

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ЗАХИСТ І ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА

Монографія

За редакцією доктора медичних наук,
професора І. Я. Пінчук

УДК 159.944.4:613.86-057.875(075.8)

П59

Науково-дослідну роботу "Інноваційна модель захисту ментального здоров'я студентської молоді у воєнний і повоєнний періоди" (реєстраційний номер: 2022.01/0030) виконано колективом фахівців Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка за грантової підтримки Національного фонду досліджень України в 2023–2024 роках

Колектив авторів:

І. Я. Пінчук, М. Ю. Полив'яна, В. Я. Пішель, В. В. Вірченко,
Н. М. Степанова, В. М. Селезньова, Н. М. Піменова

Рецензенти:

д-р мед. наук, проф. Г. Пилягіна
(Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика);
д-р мед. наук, проф. М. Пустовойт
(Івано-Франківський національний медичний університет)

*Рекомендовано до друку Науково-технічною радою
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(протокол № 5 від 05 червня 2025 року)*

*Ухвалено Науково-методичною радою
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(протокол № 11-25 від 23 жовтня 2025 року)*

Психічне здоров'я студентів : захист і психосоціальна
П59 підтримка : монографія / І. Я. Пінчук, М. Ю. Полив'яна, В. Я. Пішель
та ін. ; за ред. І. Я. Пінчук. Київ : ВПЦ "Київський університет",
2026. 199 с.

ISBN 978-966-933-407-7

Розглянуто організацію заходів з психосоціальної підтримки та відновлення психічного здоров'я студентської молоді під час війни. Запропоновано алгоритм скринінгу для раннього виявлення ознак психічних порушень. Наведено рекомендації з курсу управління стресом "Самодопомога Плюс", організації Гарячої лінії "Стоп паніка", проведення досліджень у фокус-групах. Висвітлено механізм впливу психічних порушень на продуктивність навчальної та наукової діяльності здобувачів вищої освіти. Описано методику оцінювання негативного впливу психічних порушень на академічну продуктивність студентів. Представлено комплексну інноваційну модель захисту психічного здоров'я студентської молоді.

Призначено для керівників, викладачів, студентів вищих навчальних закладів, а також фахівців психологічної служби та всіх, хто опікується підтримкою психічного здоров'я студентської молоді.

УДК 159.944.4:613.86-057.875(075.8)

ISBN 978-966-933-407-7

© Пінчук І. Я., Полив'яна М. Ю., Пішель В. Я. та ін., 2026
© Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
ВПЦ "Київський університет", 2026

ЗМІСТ

Передмова (Пінчук І. Я.).....	6
1. Сучасний стан проблеми психічного здоров'я молоді під час війни (Полив'яна М. Ю.).....	8
2. Методологічні засади визначення стану психічного здоров'я студентської молоді (Полив'яна М. Ю., Пішель В. Я.).....	18
2.1. Дослідження психічного здоров'я студентів з використанням скринінгової інструментарію.....	18
2.2. Алгоритм скринінгу психічних порушень і ранньої діагностики психічних розладів у студентської молоді.....	33
2.3. Запровадження психодіагностичного скринінгу у навчальних закладах.....	43
3. Психічне здоров'я студентської молоді за результатами онлайн дослідження 2022–2023 років (Полив'яна М. Ю., Пішель В. Я.).....	51
3.1. Психічне здоров'я студентської молоді на початку повномасштабної війни.....	51
3.2. Особливості психічного здоров'я студентів на другому році повномасштабної війни.....	55
3.3. Прогностичні фактори ризику порушення психічного здоров'я студентів.....	58
4. Потреби студентів у психолого-психіатричній допомозі та психосоціалній підтримці (Степанова Н. М.).....	68
4.1. Визначення потреби з надання психолого-психіатричної допомоги за результатами онлайн опитування студентів.....	68
4.2. Фокус-групове дослідження щодо психосоціалній підтримки психічного здоров'я студентської молоді під час війни.....	74
5. Організація та впровадження заходів з психосоціалній підтримки психічного здоров'я студентів	85
5.1. Психосвітні заходи (Піменова Н. В.).....	85
5.2. Груповий курс управління стресом для дорослих "Самодопомога Плюс" (Піменова Н. В.).....	91

5.3. Гаряча лінія "Стоп Паніка" (Степанова Н. М.)	95
5.4. Інструменти ефективної організації навчальної роботи студентів в умовах виявлення симптомів психічних порушень (Вірченко В. В., Селезньова В. М.)	100
6. Цифрові технології у сфері психічного здоров'я (Селезньова В. М.)	111
6.1. Мобільні рішення для підтримки психічного здоров'я	111
6.2. Використання цифрових інструментів з метою захисту психічного здоров'я студентської молоді	127
6.3. Концепція мобільного застосунку для скринінгу та підтримки психічного здоров'я українських студентів	133
7. Кількісне оцінювання негативного впливу психічних порушень на продуктивність навчальної і наукової діяльності студентів (Вірченко В. В., Селезньова В. М.)	140
7.1. Механізм впливу психічних порушень на продуктивність навчальної та наукової діяльності здобувачів вищої освіти	140
7.2. Методика оцінювання та кількісний аналіз негативного впливу психічних порушень на академічну продуктивність студентів	147
8. Комплексна модель захисту психічного здоров'я студентської молоді (Пінчук І. Я., Полив'яна М. Ю., Пішель В. Я., Вірченко В. В., Степанова Н. М., Селезньова В. М., Піменова Н. В.)	166

Список умовних скорочень

BOO3	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗВО	заклад вищої освіти
МКХ-11	міжнародна класифікація хвороб одинадцятого перегляду
ПАР	психоактивні речовини
ПП	психосоціальна підтримка
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ШІ	штучний інтелект
CAGE	опитувальник щодо наявності алкогольних проблем
CRAFFT	шкала вживання психоактивних речовин
DSM-V	керівництво з діагностики та статистики психічних розладів п'ятого перегляду
GAD-7	шкала тривоги (General Anxiety Disorder-7)
ISI	опитувальник для визначення порушень сну (Insomnia Severity Index)
mhGAP	програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я – глобальна програма Всесвітньої організації охорони здоров'я
PC-PTSD-5	шкала виявлення осіб з імовірним посттравматичним розладом
PHQ-9	шкала депресії
PSS	шкала суїцидальності Пейкеля
SCOFF	шкала виявлення розладів харчової поведінки
SH+	груповий курс "Самодопомога Плюс" [Self-Help Plus]
WPAI-GH	шкала кількісного оцінювання впливу проблем зі здоров'ям на продуктивність праці

ПЕРЕДМОВА

Військова агресія росії справила значний деструктивний вплив на українське суспільство, суттєво загостривши низку соціальних і психологічних проблем, які існували й раніше, однак набули особливої актуальності в умовах війни. Однією серед ключових проблем є погіршення психічного здоров'я населення, особливо молоді. Цей феномен є прямим наслідком тривалого психологічного стресу, впливу травматичних подій і невизначеності, що спричиняють додаткове навантаження на психіку людини.

У контексті воєнного стану проблема погіршення психічного здоров'я молоді має не лише поточне значення, але й довготривалі наслідки, які суттєво вплинуть на процес післявоєнної реабілітації українського суспільства. Для її подолання необхідний системний підхід, що включає дослідження специфіки посттравматичних порушень серед молоді, запровадження науково обґрунтованих методів психосоціальної підтримки та психологічних втручань, а також інтеграцію заходів щодо психічного здоров'я до загальнодержавної політики.

Через широкомасштабну агресію росії українська освітня система зазнала значних втрат, у деяких прифронтових регіонах постраждало до 90 % освітніх споруд. Російська агресія призвела до значних втрат й серед українського студентства, зокрема, через загибель, травмування та масову евакуацію з окупованих територій. Воєнні умови вплинули на соціальну та психологічну адаптацію студентів, адже переміщення, втрати та перманентний стрес створили виклики, які вимагають комплексних рішень, зокрема, розробки системи захисту та підтримки психічного здоров'я молоді.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я психічне здоров'я характеризує не лише відсутність психічних розладів, а й передбачає особливий стан психологічного

благополуччя, за якого людина здатна повною мірою використовувати свої знання та здібності, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно працювати та робити внесок до життя своєї сім'ї й громади. Застосовуючи поняття психічного здоров'я до студентів та їх академічної діяльності потрібно зазначити, що проблеми у сфері психічного здоров'я не дозволяють студентам підвищувати свою працездатність, використовувати набуті компетенції та успішно досягати поставлених навчальних цілей.

Тим часом в Україні досить бракує системних досліджень з проблеми психосоціальної підтримки та захисту психічного здоров'я студентської молоді під час війни. Саме на усунення цієї прогалини й спрямовано наукове дослідження, результати якого покладено до основи монографії.

Отримані у ході дослідження дані дозволили сформулювати базис для збереження психічного здоров'я студентів як надважливого ресурсу для розвитку суспільства та економіки країни. Зокрема, уможливлено вирішення таких завдань:

а) проведення раннього скринінгу психічного здоров'я студентської молоді;

б) створення методології кількісного оцінювання впливу психічних порушень на академічну продуктивність студентів;

в) розроблення інтегрованого підходу до психосоціальної допомоги здобувачам вищої освіти через координацію на суспільному рівні, рівні родини, ЗВО та професійної медичної допомоги.

Подані у монографії найбільш значущі результати наукового дослідження будуть не тільки цікавими, а й дуже корисними для всіх, хто опікується захистом і підтримкою психічного здоров'я студентської молоді.

Розділ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

З початком повномасштабного військового вторгнення росії 24 лютого 2022 р. Україна опинилася в епіцентрі безпрецедентної гуманітарної кризи. Переживання подій, що загрожують життю; переміщення; порушення сімейних і соціальних зв'язків; втрата житла; відсутність доступу до послуг у сфері охорони здоров'я, освіти та соціальних послуг; страх і невпевненість у завтрашньому дні – усе це мало серйозні наслідки для психічного здоров'я. Поточна криза не оминула жодного українця незалежно від віку та статі.

Онлайн опитування дорослого населення України після 18 місяців війни виявило приблизно у кожного третього респондента проблеми, що відповідають діагностичним критеріям психічного розладу. Одним серед основних факторів ризику виникнення цих проблем є молодий вік (1). Дослідження психічного здоров'я населення інших країн, що стали ареною воєнних дій, також свідчать про руйнівний вплив війни на психічне здоров'я саме молоді (2, 3).

Особливо цей вплив помітний серед студентів, які несуть подвійний тягар стресу. Починаючи з 22 лютого 2022 року й до сьогодні українські студенти перебувають під постійною загрозою ракетних обстрілів, бачать жахливі картини зруйнованих будівель, утрачають рідних, друзів і водночас продовжують навчання. Для цього періоду характерною є висока схильність молодих людей до розвитку депресії, тривожних і посттравматичних психічних розладів, залежності від психоактивних речовин (4, 5).

В одному з ранніх досліджень (травень 2022 р.) щодо впливу війни на психічне та емоційне благополуччя української молоді дослідники провели онлайн-опитування серед студентів і співробітників чотирьох університетів (6). Було

досліджено такі параметри, як страх війни, стійкість, емоційне вигорання, самотність. Зібрано інформацію щодо вживання психоактивних речовин і розладів харчової поведінки.

Більшість респондентів (97,8 %) зазначили погіршення психоемоційного стану, включаючи депресію (84,3 %), стомлюваність (86,7 %), самотність (51,8 %), нервозність (84,4 %) і гнівливість (76,9 %). Студенти зазначали про це частіше, ніж співробітники університетів, а жінки – частіше за чоловіків. Збільшилось уживання психоактивних речовин (тютюну, алкоголю, знеболювальних і седативних засобів), самотність, пов'язана зі страхом, вигоранням і зниженням стійкості. Між тим, 12,7 % респондентів повідомили, що війна не вплинула на стан їх психічного здоров'я; показники страху та вигорання у них були нижчі, а стійкість вища, ніж в інших респондентів.

Результати дослідження є попередніми та обмежені даними, що зібрані в один момент війни у чотирьох містах України, де спостерігалися різні рівні смертності, поранень і руйнувань унаслідок військових подій. Тим не менш, дослідження демонструє результати, що схожі з висновками інших авторів щодо впливу стихійних лих, катастроф і збройних конфліктів на психоемоційний стан університетської молоді.

