 1 2 3 4 5
33. Говорю собі, що цього ніколи не станеться знову. 1 2 3 4 5
34. Концентрую увагу на своїх загальних вадах. 1 2 3 4 5
35. Розмовляю з людиною, чію пораду я особливо ціную. 1 2 3 4 5
36. Аналізую проблему, перш ніж реагувати на неї. 1 2 3 4 5
37. Телефоную друзів. 1 2 3 4 5
38. Відчуваю роздратування. 1 2 3 4 5
39. Вирішую, що тепер слід насамперед робити. 1 2 3 4 5
40. Дивлюся кінофільм. 1 2 3 4 5
41. Контролюю ситуацію. 1 2 3 4 5
42. Докладаю додаткових зусиль, щоб усе вирішити. 1 2 3 4 5
43. Розробляю декілька різних варіантів вирішення проблеми. 1 2 3 4 5.
44. Беру відпустку чи вихідні, віддаляюся від ситуації. 1 2 3 4 5
45. Виплескую переживання на інших. 1 2 3 4 5
46. Використовую ситуацію, аби довести, що я все ж таки можу вирішити цю
проблему. 1 2 3 4 5
47. Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем із ситуації. 1 2 3 4 5
48. Дивлюся телевізор. 1 2 3 4 5

**Відмінності у діагностичних показниках у групах з різним рівнем
резильєнтності**

№	Показник	Рівень резильєнтності	Середнє рангів, R
1	Стать (H=1,38; p<0,499)	Низький	25,50
		Середній	23,00
		Високий	27,42
2	Вік (H=1,62; p<0,444)	Низький	29,5
		Середній	22,93
		Високий	26,87
3	Орієнтація на вирішення завдань (H=11,17; p<0,01)	Низький	21,00
		Середній	17,88
		Високий	32,06
	Спрямованість на емоції (H=7,41; p<0,05)	Низький	42,00
		Середній	27,38
		Високий	21,52
	Уникнення (H=0,89; p<0,64)	Низький	31,88
		Середній	25,55
		Високий	24,48
	Відволікання (H=4,65; p<0,097)	Низький	35,13
		Середній	28,70
		Високий	21,56
	Соціальне відволікання (H=2,15; p<0,340)	Низький	31,38
		Середній	22,08
		Високий	27,23
	Задоволеність власним життям (H=18,43; p<0,001)	Низький	5,63
		Середній	19,38
		Високий	33,27
	Невдоволеність собою та розчарування в життя (H=2,98; p<0,226)	Низький	35,13
		Середній	22,15
		Високий	26,59
	Задоволеність відносинами з іншими (H=17,11; p<0,001)	Низький	6,25
		Середній	19,65
		Високий	32,96
	Загальний рівень задоволеності життям (H=15,46; p<0,001)	Низький	4,25
		Середній	21,25
		Високий	32,04
	Загальний показник стабільності психічного здоров'я (H=18,06; p<0,001)	Низький	5,25
		Середній	19,65
		Високий	33,12

	Гедонічне благополуччя ($N=12,94$; $p<0,01$)	Низький	9,25
		Середній	20,25
		Високий	32,04
	Соціальне благополуччя ($N=8,01$; $p<0,05$)	Низький	9,63
		Середній	22,78
		Високий	30,04
	Психологічне благополуччя ($N=20,51$; $p<0,001$)	Низький	4,13
		Середній	19,20
		Високий	33,63
	Екстраверсія ($N=2,25$; $p<0,324$)	Низький	20,25
		Середній	22,83
		Високий	28,37
	Дружелюбність ($N=3,92$; $p<0,141$)	Низький	20,75
		Середній	21,43
		Високий	29,37
	Добросовісність ($N=6,39$; $p<0,05$)	Низький	11,00
		Середній	23,30
		Високий	29,42
	Емоційна стабільність ($N=4,79$; $p<0,091$)	Низький	15,50
		Середній	22,40
		Високий	29,42
	Відкритість новому досвіду ($N=15,79$; $p<0,001$)	Низький	11,13
		Середній	18,50
		Високий	33,09

Опитувальник грамотності щодо психічного здоров'я (MHLq) (україномовна адаптація Коструба Н.С.)

Інструкція: Перегляньте твердження і вкажіть Ваш ступінь згоди з цим твердженням за шкалою від 1 до 5, де 1 – повністю не згоден; 2 – не згоден; 3 – нейтрально; 4 – згоден; 5 – повністю згоден.

Бланк опитування

№	Твердження	Повністю не згоден	Не згоден	Нейтрально	Згоден	Повністю згоден
		1	2	3	4	5
1	Фізичні вправи сприяють хорошому психічному здоров'ю.					
2.	Людина з депресією відчувається дуже нещасною.					
3.	Люди з шизофренією зазвичай мають марення (наприклад, вони можуть вірити, що за ними постійно стежать і спостерігають).					
4.	Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до рідних.					
5.	Якби у когось із близьких людей був психічний розлад, я б заохотив її/його звернутися до психолога.					
6.	Психічні розлади не впливають на поведінку людей.					
7.	Хороший сон сприяє хорошему психічному здоров'ю.					
8.	Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до психолога.					
9.	Людина з тривожним розладом може					