Зазначену тенденцію підтверджують дані опитування, згідно з яким понад 80 % українських студентів під час війни мали психічні порушення та розлади різного ступеня виразності, включаючи депресію, посттравматичні стресові й тривожні розлади, розлади сну тощо (7). Автори оцінювали поширеність цих розладів та їхній зв'язок із кошмарами, безсонням та посттравматичним стресовим розладом, що пов'язаний із війною, у студентів університетів Західної України. Дослідники довели, що симптоми ПТСР, що пов'язані з війною, впливають й на інші психічні порушення. Тому, на їхню думку, посттравматичний стресовий розлад має бути пріоритетом у лікуванні українських студентів, а найбільш ефективними можуть бути міждисциплінарні інтегративні програми втручання.

Слід зазначити, що при плануванні таких втручань необхідно враховувати місце перебування студентів, місце розташування університету, оскільки наявні дані про те, що молоді люди з постраждалих від війни регіонів України мають вищі показники посттравматичного стресового розладу, тривоги та депресії, порівняно з їхніми співвітчизниками з регіонів, які безпосередньо не зазнали війни (8).

Водночас результати дослідження психологічного благополуччя та успішності українських студентів-медиків, які проживали у тилкових районах після перших 18 місяців війни, свідчили про ознаки стресу, тривоги та депресії у 62,5 %, 59,6 % і 58,8 % респондентів, відповідно (9). Тяжкі та вкрай тяжкі симптоми депресії спостерігалися у 25,6 % студентів, тривога – у 31,9 %, стрес – у 29,7 % з більш високою поширеністю серед студенток. Крім того, у 44,2 % опитаних виявлено виражені симптоми посттравматичного стресового розладу з найвищими балами за підшкалою *гіперзбудження*. Установлено, що академічна успішність студентів 2023 року була значно нижчою, порівняно з довоєнним періодом 2019 року.

Такий вплив війни на успішність студентів через погіршення їх психічного здоров'я (зокрема, наявність виражених ознак депресії, тривожності та проблем зі сном) підтверджують результати онлайн-опитування студентів університетів із різних регіонів України за допомогою шкали WPAI:SHP, яку адаптовано до застосування у студентській популяції (10).

У конфліктних ситуаціях вплив агресивних і травматичних подій може бути пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, які молоді люди використовують як стратегію подолання тривоги та страху. Тому студенти, які мають ознаки посттравматичного стресового розладу, у той самий час мають й більш високий ризик зловживання психоактивними речовинами, ніж їхні однолітки без ознак ПТСР.

Національний звіт про ситуацію з наркотиками та алкоголем, проведений в Україні 2022 року серед респондентів віком 15–24 роки, показав, що 18,8 % серед них уживають психо-

активні речовини¹. У перехресному дослідженні 2023 року серед українських підлітків віком 15–18 років, які постраждали від війни, у 20,5 % молодих людей визначено помірний або високий ризик уживання психоактивних речовин (11).

Досліджень щодо вживання алкоголю та інших психоактивних речовин серед студентів українських університетів під час війни практично не існує. Єдине опитування з цієї проблеми проведено у жовтні 2023 року (12). Загалом 66,4 % студентів повідомили тоді про вживання алкоголю, 11,5 % – уживали інші речовини. Слід зазначити, що при цьому переважна більшість студентів мала травматичний досвід, що пов'язаний з війною (91,1 %), більше половини – зазнали множинних психологічних травм (62,0 %). За результатами дослідження будь-який травматичний досвід спричиняв інтенсивніше вживання психоактивних речовин. Студенти старшого віку, а також ті, хто двічі переїжджав (у межах України та за кордон чи за кордон і знову до України), припиняли навчання чи перебували в академічній відпустці, уживали більшу кількість ПАР. Уживання студентами алкоголю значною мірою було пов'язане зі статтю; менший рівень вживання виявлено серед тих, хто під час війни залишався з родичами чи батьками.

Суїцидальні думки та спроби самогубства тісно пов'язані з травматичним досвідом війни, посттравматичним стресовим розладом, депресією й тривогою. Особливо гостро проблема суїцидального ризику постає перед молоддю, оскільки за даними ВООЗ у деяких країнах самогубство є однією серед трьох основних причин смерті осіб віком 15–44 років і другою – за значущістю серед студентів коледжів².

Чи не єдиним дослідженням суїцидальної поведінки українських студентів є робота групи авторів, яку було опубліковано напередодні повномасштабного вторгнення (13). У дослідженні використано вибірку студентів серед десяти українських державних університетів, вік учасників – від 17 до

¹ <https://cmhmda.org.ua/en/report/national-report-2023/>

² <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000125>

24 років. Поширеність суїцидальних думок серед респондентів протягом життя становила 26,13 %, про спробу самогубства протягом життя повідомили 5,45 % учасників. Студенти повідомляли про більшу кількість суїцидальних думок, якщо вони частіше вживали алкоголь і марихуану, мали клінічні ознаки депресії, були старшими за віком, жінками та не були пов'язані з жодною релігією. Спроби самогубства також були пов'язані з наявністю ознак вираженої депресії, збільшенням споживання марихуани та відсутністю релігійності. Ці результати свідчать про те, що порушення психічного здоров'я, уживання алкоголю та марихуани можуть збільшити ризик суїцидальності, тоді як релігійна належність може бути важливим захисним механізмом для осіб, які мають ризик суїцидальної поведінки.

Разом із тим дотепер проблемі суїцидальної поведінки студентів, зокрема, в умовах війни, приділено недостатньо уваги як в дослідженнях, так і безпосередньо в навчальних закладах.

Слід зазначити, що загальними обмеженнями всіх досліджень є використання опитувальників або анкет самозвіту. Відомо, що результати таких опитувань можуть суттєво відрізнятися від клінічних інтерв'ю, а інструменти самооцінювання зазвичай виявляють більше симптомів. Але використання цього ресурсу допомагає визначити потенційні проблеми психічного здоров'я студентів до того, як вони стануть надто серйозними, і дозволити їм отримати необхідну допомогу на ранніх етапах виникнення психічних порушень.

Останнім часом усе більше дослідників підтримують використання змішаних методів як найкращого вибору для дослідження психічного здоров'я та самопочуття у нестандартних умовах. Ідеться як про якісні, так про кількісні методи (фокус-групи, поглиблені інтерв'ю тощо).

Багато авторів указують також на те, що молоді люди неохоче звертаються по допомогу щодо проблем психічного здоров'я. Причому студенти чоловічої статі більш негативно ставляться до використання психологічних послуг, порів-

няно зі студентками. Часто-густо здобувачі освіти не отримують необхідної підтримки через проблеми, що пов'язані зі стандартами доступних послуг (14).

Основними практичними та психологічними бар'єрами для звернення по професійну допомогу для багатьох молодих людей є стигма, непоінформованість про послуги, звичка розв'язання проблем самостійно або з друзями чи родичами, брак часу, негативна реакція з боку однолітків, неузгодженість інформації між службами підтримки, фрагментація надання послуг у сфері психічного здоров'я в державних та університетських установах, відсутність аудиту потреб студентів з цих питань (15).

Низка досліджень свідчить про недостатній рівень психічної грамотності молодих людей, брак знань про програми втручання у сфері психічного здоров'я, тому особливу увагу звертають на важливість освітніх заходів щодо зниження стигматизації та підвищення поінформованості про проблеми психічного здоров'я серед молодих людей. Поряд зі студентами викладачі навчальних закладів також потребують спеціальної підготовки у сфері психічного здоров'я та навчання з надання допомоги тим, хто має проблеми психічного здоров'я.

Для підтримки психічного здоров'я молоді, що недостатньо охоплена традиційними ресурсами в цій сфері, особливо важливо застосовувати технології, які є зрозумілими для студентів, і які вони активно використовують. Студенти як ніхто цінують конфіденційність, доступність та анонімність терапії, саме тому третина молодих людей надають перевагу онлайн втручанням, які є ефективними у зниженні стресу, тривоги та депресії. Це можуть бути мобільні додатки, онлайн консультування за допомогою штучного інтелекту тощо. Цифрові втручання мають певний потенціал для подолання наявних бар'єрів у доступі до підтримки психічного здоров'я. Інформаційну основу для їх розроблення представили автори огляду, що оцінює цифрові втручання до психічного здоров'я дітей і підлітків, які постраждали від війни та стихійних лих (16).

Не викликає сумніву факт, що підтримка психічного здоров'я має бути адаптована до індивідуальних потреб, попереднього досвіду, тягарів та умов життя кожної молодої людини. Для цього потрібен поетапний підхід із багаторівневими втручаннями, інформацією про наявні психічні травми (17). Такий підхід має включати онлайн-інструменти задля скринінгу психічного здоров'я, веб-сайти з елементами психоосвіти, цифрову професійну підтримку та консультування, спеціалізоване лікування, втручання на основі доказів для окремих осіб і груп. Він також має на меті сприяти як ширшому доступу, так і швидкому підключенню до системи підтримки психічного здоров'я, де молоді люди можуть отримувати різні форми підтримки та вирішувати, що їм підходить і що вони сприймають як ефективне втручання. Ранньому зверненню по професійну або непрофесійну допомогу сприятимуть психоосвітні заходи з дестигматизації психічних розладів.

Стратегічне значення для запобігання проблемам психічного здоров'я студентської молоді має загальноуніверситетський підхід, що включає партнерство, послідовність і злагодженість послуг із забезпечення та підтримки психологічного благополуччя студентів (18). Набутий з цього питання досвід свідчить також про те, що служби психологічної підтримки в університеті мають працювати не ізольовано, а разом з іншими педагогічними, соціальними та суспільними закладами.

Для фахівців психологічних служб, керівників, викладацького та навчально-допоміжного персоналу закладів вищої освіти, а також усіх, хто опікується підтримкою психічного здоров'я студентської молоді, співробітники Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка в 2024 році підготували методичні рекомендації, в яких запропонували організацію заходів із психосоціальної підтримки та відновлення психічного здоров'я студентської молоді під час війни (19). Авторами розроблено покроковий

алгоритм скринінгу психічного здоров'я студентів для раннього виявлення ознак психічних порушень і проведення адекватних втручань; надано рекомендації щодо курсу управління стресом "Самодопомога Плюс", організації Гарячої лінії "Стоп паніка", проведення дослідження у фокус-групах з актуальних питань психосоціальної підтримки студентів. У додатку наведено стандартизований психодіагностичний інструментарій для скринінгу психічного здоров'я студентської молоді.

Підводячи підсумки інформаційно-аналітичного огляду можна дійти висновку про значну поширеність симптомів депресії, тривоги, безсоння та посттравматичних стресових розладів серед студентів українських університетів за три роки після початку російської повномасштабної війни проти України. Крім того, щонайменше у кожного п'ятого студента наявні помірні або важкі симптоми таких психічних розладів. Дослідники також акцентують увагу на підвищеному ризику суїцидальної поведінки молодих людей і загрозі формування у них психічних порушень і розладів, що пов'язані із вживанням психоактивних речовин. Отримані результати підтверджують актуальність проблеми захисту та підтримки психічного здоров'я українських студентів як під час війни, так і в повоєнний період, а також підкреслюють необхідність подальших зусиль з її розв'язання з боку всіх зацікавлених сторін.

Джерела та література

1. Martsenkovskiy D., Shevlin M., Ben-Ezra M. et al. Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*, 2024. 67(1), e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>
2. Sokhor H., Yasniy O., Smashna O., Hashimova H. The impact of war and forced displacement on the mental health of children and adolescents (literature review). *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 2024; 9(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i1.471>
3. Amsalem D., Haim-Nachum S., Lazarov A. et al. The effects of war-related experiences on mental health symptoms of individuals living in conflict zones: a longitudinal study. *Sci Rep*. 2025; 15, 889. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84410-3>

4. Pinchuk I., Solonskyi A., Yachnik Y. et al. Psychological well-being of Ukrainian students three months after the emerge of full-scale war. *Psychiatr. Pol.* 2024; 58(1):121–51. <https://doi.org/10.12740/PP/177073>

5. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J.M. et al. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry*; 2025, 25:236. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1>

6. Kurapov A., Pavlenko V., Drozdov A. et al. Toward an Understanding of the Russian-Ukrainian War Impact on University Students and Personnel. *Journal of Loss and Trauma.* 2022; 28(2):167–174. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2084838>

7. Pavlova I., Rogowska A.M. Exposure to war, war nightmares, insomnia, and war-related posttraumatic stress disorder: A network analysis among university students during the war in Ukraine. *Journal of Affective Disorders*, 2023. 342(1):148-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.003>

8. Osokina O., Silwal S., Bohdanova T. et al. Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2023; 62(3):335–43. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>

9. Korda M., Shulhai A., Shevchuk O. et al. Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: a cross-sectional study. *Front. Public Health.* 2025; 12:1457026. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1457026>

10. Pinchuk I., Feldman I., Seleznova V., Virchenko V. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Published online March 3, 2025. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02867-7>

11. Goto R., Pinchuk I., Kolodezhny O. et al. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA pediatrics.* 2024; 178(5): 480–488. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.0295>

12. Myshakivska O., Polyvianaia M., Yachnik Y., Pinchuk I. Risk Factors for Substance Use among University Students in Ukraine during Wartime. *Adiktologie*, 2024; (24):119-129. <https://doi.org/10.35198/01-2024-002-0001>

13. Burlaka, V., Hong, J.S., Serdiuk, O. et al. Suicidal Behaviors Among Ukrainian College Students: the Role of Substance Use, Religion, and Depression. *Int J Ment Health Addiction* 19, 2392–2406 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00333-w>

14. Osborn T.G., Li S., Saunders R., Fonagy P. University students' Use of Mental Health Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2022; 16(1):1–34. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00569-0>

15. Polyvianaia M., Stepanova N., Yachnik Y. et al. Mental Health Support Needs of Students During the Wartime. *Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences.* 2024; 76(2). <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.02.21>

16. Danese A., Martsenkovskiy D., Remberk B. et al. Scoping Review: Digital Mental Health Interventions for Children and Adolescents Affected by War. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2025; 64(2):226–248. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.02.017>

17. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.

18. Bennett J., Kidger J., Haworth C. et al. Student mental health support: A qualitative evaluation of new well-being services at a UK university. *J. Furth. High. Educ.* 2024; 48(4):372–387. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2024.2335379>

19. Психосоціальна підтримка та відновлення ментального здоров'я студентів під час війни та в повоєнний період : метод. рекомендації / І.Я. Пінчук, М.Ю. Полив'яна, В.Я. Пішель та ін. Київ : ВПЦ "Київський університет", 2024. 55 с.

Розділ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

2.1. Дослідження психічного здоров'я студентів з використанням скринінгового інструментарію

Психодіагностичний скринінг. Критерії оцінювання

Концепція скринінгу в охороні здоров'я (активного виявлення хвороби або стану, що передує хворобі) в осіб, яких вважають або які вважають себе здоровими, швидко поширилася протягом ХХ ст. і на сьогодні широко прийнята у більшості розвинених країн (1).

Проблеми психічного здоров'я буває важко виявити та діагностувати, але за допомогою правильних інструментів і раннього виявлення люди можуть краще керувати своїм психічним благополуччям. Цей ресурс допомагає виявити потенційні проблеми зі здоров'ям перед тим, як вони стануть надто серйозними, та отримати необхідну допомогу на ранніх етапах (2).

Скринінг у психології та психіатрії – це спеціально розроблена експрес-діагностика психічних розладів і порушень, що дозволяє виявити відхилення у психічному стані та попередити ускладнення важких розладів (3). Скринінг не дає відповіді на запитання про причину труднощів, він допомагає знайти проблему у конкретний момент, зафіксувати динаміку психічного стану, і, за потреби, провести порівняльний аналіз певної групи людей.

Скринінг – це перший етап виявлення проблеми, він лише передує подальшим діям, тому його результати не можна вважати остаточними. Це перше та найвагоміше дослідження психічного стану, від нього залежить подальший план дій

і стратегія роботи спеціаліста. Тому вкрай важливо проводити скринінг при перших підозрах психічних порушень, використовуючи лише стандартизовані методики, аби результати дійсно можна вважати надійними (4).

Скринінгові інструменти призначені для оцінювання поточного стану психічного здоров'я людини шляхом опитування щодо способу життя, поведінки, емоційного благополуччя тощо. Отримані відповіді можна використовувати для виявлення будь-яких ознак психічних порушень, що дозволяє за потреби втрутитися на ранній стадії. Раннє виявлення сприяє запобіганню розвитку серйозніших проблем психічного здоров'я, зокрема, суїцидальних спроб. Поняття *ранньої діагностики* не належить до скринінгу, оскільки його проводять в умовно здоровій популяції. Мета ж ранньої діагностики – якомога раніше виявлення патології у пацієнтів, які вже мають симптоми хвороби.

Скринінг можна проводити як масово (з метою є виявлення осіб з групи ризику), так й індивідуально. Онлайн скринінг – один серед найбільш швидких і доступних способів визначення наявності (чи відсутності) в людини ознаки психічних порушень.

Переваги використання скринінгу не обмежені простим виявленням потенційних порушень. Скринінг також надає людині можливість обговорити проблеми свого психічного здоров'я з професіоналом у безпечній і сприятливій обстановці. Такий діалог може бути безцінним для тих, хто не має доступу до професійної допомоги чи послуг підтримки через фінансові, географічні чи інші бар'єри. За правильного використання скринінг може бути дієвим інструментом у профілактиці захворювань. Необхідно дотримуватися сталих принципів і критеріїв скринінгу та не допускати застосування практик проведення скринінгу, що не відповідають певним вимогам (5).

Основні критерії, яких необхідно дотримуватись перед проведенням скринінгу щодо будь-якої патології, чітко ви-

значені багато років тому. Вони мають фундаментальне значення для забезпечення цілісності процесу скринінгу у будь-якій країні. 1971 року Кокрейн і Холланд (Cochrane and Holland) запропонували сім критеріїв оцінювання, які сьогодні настільки ж справедливі, як і тоді (6). Повністю ці критерії викладено на веб-сайті Національного комітету зі скринінгу Об'єднаного Королівства³. Основні критерії скринінгу та скринінгового інструментарію подано в табл. 1, 2.

Таблиця 1. Критерії скринінгу

Категорія	Критерій
Захворювання	Анамнез захворювання, включаючи розвиток від прихованого до вираженого, має бути правильно зрозумілий. Важливою є наявність впізнано-прихованої або ранньої симптоматичної стадії захворювання
Діагноз	Наявність відповідного діагностичного тесту, що є безпечним і прийнятним для охопленої популяції. Необхідність узгодженої політики, що заснована на надійних результатах тесту та національних стандартах, що визначає осіб, яких треба вважати пацієнтами. Весь процес має бути безперервним
Лікування	Для осіб, в яких виявлені захворювання або преморбідний стан, обирають визнаний і встановлений протокол лікування або втручання, доступне обладнання для лікування
Вартість	Вартість виявлення випадків захворювання (включаючи діагностику та лікування) має бути економічно збалансована з можливими витратами на медико-санітарну допомогу у цілому

Розроблено авторами з використанням рекомендації Національного комітету зі скринінгу Об'єднаного Королівства (<https://www.gov.uk/government/organisations/uk-national-screening-committee>)

³ <https://www.gov.uk/government/organisations/uk-national-screening-committee>

Таблиця 2. Критерії скринінгового інструментарію

Категорія	Критерій
Простота	Тест має бути легкий для використання, простий для інтерпретації і, наскільки це можливо, доступний для проведення парамедичним та іншим персоналом
Точність	Тест має давати точні визначення стану або симптому
Прийнятність	Тест має бути прийнятним для тих, хто є його об'єктом, оскільки участь у скринінгу є добровільною
Повторюваність	Тест має надавати результати, які можна порівняти з результатами повторюваних досліджень
Чутливість	Тест має надавати позитивний результат за наявності стану, який досліджують в обстежуваного
Специфічність	Тест має давати негативний результат за відсутності стану, який досліджують в обстежуваного
Вартість	Вартість тесту має бути врахована через переваги раннього виявлення захворювання
Етичні аспекти	Співвідношення <i>школа</i> : <i>користь</i> повинне мати першорядне значення при запуску скринінгу. У будь-якому випадку для деяких осіб він матиме недоліки. Усі дані скринінгу мають попередній характер, тому необхідні подальші дослідження для підтвердження в осіб із позитивними результатами патології і необхідності лікування (істинно-позитивні результати); виключення осіб з позитивними результатами, які не мають патології (хибнопозитивні результати)

Розроблено авторами з використанням рекомендації Національного комітету зі скринінгу Об'єднаного Королівства
 (<https://www.gov.uk/government/organisations/uk-national-screening-committee>)

Досвід проведення систематичного скринінгу психічного здоров'я молоді в США виявив, що для організації цього процесу та його успіху необхідно виконати низку попередніх кроків (7). Зупинимось детальніше на кожному з десяти запропонованих кроків.

1. Перегляд потреб і варіантів – розроблення чіткого обґрунтування скринінгу психічного здоров'я в закладі, перегляд варіантів доступних методів скринінгу. Цей процес відбору вимагатиме насамперед чіткого уявлення про причини впровадження скринінгу у закладі:

- ♦ виявлення молоді, яка може мати проблеми психічного здоров'я, що потребують уваги задля уникнення посилення цих проблем;

- ♦ зниження ризику самоушкодження через виявлення осіб, які мають безпосередній ризик самогубства або самоушкодження;

- ♦ виявлення молоді з потенційними проблемами вживання психоактивних речовин, які потребують негайної уваги;

- ♦ підвищення безпеки молоді та персоналу через виявлення осіб, проблеми психічного здоров'я яких становлять безпосередній ризик заподіяння шкоди собі чи іншим;

- ♦ отримання інформації про психічне здоров'я у рамках програми перенаправлення молоді до громадських послуг, які могли б найкраще задовольнити їхні поточні потреби у сфері психічного здоров'я;

- ♦ виявлення осіб, які потребують подальшого обстеження для з'ясування необхідності тривалішого лікування, що варто враховувати при плануванні відповідних заходів;

- ♦ документування рівня потреби в послугах з охорони психічного здоров'я на основі результатів скринінгу.

Розглядаючи питання про необхідність скринінгу психічного здоров'я, не слід вважати, що скринінг сам по собі приведе до планів лікування осіб з високим ризиком проблем психічного здоров'я. Скринінг – це лише перший крок на шляху до цих цілей.

2. Перегляд ресурсів і вимог – це визначення фінансових і кадрових ресурсів, що необхідні для виконання процедури

скринінгу, а також вимог та обмежень, які створюють повсякденні обставини в конкретному закладі чи програмі. Крім змісту скринінгу при виборі інструментів і розробці його процедур слід зважати ще на кілька характеристик.

Багато інструментів скринінгу були розроблені для застосування фахівцями, які не займаються психічним здоров'ям, хоча деякі з них мають досвід роботи у сфері охорони психічного здоров'я. Навчання без відриву від виробництва, що зосереджено на глибокому розумінні процедур скринінгу, може бути прийнятним для персоналу, який фактично проводить скринінг, тоді як інший персонал закладу може пройти навчання просто для ознайомлення з метою скринінгу та використанням його результатів.

Основні витрати, що пов'язані з відбором, зазвичай включають: посібники, паперові форми або комп'ютерне обладнання та програмне забезпечення, витрати на базу даних. Інструменти значно відрізняються за цими витратами, а також за вартістю навчання персоналу.

3. Навчання персоналу. Однією зі стратегій, яку доцільно використовувати, є проведення короткого тренінгу для ознайомлення персоналу з проблемами психічного здоров'я серед молоді. Корисно залучити до цього навчання інших працівників, які можуть мати особливу інформацію, зокрема, фахівців з інформаційних технологій, що може допомогти при прийнятті рішення про доцільність комп'ютерного скринінгу або в питаннях інформаційної безпеки.