	панікувати в ситуаціях, яких вона боїться.					
10.	Люди з психічними розладами належать до малозабезпечених сімей.					
11.	Якби хтось із моїх близьких мав психічний розлад, я б вислухав її/його, не засуджуючи та не критикуючи.					
12.	Вживання алкоголю може викликати психічні розлади.					
13.	Психічні розлади не впливають на почуття людей.					
14.	Чим швидше психічні розлади будуть виявлені та вилікувані, тим краще.					
15.	Психічні розлади бувають тільки у дорослих.					
16.	Зміни в роботі мозку можуть призвести до виникнення психічних розладів.					
17.	Якби хтось із моїх близьких мав психічний розлад, я б заохотив її/його відвідати психіатра.					
18.	Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до друзів.					
19.	Збалансоване харчування сприяє хорошему психічному здоров'ю.					
20.	Одним із симптомів депресії є втрата інтересу або задоволення від більшості речей.					
21.	Якби у когось із близьких був психічний розлад, я нічим не міг би допомогти.					

22.	Тривалість симптому є одним із важливих критеріїв діагностики психічного розладу.					
23.	Депресія не є справжнім психічним розладом.					
24.	Наркоманія може викликати психічні розлади.					
25.	Психічні розлади впливають на думки людей.					
26.	Робити щось приємне сприяє хорошому психічному здоров'ю.					
27.	Людина з шизофренією може бачити і чути речі, які ніхто інший не бачить і не чує.					
28.	Сильно стресові ситуації можуть викликати психічні розлади.					
29.	Якби у мене був психічний розлад, я б звернувся за допомогою до психіатра					

Обрахунок результатів

Шкала 1. Знання проблем психічного здоров'я	2, 3, 9, 11, 12, 14, 16, 20, 22, 24, 25, 27, 28
Шкала 2. Помилкові переконання/стереотипи	6, 10, 13, 15, 21, 23
Шкала 3. Навички звернення за допомогою та надання першої допомоги	4, 5, 8, 17, 18, 29
Шкала 4. Стратегії самопомоги	1, 7, 19, 26
5. Загальний показник грамотності у сфері психічного здоров'я (MHLq)	Загальний MHLq = (Шкала 1+Шкала 3+Шкала 4) – Шкала 2

Стандартизовані ключі до опитувальника грамотності щодо психічного здоров'я (таблиця переведення сирих оцінок)

	Рівні		
	Високий	Середній	Низький
Шкала 1. Знання проблем психічного здоров'я	65 – 50	49 – 42	41 – 13
Шкала 2. Помилкові переконання/стереотипи	30 – 23	22 – 18	17 – 6
Шкала 3. Навички звернення за допомогою та надання першої допомоги	30 – 27	26 – 20	19 – 6
Шкала 4. Стратегії самодопомоги	20 – 19	18 – 15	14 – 4
Загальний рівень грамотності у сфері психічного здоров'я	95 – 73	72 – 57	56 – 17

З М І С Т

Передмова.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	5
1.1. Поняття резильєнтності у психологічних дослідженнях.....	5
1.2. Підходи до визначення структури резильєнтності особистості.....	11
1.3. Резильєнтність як здатність зберегти психічне здоров'я в умовах війни.....	20
РОЗДІЛ 2. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ: ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД.....	27
2.1. Актуальність дослідження психічного здоров'я українців.....	27
2.2. Нарративно-експозиційна терапія як метод збереження психічного здоров'я у військовий час.....	29
2.3. Ресурсний підхід до збереження психічного здоров'я.....	31
2.4. Релігійність особистості як ціннісна основа психологічної стійкості та збереження психічного здоров'я.....	33
2.5. Соціальна підтримка як чинник психічного здоров'я в умовах війни.....	35
2.6. Система послуг з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у закладі вищої освіти.....	37
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	40
3.1. Опис вибірки та обґрунтування методів дослідження.....	40
3.2. Аналіз отриманих результатів дослідження психологічної стійкості молоді	43

3.3. Відмінності у особистісних характеристиках молоді за рівнем психологічної стійкості.....	58
РОЗДІЛ 4. ГРАМОТНІСТЬ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО	
ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ.....	66
4.1. Ставлення до здоров'я у молоді: крос-культурний аналіз.....	66
4.2. Обізнаність у сфері ментального здоров'я молоді: опитування на третьому році війни.....	76
4.3. Опитувальник «Грамотності щодо психічного здоров'я»: опис, адаптація, застосування.....	85
4.4. Грамотність у сфері психічного здоров'я в українців на третьому році війни.....	96
4.5. Підвищення грамотності щодо психічного здоров'я як стратегія сприяння ранньому виявленню та попередженню психічних розладів.....	99
РОЗДІЛ 5. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УМОВАХ КРИЗИ.....	
102	
5.1. Основні напрямки і методи розвитку резильєнтності особистості....	102
5.2. Програма розвитку резильєнтності молоді в умовах війни.....	104
5.3. Медіарелігійність як стратегія подолання та стійкості в умовах кризи.....	134
ВИСНОВКИ	140
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	143
ДОДАТКИ	164

Наукове видання

Наталія Коструба, Лілія Ляшко, Оксана Фіщук

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЧНА
СТІЙКІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ В
УМОВАХ ВІЙНИ**

Монографія

*Друкується в авторській редакції
Макетування Наталії Коструби*