4. Вибір методу та процедури скринінгу. Рішення зазвичай ґрунтуватиметься на факторах, які розглядали на попередніх етапах: конкретні причини скринінгу психічного здоров'я, доступні методи, наявні фінансові ресурси та питання доцільності конкретної програми. Важливими є вибір інструменту, порядок його адміністрування та використання.

5. Розроблення правил прийняття рішень і політики реагування передбачає розробку правил прийняття рішень, які визначають кількісний рівень балів за окремими психодіагнос-

тичними шкалами, що буде використаний як маркер. Ці заходи загалом можуть включати подальше оцінювання отриманих результатів, більш індивідуалізоване та ретельне, яке може включати різні умови:

- ♦ негайно або в найкоротший доступний час;
- ♦ спеціалізованим персоналом, який не займається психічним здоров'ям, або фахівцем з психічного здоров'я;
- ♦ за допомогою інструментів структурованого інтерв'ю або психологічних/психіатричних тестів і методів.

Негайні запобіжні заходи персоналу:

- ♦ запровадження стандартних процедур запобігання самогубствам;
- ♦ обережність для зменшення ймовірності потенційної агресивної поведінки;
- ♦ екстрене направлення до стаціонарних або амбулаторних служб охорони психічного здоров'я.

6. Створення ресурсів для реагування. Після визначення правил прийняття рішень, згідно з результатами скринінгу, необхідно спланувати шляхи їх виконання. Якщо клінічна консультація буде відповіддю на певні результати скринінгу, то треба розробити ресурси та взаємозв'язки для доступності консультацій. Отже, створення ресурсів реагування передбачає як внутрішню, так і зовнішню підготовку персоналу до розвитку зв'язків і партнерства, зокрема, з постачальниками послуг з охорони психічного здоров'я.

7. Розроблення політики обміну інформацією. Інформація про скринінг психічного здоров'я зазвичай призначена для використання державними органами влади, установами, громадськими організаціями, які мають реагувати на потреби молоді у сфері психічного здоров'я. Отже, необхідно розробити політику щодо обсягу інформації, якою можна ділитися з іншими, а також до її обмеження.

8. Проведення пілотного дослідження й тренінг персоналу. Під час цього етапу скринінгову програму реалізують у невеликих масштабах для гарантування можливості керувати

процедурами, зважаючи на реальні повсякденні вимоги, і корегувати програму за потреби. Після апробації програми скринінгу необхідно провести навчання персоналу (тренінг). Зазвичай тренінг включатиме не лише деталі адміністрування та оцінювання результатів, але й загальне навчання персоналу.

9. Створення бази даних. Однією з великих переваг систематичного скринінгу психічного здоров'я є можливість створення бази даних, яка описує потреби молоді щодо надання психолого-психіатричної допомоги. Ці дані можна використовувати як інструмент управління для внесення коригувань до відповідних програм і пошуку ресурсів для покращення реагування на потреби молоді у сфері психічного здоров'я. Розробка та підтримка бази даних звичайно вимагає консультування спеціаліста з інформаційних технологій.

10. Моніторинг і технічне обслуговування. Як і всі подібні ресурси, програма скринінгу потребує періодичного моніторингу її якості. Варто передбачити плінність кадрів не лише фахівців, що відповідають за скринінг, а й інших працівників, які мають буди обізнані щодо використання інформації про скринінг у роботі з молоддю. Отже, потрібно планувати навчання нових спеціалістів, а також забезпечувати щорічне безперервне навчання персоналу задля вдосконалення їх знань про потреби молоді у сфері психічного здоров'я.

Основні положення наведеної процедури враховано при розробленні комплексного психодіагностичного скринінгу ментального здоров'я студентської молоді.

Комплексний скринінг психічного здоров'я студентської молоді з використанням стандартизованих психодіагностичних шкал

При дослідженні психічного здоров'я в районах, які потерпали від військових дій чи катастроф, наявні труднощі при оцінюванні та визначенні рівня проблем щодо психічного здоров'я (8). Це зумовлено відсутністю легкодоступних перевірених інструментів для скринінгу та отримання надійних

даних, які би дозволили оцінити ефективність скринінгу. Крім того, за ситуацій, коли багато членів суспільства зазнають травматичного впливу, це також може бути стигматизуючим фактором. Виникнення під час війни таких психічних порушень, як депресивні або посттравматичні стресові реакції, ускладнює оцінювання та планування втручань (9).

З урахуванням усіх складнощів та обмежень при проведенні скринінгових досліджень в умовах війни, нами розроблено комплексний скринінговий інструментарій з використанням стандартизованих психодіагностичних шкал для оцінювання психічного здоров'я студентської молоді в Україні.

Розроблено онлайн анкету, яка містить дві частини. Перша – включає соціально-демографічні дані, питання щодо внутрішнього або закордонного переміщення, потреби у психологічній підтримці під час війни тощо. Друга частина містить стандартизовані психодіагностичні шкали для оцінювання стану психічного здоров'я: ознак ПТСР (PC-PTSD-5; Prins A., Bovin M. J., 2016) (10); депресії (PHQ-9; Kroenke K. et al., 2001) (11); генералізованого тривожного розладу (GAD-7; Spitzer R.L. et al., 2006) (12); розладів харчової поведінки (SCOFF; Morgan J. F. et al., 1999) (13); наявності алкогольних проблем (CAGE; Ewing J.A., 1984) (14); порушень сну (ISI; Morin C.M., 2011) (15).

Зупинимось докладніше на складових комплексного психодіагностичного інструментарію.

1. Шкала PHQ-9 містить запитання, що є відповідними критеріям депресії, згідно з DSM-IV. Зазвичай її використовують під час скринінгу, діагностики, вибору та контролю лікування. Шкала містить дев'ять пунктів, відповіді на які оцінюють таким чином: 0–4 бали – відсутня/мінімальна депресія, 5–9 – легка, 10–14 – помірна, 15–19 – помірно важка, ≥ 20 балів – тяжка депресія.

2. Шкала GAD-7 включає сім питань, які виявляють основні ознаки тривоги за діагностичними критеріями: 0–4 бали вказують на мінімальну тривожність, 5–9 – на легку, 10–14 – на

помірну, ≥ 15 балів – на тяжку тривогу. Опитувальник розроблено для діагностики генералізованого тривожного розладу, але він також має високу чутливість щодо панічного та посттравматичного стресового розладу.

3. Індекс тяжкості безсоння ISI – короткий, легкий і широко використовуваний опитувальник для виявлення безсоння. Результати останніх досліджень свідчать про те, що ISI має переваги перед іншими інструментами, оскільки використовує критерії ICD-10 і DSM-5 для оцінювання безсоння. Містить сім запитань і призначений для оцінювання характеру, тяжкості та впливу безсоння на повсякденну діяльність дорослих.

4. Шкала PC-PTSD-5 – це скринінг із п'яти пунктів, що розроблений для виявлення осіб з імовірним посттравматичним розладом у закладах первинної медичної допомоги. Вимірювання починають з пункту, який оцінює вплив травматичних подій протягом життя. Якщо респондент заперечує вплив, то PC-PTSD-5 завершується з оцінкою 0. Однак, якщо респондент вказує, що протягом життя зазнав травми, йому пропонують відповісти (ТАК/НІ) на додаткові запитання про вплив травми на нього протягом останнього місяця.

PC-PTSD-5 розроблений для виявлення респондентів з імовірним посттравматичним стресовим розладом. Респонденти з позитивним результатом скринінгу потребують подальшого оцінювання лікарем, бажано за допомогою структурованого інтерв'ю, такого як Шкала посттравматичних стресових розладів для DSM-V (CAPS-5). Проведення клінічного інтерв'ю не завжди можливо через нестачу часу та персоналу. У таких випадках рекомендовано проведення додаткового оцінювання за допомогою шкали PCL-5.

5. Опитувальник SCOFF – ефективний скринінговий інструмент для виявлення розладів харчової поведінки. Він простий, легко запам'ятовується, призначений не для діагностики, а для виявлення ймовірної патології. Автори розробили п'ять запитань щодо основних ознак нервової анорексії та нервової булімії, використовуючи фокус-групи пацієнтів із розладами

харчової поведінки (разом зі спеціалістами з лікування розладів харчової поведінки). Цей інструмент скринінгу охоплює п'ять основних аспектів розладів харчової поведінки: хвороба, контроль над звичками харчування, зміни ваги, спотворення образу тіла та роль їжі у житті людини. Позитивна відповідь на два або більше запитань указує на ймовірний випадок нервової анорексії чи булімії.

6. Наявність алкогольних проблем запропоновано виявляти за допомогою опитувальника CAGE. Чотири запитання CAGE акцентують на споживанні алкоголю та проблемах, що є результатами вживання. Акронім CAGE допомагає пригадати запитання, кожне з яких вимагає відповіді ТАК/НІ. Дві чи три відповіді ТАК указують на проблему або розлад, що спричинений зловживанням алкоголю. Беручи до уваги поширеність надмірного вживання алкоголю, його несприятливі наслідки для фізичного та емоційного благополуччя, а також високий ступінь чутливості ранніх стадій проблем з алкоголем до короткого втручання, скринінг на зловживання алкоголем виправданий у медичній практиці. Будь-який тест для визначення проблем надмірного вживання алкоголю придатний, але стислість CAGE загалом надає йому перевагу.

Таким чином, пілотний психодіагностичний скринінг психічного здоров'я студентської молоді має шість опитувальників (PHQ-9, GAD-7, ISI, PC-PTSD-5, SCOFF, CAGE), які є стандартизованими, надійними та валідними інструментами для визначення проблем психічного здоров'я в умовах самостійного заповнення під час онлайн опитування.

Удосконалення онлайн анкети відбувалося у кілька етапів. Зокрема, на першому – проведено узагальнення результатів опитування респондентів щодо основних запитань і стилістичне корегування, відповідно до усталених норм складання опитувальників та анкет з урахуванням специфіки використання в мережі інтернет.

На другому етапі проведено аналіз зворотного зв'язку респондентів в їх коментарях під час заповнення опитувальника.

На третьому етапі додатково проведено аналіз даних літератури щодо подібних скринінгів, виявлено ключові показники, що могли мати статистично значимі кореляції психічного стану студентів під час війни.

Результати пілотного опитування підтвердили, що загалом опитувальник підготовлено на достатньо високому рівні. Однак у процесі роботи виявлено прогалини, які спонукали до внесення додаткових змін.

Через відсутність інформації про валідацію окремих шкал на українській вибірці (SCOFF, CAGE, PC-PTSD-5) проведено перевірку надійності кожного інструменту за допомогою α Cronbach's і Ω McDonald's. Загалом результати виявилися хорошими для опитувальників з використанням шкали Лайкерта та значно низькими для тих, де використовували двійкову систему відповідей (ТАК або НІ).

Взаємозв'язок між психодіагностичними шкалами демонструє рис. 1. Товщина сполучних кромок відповідає кореляції між надійними змінними. Відстань між вузлами також наближається до відображення цієї кореляції.

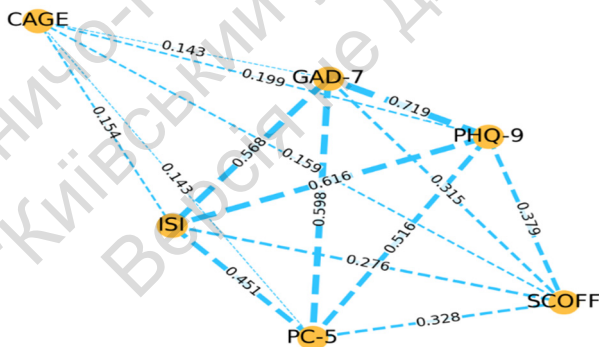


Рис. 1. Кореляційний зв'язок між шкалами пілотного скринінгу

Джерело: Pinchuk I., Solonskyi A., Yachnik Y. et al., 2024 (17)

Таким чином, можна стверджувати про існування сильного кореляційного зв'язку між шкалами PHQ-9, GAD-7, ISI та PC-PTSD-5, а опитувальники SCOFF і CAGE менше корелюють з іншими шкалами. Виходячи з отриманих результатів, шкали SCOFF і CAGE було вилучено з інструментів скринінгу.

Сучасні керівництва з проведення скринінгу психічного здоров'я молоді, зокрема, Американська робоча група з профілактики захворювань (U.S. Preventive Services Task Force-USPSTF) рекомендують включати до скринінгу, крім інструментів для виявлення ознак депресивних і тривожних розладів, також оцінювання ризику самогубства. Рекомендація щодо скринінгу на самогубство стосується підлітків, дорослих і людей похилого віку, в яких не було визначено психічного розладу (16). Високий ризик суїцидальної поведінки серед молоді (самогубство є другою причиною смерті серед людей віком від 15 до 24 років) потребує його раннього виявлення для можливості кризового втручання та запобігання розвитку важких наслідків.

Існує великий асортимент вимірювальних інструментів з оцінювання суїцидальної поведінки. Найбільш широко використовують Колумбійську шкалу тяжкості суїциду – C-SSRS (Posner et al., 2011), шкалу Бека щодо думок про самогубство – BSS (Beck et al., 1979), шкалу Пейкеля – PSS (Paykel et al., 1974).

Як інструмент скринінгу ризику самогубства у дослідженні обрано шкалу суїцидальності PSS (18), яка належить до коротких скринінгових шкал і включає п'ять запитань зі ступенем суїцидального змісту, що зростає. Оцінювання здійснено за останній рік. На кожне запитання респондент відповідає ТАК або НІ.

Дуже часто PSS використовують як інструмент скринінгу під час обстеження як підлітків, так і дорослих, зокрема, при оцінюванні ризику самогубства серед молоді України. Шкала Пейкеля також рекомендована вітчизняними дослідниками

для психологічного оцінювання суїцидального ризику серед військовослужбовців (19).

Іншим важливим питанням скринінгу психічного здоров'я молоді є оцінювання схильності молодих людей до зловживання психоактивними речовинами (ПАР). Американська академія дитячої та підліткової психіатрії пропонує як валідний скринінговий інструментарій, поряд зі шкалами PHQ-9, GAD-7 та ASQ (оцінювання суїцидального ризику), застосовувати шкалу CRAFFT. Ця шкала є найпопулярнішим інструментом скринінгу вживання психоактивних речовин серед підлітків і молоді 12–26 років і рекомендована Комітетом зі зловживання психоактивними речовинами Американської Академії педіатрії.

Інструмент скринінгу CRAFFT (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble – автомобіль, розслаблення, усамітнення, забування, друзі, неспокій*) має дві частини, займає менше 2 хв. для впорядкування та перевіряє на вживання алкоголю й наркотиків. Шкала призначена для використання у вигляді співбесіди або самоперевірки на папері чи комп'ютері. Вона легка для підрахунку, має добру чутливість і специфічність для різних груп населення та різних умов (20).

В Україні шкалу CRAFFT успішно застосовують у лонгітудному дослідженні психічного здоров'я дітей протягом життя в рамках українсько-американського проєкту з розвитку інфраструктури наукових досліджень залежності в Україні (21). Мета дослідження – вивчення змін поведінки та здоров'я однієї і тієї самої людини протягом тривалого періоду з особливою увагою на шкідливі форми поведінки – зловживання алкоголем, наркотиками, девіантної поведінки тощо (починаючи з шостого класу, тобто з 11–12 років) з використанням міждисциплінарної методології. Тому, відповідно до наявних рекомендацій, до комплексу скринінгових інструментів було додано й шкалу CRAFFT.

Для кількісного оцінювання впливу психічних порушень і розладів на продуктивність навчальної і наукової діяльності студентів до загальної анкети додано шкалу WPAI як добре перевірений інструмент(22). WPAI-GH (Activity Impairment – General Health) вимірює вплив проблем здоров'я загалом на продуктивність праці та активність поза роботою. Результати WPAI виражають у відсотках порушень (вищі цифри вказують на значне погіршення та меншу продуктивність).

Варіант шкали WPAI:SHP V2.0 розроблено з метою адаптації опитувальника до конкретної проблеми зі здоров'ям. Він пропонує замінити *проблеми зі здоров'ям* на конкретне захворювання (проблему). Саме тому в нашому варіанті використання шкали ми замінили *проблеми здоров'я* на *проблеми ментального здоров'я* та додали розшифровку цього терміну. Термін *продуктивність праці* було замінено на *продуктивність навчання*. Для узгодженості зі шкалами психодіагностичного скринінгу, які ми включили до загального комплексу, оцінювання за WPAI:SHP V2.0 проводили протягом останніх двох тижнів.

У ході дослідження здійснено оцінювання надійності та валідності методики саме для таких змінних. Вона підтвердила достовірність і внутрішню узгодженість WPAI:SHP V2.0 щодо *проблем ментального здоров'я*, а також для оцінювання продуктивності навчання.

Таким чином, удосконалений скринінговий психодіагностичний інструментарій містив шість шкал: PHQ-9 (ознаки депресії), GAD-7 (ознаки генералізованого тривожного розладу), PC-PTSD-5 (імовірний посттравматичний стресовий розлад), ISI (індекс тяжкості безсоння), шкала суїцидальності Пейкеля PSS, CRAFFT (скринінг уживання психоактивних речовин), а також анкету WPAI:SHP V2.0. для кількісного оцінювання впливу проблем психічного здоров'я на продуктивність навчальної діяльності студентів.

2.2. Алгоритм скринінгу психічних порушень і ранньої діагностики психічних розладів у студентської молоді

На теперішній час пріоритетними напрямками при проведенні скринінгу психічного здоров'я молоді вважають раннє виявлення депресії та ризику суїциду. Канадська комісія з ментального здоров'я розробила керівництво "Інструментарій оцінювання ризику самогубств: ресурс для медичних працівників та організацій", що містить перелік основних шкал та опитувальників для виявлення суїцидального ризику у загальній популяції⁴.

Поточні дані свідчать, що скринінг сам по собі не є ефективною стратегією підвищення якості та результативності медичної допомоги. У той самий час усі клінічні настанови рекомендують скринінг як першу частину поетапного підходу до діагностики та навіть лікування депресії на рівні первинної медичної допомоги. Ferenchick із співавт. (23) вважають, що він є корисним, якщо спеціалісти можуть точно встановити діагноз, призначити дієву терапію та забезпечити відповідне спостереження.

Нині широко застосовують дві класифікаційні системи:

- ♦ DSM-V – Керівництво з діагностики та статистики психічних розладів 5-го перегляду, що розроблене Американською психіатричною асоціацією (APA);

- ♦ МКХ-11 – Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і проблем, які пов'язані зі здоров'ям, 11-го перегляду, що створена та нещодавно оновлена ВООЗ.

За браку переконливих доказів на користь лише однієї із систем класифікації рекомендовано використовувати будь-яку з них для діагностики депресії в умовах первинної медичної допомоги.

У табл. 3 представлено принципи застосування DSM-V і МКХ-11 для діагностики великого депресивного епізоду та критерії оцінювання тяжкості епізодів депресії.

⁴ <https://suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2021/08/МНСС-СПСІ-Suicide-Risk-Assessment-Toolkit-EN.pdf>

Таблиця 3. Принципи застосування DSM-V і МКХ-11 для діагностики депресивного розладу та критерії оцінювання тяжкості епізодів

Великий депресивний розлад, відповідно до DSM-V		
<p>А. Наявність більше п'яти задокументованих симптомів, що наведені нижче, являє зміну від попереднього функціонування протягом двох тижнів; щонайменше одного серед симптомів: 1 – пригнічений настрої або 2 – утрата інтересу чи задоволення</p>		
<p>1. Пригнічений настрої упродовж більшої частини доби майже щодня, на що вказує думка самого пацієнта (відчуття суму, спустошеності, безнадії), а також спостереження інших осіб, приміром, він здається плаксивим)</p>	<p>2. Майже щоденне помітне зменшення інтересу або задоволення від усіх (майже всіх) видів діяльності впродовж більшої частини доби (суб'єктивна думка або спостереження).</p> <p>3. Суттєва втрата маси тіла (чи її збільшення (зміна ваги на більш ніж 5 % за місяць) без дотримання дієти; майже щоденне підвищення/зниження апетиту).</p> <p>4. Безсоння або надмірна сонливість майже щодня</p>	<p>5. Майже щоденне психомоторне збудження чи загальмованість (не є суб'єктивним відчуттям неспокою або сповільнення, спостерігається іншими).</p> <p>6. Майже щоденна втома або втрата енергії.</p> <p>7. Почуття нікчемності або надмірної/невідповідної провини (може бути ілюзорною) майже щодня (не просто самодокір чи провини через захворювання)</p>
<p>Б. Симптоми не відповідають критеріям змішаного епізоду.</p> <p>В. Епізод не можна пояснити фізіологічним впливом певної речовини або іншим медичним станом.</p> <p>Г. Наявність епізоду не пояснюється шизофренією, шизоафективним, шизофреноформним розладом, розладом марення або іншими розладами шизофренічного спектра уточненої чи неуточненої етіології та іншими психотичними порушеннями.</p> <p>Д. У пацієнта ніколи не було епізоду манії або гіпоманії</p>		
<p>8. Майже щоденне зменшення здатності мислити/концентруватися, нерішучість (на думку самого пацієнта та за спостереженням інших осіб).</p> <p>9. Повторювані думки про смерть (не просто страх смерті), періодичні суїцидальні ідеї без конкретного плану або спроби/конкретний план самогубства</p>		

Депресивний епізод, відповідно до МКХ-11		
Депресивний розлад може виявлятися як окремих і повторні епізоди		
одноепізодний депресивний розлад характеризує наявність єдиного депресивного епізоду за відсутності даних про попередні випадки (з анамнезу)	рекурентний депресивний розлад характеризує відомості про щонайменше два епізоди, що розділені у часі кількома місяцями	
<i>Для депресивного епізоду характерні:</i> депресивний настрій майже щодня або зниження інтересу до різних видів діяльності, яке триває щонайменше два тижні; знижена енергія чи швидка втомлюваність; порушення концентрації; відчуття власної нікчемності чи надмірне/безпідставне відчуття провини; безнадія, повторювані думки про смерть або самогубство; зміни апетиту чи режиму сну; психомоторне збудження або загальмованість		
Тяжкість поодиноких і рецидивних депресивних епізодів		
Легкий	Помірний	Важкий
Жоден серед симптомів інтенсивно не виражений; зазвичай пацієнт відчуває певні, але незначні труднощі, що пов'язані з продовженням трудової, соціальної чи побутової діяльності; відсутні марення або галюцинації	Наявність симптомів депресивного епізоду, що значно виражені, або багатьох симптомів, що виражені меншою мірою; пацієнт зазвичай має суттєві труднощі у продовженні трудової, соціальної чи побутової діяльності, але все ще здатний функціонувати щонайменше у деяких сферах	Чимало або більшість симптомів депресивного епізоду виражені значною мірою або менша кількість симптомів виявляються інтенсивно; пацієнт нездатний або дуже обмежено здатний функціонувати в особистій, сімейній, соціальній, професійній та інших сферах
		Важкий, тяжкий Можуть бути додатково визначені за наявності або браку психотичних симптомів (марення/галюцинації)

Адаптовано за: Ferenchick et al., 2019 (23).

Після встановлення діагнозу депресії лікарі вже на рівні первинної медичної допомоги мають оцінювати пацієнтів за ризиком суїциду, оскільки депресія є основним фактором ризику як спроб, так і завершених самогубств. У цьому сенсі корисним також буде застосування оригінального алгоритму скринінгу та терапії депресії з урахуванням ризику суїцидальної поведінки з використанням шкал Бека (шкала безнадійності BHS і шкала депресії BDI-9) в умовах загальної медичної практики (рис. 2).

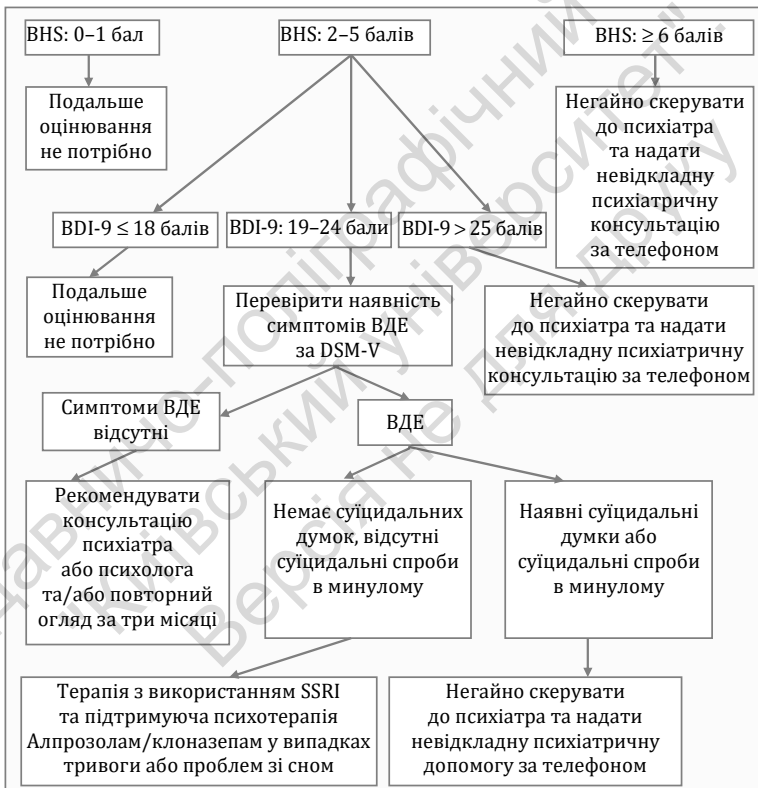


Рис. 2. Алгоритм скринінгу й терапії депресії з урахуванням суїцидального ризику

Адаптовано за: Diószegi J. et al., 2023 (24).

Раннє виявлення є критично важливою стратегією профілактики суїциду. Більшість людей, які помирають унаслідок самогубства, зверталися по допомогу до спеціалістів або близьких протягом кількох місяців перед смертю. Це відкриває можливості для виявлення тих, хто перебуває в групі ризику, і залучення ресурсів служб охорони психічного здоров'я задля відповідних превентивних заходів. Використання ефективних інструментів скринінгу ризику суїциду серед молоді дає змогу точно визначити, хто перебуває у групі ризику, а хто потребує подальшого фахового втручання.

Саме таким психодіагностичним інструментом є шкала суїцидальності Пейкеля PSS (Paykel Suicide Scale). Вона включає всього п'ять запитань зі ступенем "суїцидального" змісту, який зростає, щодо періоду останнього року: 1) Чи відчували Ви, що життя не варте того, щоб жити? 2) Чи бажали Ви померти, зокрема, заснути та не прокинутися? 3) Чи думали Ви про те, щоб позбавити себе життя, навіть якщо ніколи б не зробили цього? 4) Чи мали Ви такий стан, за якого серйозно розглядали можливість позбавити себе життя або складали плани, яким чином зробити це? 5) Чи робили Ви спробу позбавити себе життя?

На кожне запитання респондент відповідає ТАК або НІ. Якщо наявна відповідь ТАК на будь-яке із запитань, то результат скринінгу вважають позитивним, і такі особи входять до групи високого ризику щодо суїцидальної поведінки. Подальші дії залежатимуть від якісного аналізу результатів скринінгу й індивідуального клінічного оцінювання кожного випадку та включатимуть наявний арсенал психоосвітніх, підтримуючих заходів і психологічних, психотерапевтичних, психофармакотерапевтичних втручань.

Опитувальник про стан здоров'я пацієнта PHQ-9 відповідає критеріям належного інструментарію для скринінгу депресії в плані достовірності, надійності та лаконічності. Визначення за результатами скринінгу осіб з високим ризиком депресії передбачає проведення подальших скринінгових обстежень, зважаючи на значну ймовірність коморбідної психічної патології, зокрема тривожних розладів і розладів унаслідок вживання психоактивних речовин.

Виявлення осіб із коморбідними тривожними розладами може бути складним завданням на рівні первинної медичної допомоги, позаяк пацієнти часто мають соматичні скарги, а не класичні симптоми психічного розладу. Ефективним у таких випадках є опитувальник для оцінювання генералізованого тривожного розладу (GAD-7).

Для проведення короткого скринінгу психічного здоров'я рекомендують використовувати належним чином валідовані короткі скринінгові анкети щодо п'яти поширених розладів: депресивного, генералізованого тривожного та панічного розладів, посттравматичного стресового розладу, розладів унаслідок уживання алкоголю.

Визнані на теперішній час рекомендації та консенсуси з проведення скринінгу психічного здоров'я нами враховано при розробленні алгоритму скринінгу психічних порушень і ранньої діагностики психічних розладів у студентської молоді (25). Алгоритм передбачає проведення скринінгових процедур у кілька послідовних етапів (табл. 4).

Первинний скринінг передбачає проведення онлайн опитування за умови інформованої згоди всіх студентів визначеної категорії (курс, факультет, навчальний заклад) з використанням двох шкал: PHQ-9 та GAD-7. Інтерпретацію отриманих результатів здійснюють самі студенти або викладацький чи навчально-допоміжний персонал після проходження спеціального тренінгу.

Другий етап включає проведення додаткового скринінгу (шкали PSS, PC-PTSD-5, CRAFFT) для певної групи ризику, що визначена за даними первинного скринінгу. Для оцінювання результатів додаткового скринінгу доцільно залучити також психологічну службу навчального закладу.

Студенти із груп високого ризику розвитку психічних розладів, що визначені за результатами первинного та додаткового скринінгів, залежно від ступеня важкості симптомів, підлягають скеруванню до закладів первинної медико-соціальної допомоги, які мають ліцензію на надання психіатричної допомоги, або до закладів з надання психіатричної допомоги для прийняття остаточного діагностичного рішення.

Таблиця 4. Загальні рекомендації щодо скринінгу психічних порушень і діагностики психічних розладів у студентів

Етап	Інструментарій	Інтерпретація результатів	Примітки
Первинний скринінг	PHQ-9, GAD-7	Студенти (самооцінювання), викладацький і навчально-допоміжний персонал ЗВО	На рівні ЗВО/Після проходження спеціального тренінгу з інтерпретації результатів скринінгу ментального здоров'я
Додатковий скринінг	PC-PTSD-5, PSS, CRAFTT	Психологи, соціальні працівники, викладацький і навчально-допоміжний персонал ЗВО	Психологічна служба ЗВО/Після проходження спеціального тренінгу персоналу з інтерпретації результатів додаткового скринінгу
Рання діагностика	Керівництво mhGAP	Сімейні лікарі-лікарі загальної практики	Заклади первинної медико-соціальної допомоги, які мають ліцензію на надання психіатричної допомоги
Диференціальна діагностика	Діагностичні критерії МКХ-11	Психіатри Психотерапевти	Заклади з надання психіатричної допомоги

Розроблено авторами

Важливою складовою організації скринінгу в навчальному закладі є проведення попереднього тренінгу для студентів і залученого персоналу для ознайомлення з проблемами психічного здоров'я серед молоді. Необхідно також забезпечити навчання персоналу інтерпретації даних опитування за визначеними психодіагностичними шкалами та алгоритму дій, залежно від отриманих результатів.

Дуже важливий аспект такого тренінгу – ознайомлення з проблемою ризику суїцидальної поведінки молоді та відповідними превентивними заходами, зокрема, впровадженням стандартних процедур запобігання самогубствам включно з екстремим скеруванням до стаціонарних або амбулаторних закладів з надання психіатричної допомоги.

Наведені рекомендації покладено до основи розробленого алгоритму скринінгу психічних порушень і ранньої діагностики психічних розладів у студентської молоді під час війни (рис. 3).

На етапі первинного скринінгу всі респонденти, залежно від результатів оцінювання за шкалами PHQ-9 і GAD-7, мають бути розподілені за чотири групи: 1) 1–4 бали, 2) 5–9, 3) 10–14, 4) 15 або більше балів. Ще одну, п'яту, групу складатимуть особи, які надали відповідь ТАК на запитання 9 шкали PHQ-9 (група високого ризику суїциду). Далі пропонуємо диференційовані варіанти дій щодо студентів кожної з визначених груп для здійснення подальших заходів. Зокрема, для першої групи рекомендовано проведення такого первинного скринінгу щорічно, для другої – здійснення заходів з психоосвіти та психологічної підтримки у навчальному закладі, а також повторний скринінг за три місяці.

Студентам третьої групи рекомендовано проведення додаткового скринінгу з використанням шкал PC-PTSD-5, CRAFFT, PSS для виявлення можливої коморбідної патології. При результатах оцінювання за шкалою PC-PTSD-5 4 або більше балів, за шкалою CRAFFT-2 – 2 або більше балів рекомендовано скерувати таких студентів до сімейних лікарів для подальшої клінічної оцінки. В інших випадках можливе здійснення психоосвітніх заходів і заходів з психологічної підтримки на рівні навчального закладу з повторним скринінгом за три місяці.

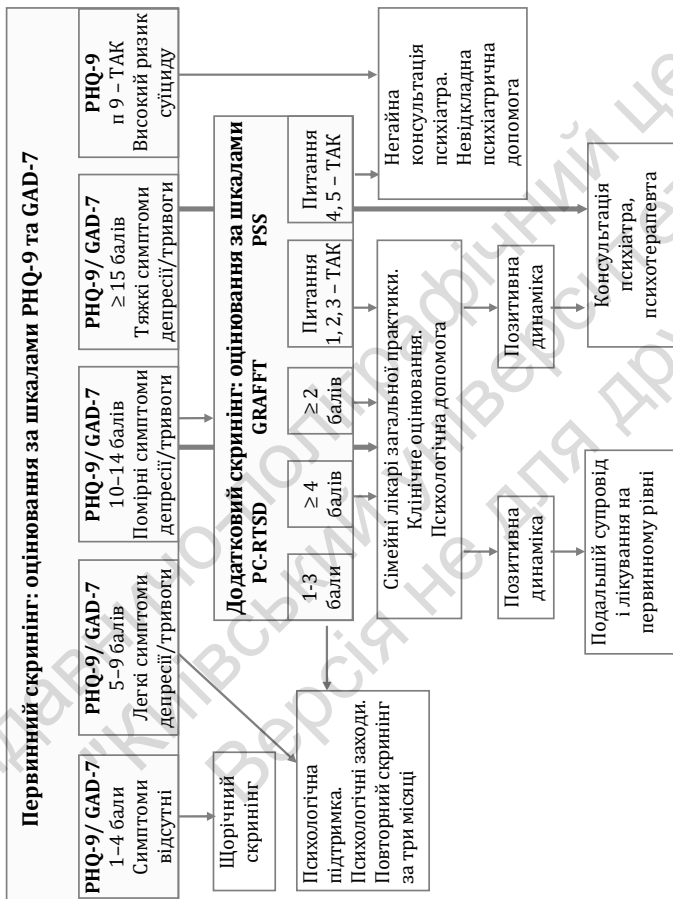


Рис. 3. Алгоритм скринінгу психічних порушень і ранньої діагностики психічних розладів у студентської молоді під час війни

Розроблено авторами

Інтерпретацію результатів оцінювання за шкалою PSS слід проводити наступним чином: позитивна відповідь на запитання 4, 5 або на обидва свідчить про високий ризик суїциду та вимагає організації негайної консультації психіатра та невідкладної психіатричної допомоги; відповідь ТАК на запитання 1, 2, 3 передбачає направлення до сімейного лікаря. Можливе скерування студентів третьої групи до закладу первинної медико-соціальної допомоги без проведення додаткового скринінгу.

Особи четвертої групи з ознаками тяжкої депресії/тривоги мають бути скеровані безпосередньо до психіатра або психотерапевта для надання спеціалізованої лікувально-діагностичної допомоги. Респондентам з високим ризиком суїцидальної поведінки (позитивна відповідь на запитання 5 шкали PHQ-9), які ввійшли до п'ятої групи, необхідно забезпечити негайну консультацію психіатра.

Сімейні лікарі або лікарі загальної практики в межах своєї компетенції здійснюють клінічне оцінювання психічного статусу, надають психологічну допомогу, проводять психосоціальні, фармакологічні та поведінкові втручання. Якщо спостерігається позитивна динаміка психічного стану пацієнта, то подальший супровід і лікування здійснюють на первинному рівні медико-соціальної допомоги. За відсутності позитивної динаміки пацієнти мають бути скеровані до психіатра/психотерапевта для надання спеціалізованої допомоги.

Запропонований алгоритм послідовних покрокових дій забезпечує проведення ефективного скринінгу стану ментального здоров'я студентів, виявлення перших ознак психічних порушень, формування диференційованих груп ризику для своєчасного реагування та визначення подальших діагностичних процедур, а також здійснення адекватних психосоціальних і терапевтичних втручань.

2.3. Запровадження психодіагностичного скринінгу у навчальних закладах

З метою перевірки можливості застосування запропонованого нами скринінгу проведено його впровадження в навчальних закладах середньої та вищої освіти Києва. Скринінг психічного здоров'я здійснено в лютому–березні 2024 року; добровільну участь у ньому взяли 235 студентів різних курсів і факультетів.

За бажанням студенти мали можливість указати своє ім'я, номер телефону або e-mail для зворотного зв'язку, але 97 (41,3 %) осіб не вказали своє ім'я, тобто вважали за краще залишатися анонімними. Указали e-mail 161 (68,5 %) особа, надали номер телефону 62 (26,4 %) студенти, 12 (5,1 %) осіб не вказали свої дані.

Участь в опитуванні взяли 195 (83,0 %) жінок і 40 (17,0 %) чоловіків, середній вік становив $18,4 \pm 2,1$ року. Більшість респондентів представлено студентами першого курсу – 74 (31,5 %) особи, студентів другого курсу 47 (20,0 %), третього курсу – 50 (21,3 %), четвертого – 38 (16,2 %), п'ятого (магістратура) – 26 (11,0 %) осіб. Переважно це були студенти медичного, економічного факультетів, факультетів психології, графічного дизайну та менеджменту й бізнесу.

Розподіл респондентів за показниками шкали PHQ-9 наведено в табл. 5. У 25 (10,6 %) осіб ознаки депресії були мінімальні або відсутні. Помірно важкі симптоми депресії спостерігались у 35 (15,05) студентів, тяжкі – у 23 (9,8 %) осіб. Легкі ознаки депресії були наявні як у чоловіків, так і у жінок – 111 (47,25) респондентів; симптоми тяжкої депресії спостерігались тільки у жінок (9,8 % від загальної вибірки).

За даними табл. 6, у 98 (41,7 %) студентів ознаки тривожності не визначено або вони були мінімальними. Про легку тривожність повідомили 69 (29,3 %) студентів, про помірно виражену – 41 (17,5 %). Виражений рівень тривожності спостерігався у 27 (11,5 %) респондентів, причому абсолютну більшість цієї підгрупи становили жінки (25 осіб).

Таблиця 5. Розподіл респондентів за показниками шкали РНҚ-9

Разом респондентів n = 235 (100 %)	Показники за шкалою РНҚ-9 (бали, %)				
	0-4 депресія мінімальна або відсутня n = 25 (10.6)	5-9 ознаки легкої депресії n = 111 (47.2)	10-14 ознаки помірної депресії n = 41 (17.4)	15-19 ознаки помірно тяжкої депресії n = 35 (15.0)	20-27 ознаки тяжкої депресії n = 23 (9.8)
Чол. 40 (17)	4 (10.0)	20 (50.0)	9 (22.5)	7 (17.5)	0 (0)
Жін. 195 (83)	21 (10.8)	91 (46.6)	32 (16.4)	28 (14.4)	23 (11.8)

Розроблено авторами за результатами опитування

Таблиця 6. Розподіл респондентів за показниками шкали GAD-7

Разом респондентів n = 235 (100 %)	Показники за шкалою GAD-7 (бали, %)			
	0-4 мінімальна тривожність n = 98 (41.7)	5-9 легка тривожність n = 69 (29.3)	10-14 помірна тривожність n = 41 (17.5)	15-21 виражена тривожність n = 27 (11.5)
Чол. 40 (17)	14 (35.0)	16 (40.0)	8 (20.0)	2 (5.0)
Жін. 195 (83)	84 (43.0)	53 (27.2)	33 (17.0)	25 (12.8)

Розроблено авторами за результатами опитування

Відповідно до запропонованого алгоритму проаналізовано відповіді на дев'яте запитання шкали PHQ-9: "Думки, що було б краще, якби Ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду". Це дозволило виділити групу високого ризику щодо суїцидальної поведінки, до якої ввійшли особи, які надали відповідь ТАК на дев'яте запитання – 70 (29,8 %) студентів. При цьому 17 (7,2 %) студентів відповіли, що мають такі думки майже щодня.

За результатами первинного скринінгу визначено дві групи ризику: 1) 70 студентів, які надали відповідь ТАК на дев'яте запитання шкали PHQ-9 ("думки, що було б краще, якби Ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду"), 2) 14 осіб, в яких одночасно спостерігались виражена тривожність (15–21 балів за GAD-7) та ознаки тяжкої депресії (20–27 балів за шкалою PHQ-9).

Усім студентам першої групи було запропоновано проведення онлайн консультації з медичним психологом щодо можливих проблем з їх психічним здоров'ям. Майже половина студентів не відповіли на пропозицію онлайн консультації, третина – відповіли, що не мають в цьому потреби, 17 осіб дали згоду на онлайн зустріч. З кожним із 17 студентів проведено онлайн консультацію, під час якої обговорено проблеми їх психічного здоров'я, шляхи розв'язання цих проблем, можливість втручань на різних рівнях. Усім бажаним запропоновано взяти участь в роботі групи "Самодопомога+", яка функціонує на базі Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Троє осіб за результатами онлайн консультації скеровано до психіатра; за даними зворотного зв'язку всім призначено психофармакотерапію й подальший нагляд лікаря-психіатра.

Було також виділено групу високого ризику, залежно від результатів оцінювання за шкалами PHQ-9 і GAD-7, в якій одночасно спостерігали виражену тривожність (15–21 балів за GAD-7) та ознаки тяжкої депресії (20–27 балів за шкалою PHQ-9). До другої групи ризику ввійшли 14 осіб, винятково жінки (100 %), їх середній вік – 18,4 роки. Для них проведено

додатковий скринінг з використанням шкал PC-PTSD-5, CRAFFT і PSS для виявлення можливої коморбідної патології: посттравматичного стресового розладу; проблем, що пов'язані з уживанням психоактивних речовин; ризику суїцидальної поведінки.

Усім особам другої групи ризику надіслано листи на електронну пошту, яку вони вказали в анкеті, з інформацією про продовження опитування через проблеми психічного здоров'я, які виявлено на етапі первинного скринінгу. У листі було запропоновано посилення на опитувальник, що містив три шкали: PC-PTSD-5, CRAFFT, PSS. Серед 14 осіб цієї групи двоє (14,3 %) відмовились від подальшого опитування, пояснюючи це або відсутністю проблем психічного здоров'я, або небажанням відповідати на поставлені питання. Щодо 12 студентів проведено додатковий скринінг, результати якого наведено далі.

За шкалою PC-PTSD-5, 100 % опитаних цієї групи як травматичну подію вказали війну (табл. 7). Безпосереднє перебування під обстрілом або бомбардуванням і смерть близької людини зазначили 75,0 % респондентів, ще 41,6 % – пережили фізичне насильство. П'ять (41,6 %) студенток указали на травматичний досвід, що пов'язаний із сексуальним насильством. У всіх без винятку жінок цієї групи спостерігалась мультитравма, тобто кожна з них указала одночасно на дві та більше травмуючі події.

За шкалою суїцидальності Пейкеля (PSS) отримано наступні результати: Дві третини опитаних (66,7 %) відповіли, що бажали померти, зокрема, заснути й не прокинутися; половина (шість осіб – 50,0 %) відчували, що життя не варте того, щоб жити; вісім (66,7 %) осіб думали про те позбавлення себе життя, навіть якщо ніколи б не зробили цього. Одна дівчина повідомила про спробу самогубства в минулому.

Усі студентки групи високого ризику вказали, що за останній рік уживали більше, ніж кілька ковтків пива, вина або інших напоїв, які містять алкоголь (шкала CRAFFT). При цьому 10 (83,3 %) з них використовували алкоголь чи наркотичні

речовини, щоб розслабитися або відчувати себе краще, вписатися в компанію. Дві студентки повідомили про вживання якогось виду марихуани, ще дві (16,7 %) – уживали щось інше для отримання кайфу (наркотики або ліки, що відпускаються без рецепта).

Таблиця 7. Частота травматичних подій (шкала PC-PTSD-5)

Травматична подія	Кількість відповідей	
	<i>n</i>	%
війна	12	100.0
безпосереднє перебування під обстрілом або бомбардуванням	9	75.0
бачити когось убитим або серйозно пораненим	4	33.3
смерть близької людини	9	75.0
фізичне насильство	5	41.6
сексуальне насильство	5	41.6
перебування в окупації	2	16.7
втрата/пошкодження майна	4	33.3
інше	4	33.3

Розроблено авторами за результатами опитування

За останні 12 місяців третя частина опитаних використовували алкоголь чи наркотичні речовини на самоті. У третини респонденті за останній рік виникали проблеми чи труднощі через уживання алкоголю чи наркотичних речовин.

Усім респондентам групи високого ризику розвитку психічних розладів, які були визначені за результатами скринінгу, запропоновано проведення онлайн консультації з медичним психологом. Пропозицію консультації спрямовували на електронну пошту або пропонували за вказаним номером телефону.

На основі отриманих результатів можна рекомендувати щорічне проведення скринінгу ментального здоров'я українських студентів у закладах вищої та середньої освіти, згідно із запропонованим алгоритмом. Наші дані підтверджують можливість використання на першому етапі двох шкал для

виявлення симптомів депресії та тривоги (PHQ-9 і GAD-7). На другому етапі скринінгу для раннього виявлення посттравматичного стресового розладу, суїцидальної поведінки, проблем із вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин, а також порушень харчової поведінки доцільно використовувати шкали PC-PTSD-5, PSS, CRAFFT, CAGE, SCOFF. Ці психодіагностичні інструменти мають коротку форму, є зручними у застосуванні, потребують мінімального часу для самостійного заповнення.

Запропонований скринінг може стати засобом стандартизації оцінювання психічного здоров'я студентської молоді як під час війни, так і в післявоєнний період.

Джерела та література

1. Wilson J.M.G., Jungner G., Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization. 1968. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf?sequence=17

2. Shields R.E., Korol S., Carleton R.N. et al. Brief Mental Health Disorder Screening Questionnaires and Use with Public Safety Personnel: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 3; 18(7):3743. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073743>.

3. Психодіагностика та скринінг психічного здоров'я з основами психометрики: методичні рекомендації / О. В. Мазяр. Житомир: Вид-во ЖДУ, 2023. 117 с.

4. Meurling J., Rondung E., Leile, A. et al. An online tiered screening procedure to identify mental health problems among refugees. *BMC Psychiatry*. 2023; 23. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04481-2>

5. Скринінг у первинній допомозі: клінічна настанова, заснована на доказах / уклад.: Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда та ін. Київ. 2018. 464 с. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_09_21_kn_scrinning.pdf

6. Cochrane A.L., Holland W.W. Validation of screening procedures. *Br Med Bull*. 1971 Jan;27(1):3-8. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a070810>. PMID: 5100948.

7. Skowrya K., Coccozza J. Mental Health Screening Within Juvenile Justice: The Next Frontier. 2008. https://nysap.us/assets/publications/behavioral/MH_Screening_nextfrontier.pdf

8. Carta M.G., Moro M.F., Bass J. War traumas in the Mediterranean area. *Int J Soc Psychiatry*. 2015 Feb; 61(1):33-8. doi: 10.1177/0020764014535754. Epub 2014 May 27.

9. Lototska L., Lototska-Dudiyk U., Breydak Y. Mental Health of Young People in Times of Military Conflict. *Via Educationis* 2022. No. 3 Pages: 54-61. <https://doi.org/10.15804/ve.2022.03.05>

10. Prins A., Bovin M. J., Smolenski D. J. et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a Veteran primary care sample. *Journal of General Internal Medicine*. 2016, 31:1206-1211. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5>

11. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 2001. 16(9): 606-613.

12. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7. <https://doi:10.1001/archinte.166.10.1092>. PMID: 16717171.

13. Morgan J. F., Reid F., Lacey J. H. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders *BMJ* 1999; 319:1467 <https://doi:10.1136/bmj.319.7223.1467>

14. Ewing J.A. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905–1907. <https://doi:10.1001/jama.1984.03350140051025>

15. Morin C.M., Belleville G., Bélanger L., Ivers H. The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 2001. 18–20, 34:601–608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>

16. O'Connor E., Gaynes B., Burda B. et al. Screening for suicide risk in primary care: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.

17. Pinchuk I., Solonskyi A., Yachnik Y. et al. Psychological well-being of Ukrainian students three months after the emerge of full-

scale war. *Psychiatr. Pol.* 2024; 58(1):121–51. <https://doi.org/10.12740/PP/177073>

18. Paykel E. S., Myers J. K., Lindenthal J.J., Tanner J. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974. 124:460–469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>

19. Коқун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О. та ін. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.

20. Knight J.R., Shrier L.A., Bravender T.D. et al. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(6):591-596. PMID: 10357299

21. Українське Лонгітюдне Дослідження. Ukrainian Longitudinal Study (ULS) : метод. рекоменд. з використання психодіагност. інструментів третьої хвилі дослідж. / [Максименко С. Д., Коқун О. М., Панок В. Г. та ін.]. Київ: Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 77 с. <https://doi.org/10.32631/uls2022>.

22. Zhang W., Banskack N., Boonen A. et al. Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire-general health version in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(5):R177. <https://doi.org/10.1186/ar3141>.

23. Ferenchick E.K., Ramanuj P., Pincus H.A. Depression in primary care: part 1-screening and diagnosis. *BMJ.* 2019; 365: l794. Published 2019 Apr 8. <https://doi.org/10.1136/bmj.l794>

24. Diószegi J., Rihmer Z., Torzsa P. et al. Psychiatric health care need in Hungary identified by the short screening algorithm of depression and suicide risk used in general medical practices. *Sci Rep.* 2023;13(1):14249. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-41437-2>

25. Психосоціальна підтримка та відновлення ментального здоров'я студентів під час війни та в повоєнний період : метод. рекомендації / І. Я. Пінчук, М. Ю. Полив'яна, В. Я. Пішель та ін. Київ : ВПЦ "Київський університет", 2024. 55 с.

Розділ 3

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОНЛАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ (2022–2023 роки)

3.1. Психічне здоров'я студентської молоді на початку повномасштабної війни

Проведено онлайн дослідження психічного здоров'я студентів вищих навчальних закладів України за період з 28 квітня по 17 червня 2022 року. Усі учасники (1 142 респонденти) поінформовані про добровільну участь у дослідженні, можливість відкликання своїх даних у будь-який час, анонімність і конфіденційність отриманих результатів.

Соціально-демографічна частина онлайн-анкети включала питання про вік, стать, рік навчання, досвід переселення та пошук психологічної підтримки напередодні та після повномасштабного вторгнення. Скринінг психічного здоров'я проведено за допомогою опитувальників PC-PTSD-5, PHQ-9, GAD-7, ISI, SCOFF, CAGE.

Для оцінювання зв'язку даних скринінгових шкал і соціально-демографічних характеристик використано критерій Пірсона χ^2 , статистично значущим прийнято значення $p < 0,05$.

Середній вік студентів становив $20,0 + 5,08$ року, більшість респондентів (78,4 %) – жінки. Понад половина опитаних перебували у процесі здобуття ступеня бакалавра (61,5 %). Більшість студентів зазначили, що змінили місце проживання через війну (70,7 %), переважно в межах України (63,6 %), третина серед них виїхали за кордон (36,4 %).

Респонденти оцінювали своє психологічне благополуччя перед і під час війни за 10-бальною шкалою від 0 до 10 балів. Середній бал перед війною становив $7,12 + 2,34$, під час війни – $4,84 + 2,28$. За U-критерієм Манна-Уїтні різниця між показниками виявилася статистично значущою ($p < 0,001$), що свідчить про виражене зниження рівня самооцінювання психологічного благополуччя у студентів після початку війни, порівняно з передвоєнним рівнем.

Результат оцінювання за психодіагностичними шкалами вказав, що 66,3 % студентів мали ознаки посттравматичного стресового розладу. 32,3 % студентів, згідно з даними опитувальника PHQ-9, зазначали мінімальну кількість симптомів депресії або їх відсутність, 20,4 % – спостерігали легкі, 19,4 % – помірні, 15,5 % – помірно важкі, 12,3 % – симптоми важкої депресії. За шкалою GAD-7, 19,5 % респондентів визначали ознаки мінімальної тривоги, 35,7 % – легкої, 26,4% – помірної, 18,3% – сильної тривоги.

Проблеми зі сном виявилися менш значущими. Більшість учасників дослідження (81,3 %) повідомили про відсутність ознак безсоння або про наявність симптомів на підпороговому рівні; 15,4 % респондентів указали на помірні симптоми, 3,3 % – на важке безсоння.

Серед опитаних 15,0 % мали проблеми із вживанням алкоголю, третина студентів (31,3 %) повідомили про наявні ознаки розладів харчової поведінки. Результати обстеження за психодіагностичними шкалами подано в табл. 8, 9.

Таблиця 8. Результати обстеження за шкалами PC-PTSD-5, SCOFF, CAGE (% респондентів)

Симптоми	Шкали		
	PC-PTSD-5	SCOFF	CAGE
Відсутні	33.7	68.7	85.0
Наявні	66.3	31.3	15.0

Розроблено авторами за результатами опитування

Таблиця 9. Результати обстеження за шкалами PHQ-9, GAD-7, ISI (% респондентів)

Симптоми	Шкали		
	PHQ-9	GAD-7	ISI
Відсутні або мінімальні	32.4	19.5	43.1
Легкі	20.4	35.8	38.2
Помірні	19.4	26.4	15.4
Помірно важкі	15.5		
Важкі	12.3	18.3	3.3

Розроблено авторами за результатами опитування

Згідно з опитувальником PC-PTSD-5 більшість респондентів (67,3 %) повідомили про пережиті травматичні події з початку повномасштабної війни, у той самий час третина студентів (32,7 %) вказали, що не пережили таких подій. Загалом респонденти повідомили про 1 289 травматичних подій, оскільки у багатьох з них вони були поєднані. Найбільш поширеними були смерть близької людини внаслідок вбивства або самогубства, а також перебування поблизу зони бойових дій та під обстрілами (табл. 10).

Таблиця 10. Частота травматичних подій

Травматична подія	<i>n</i>	%
Серйозна аварія або пожежа	129	10.01
Фізичне насильство	149	11.56
Сексуальне насильство	91	7.06
Бачити когось убитим або серйозно пораненим	182	14.12
Смерть близької людини внаслідок вбивства або самогубства	516	40.03
Безпосереднє перебування під обстрілом чи бомбардуванням	222	17.22
Разом	1289	100.0

Розроблено авторами за результатами опитування

Низку статистично значущих кореляцій виявлено між симптомами посттравматичного стресового розладу та соціально-демографічними характеристиками. Установлено значущий зв'язок між ознаками ПТСР і статтю ($p < 0,05$), серед респондентів із ПТСР достовірно переважали жінки (73,7 % проти 38,4 % чоловіків). Симптоми ПТСР також були пов'язані з рівнем освіти, курсом навчання, зміною місця проживання, розташуванням нового місця проживання ($p < 0,05$). Зокрема, ознаки ПТСР частіше траплялися у студентів третього курсу, а також у тих, хто проживав за межами України. Однак цей розлад не був пов'язаний з партнером, з яким студенти мешкали під час війни.

Аналіз отриманих даних виявив статистично значущий зв'язок між симптомами ПТСР та історією звернення по

психологічну підтримку перед війною, пошуком психологічної підтримки з початку війни, зверненням по професійну підтримку психічного здоров'я та психологічну підтримку від рідних ($p < 0,05$). Перед війною по будь-яку психологічну підтримку звертався кожен п'ятий респондент (21,3 %), а на початку повномасштабного вторгнення відсоток тих, хто звертався по професійну психологічну допомогу, знизився до 14,6 %. Третина опитаних (39,2 %) зверталися по підтримку до родичів чи друзів. Поширеність ознак ПТСР виявилася вищою серед студентів, які зверталися по допомогу до родичів, порівняно з тими, хто цього не робив. Така закономірність спостерігалася й щодо тих, хто звертався по професійну допомогу, шукав такої допомоги перед і після початку війни.

Позитивний результат скринінгу щодо проблем із вживанням алкоголю мав статистично значущий зв'язок зі статтю. У респондентів-чоловіків спостерігався вищий рівень споживання алкоголю та пов'язаних з цим проблем, порівняно із жінками. Спостерігалася кореляція між рівнем споживання алкоголю та проживанням з тим чи іншим співмешканцем ($p = 0,05$). Нижчий рівень проблем із вживанням алкоголю виявлено серед тих, хто проживав один, з партнером, з родичами або батьками, і вищий серед тих, хто залишився з друзями або свійськими тваринами.

Наявність симптомів розладів харчової поведінки корелювала зі статтю, рівнем освіти та роком навчання. Поширеність цих симптомів серед жінок була вдвічі вищою, ніж у чоловіків. Студенти, які отримували психологічну підтримку під час війни, частіше повідомляли про ознаки розладів харчової поведінки. Особи з закінченою вищою освітою та аспіранти рідше повідомляли про наявність таких симптомів.

Статистично значущий зв'язок порушень сну встановлено лише зі статтю ($p < 0,001$), інші соціально-демографічні характеристики такого зв'язку не мали. Разом із цим визначено достовірну кореляцію між симптомами безсоння та історією звернення по психологічну підтримку перед повномасштабним вторгненням і на початку війни, зверненням по професійну підтримку та підтримку родичів ($p < 0,05$).

Таким чином, результати дослідження свідчать про значну поширеність порушень психічного здоров'я серед українських студентів у перші місяці війни.

У більшості респондентів визначено симптоми ПТСР (66,3 %), депресії (67,6 %) та тривоги (80,4 %) різного ступеня вираженості. Порушення сну (18,7 %), розлади харчової поведінки (31,3 %) та проблеми із вживанням алкоголю (15,0 %) присутні у значно меншій кількості студентів. Установлено статистично значущий взаємозв'язок визначених симптомів психічних розладів із певними соціодемографічними характеристиками респондентів (стать, рівень освіти, рік навчання, зміна місця проживання) та історією звернення за психологічною підтримкою.

3.2. Особливості психічного здоров'я студентів на другому році повномасштабної війни

Наступний етап дослідження психічного здоров'я студентської молоді проведено в жовтні 2023 року з використанням удосконаленої онлайн анкети, яка містила соціодемографічну частину та стандартні шкали PHQ-9, GAD-7, PC-PTSD-5, PSS, CRAFFT, ISI тощо. Загалом отримано відповіді 2 364 студентів, але після видалення анкет з неповними даними для подальшого аналізу залишили 1 398 анкет.

Середній вік респондентів становив $19,6 \pm 3,2$ року, більшість (82 %) належали до вікової групи 18–20 років, жінки становили 75,5 %. Подібні демографічні дані отримано й у дослідженні 2022 року.

Досвід переміщення під час війни в Україні чи за кордон, мали 560 студентів (40,1 %); серед них 244 (17,5 %) на момент опитування повернулися додому. Лише 6,8 % студентів під час війни проживали самостійно, решта мешкали або з батьками, або з друзями, або мали власну родину. Через війну 2023 року припинили навчання в університеті 6,1 % студентів. Рівень психологічного благополуччя респондентів 2023 року, що оцінений самостійно за шкалою від 0 до 10 балів, статистично значуще знизився ($p < 0,001$).

672 (48,1 %) респондента за результатами шкали PC-PTSD-5 виявили симптоми ПТСР, більшість опитаних (68,5 %) як травматичну подію вказали війну. Багато студентів пережили такі психологічні травми, як смерть близьких (29,8 %), безпосереднє перебування під обстрілом або бомбардуванням (16,2 %), фізичне (12,1 %) та сексуальне (7,0 %) насильство, напад (10,7%), бачення вбитого або серйозно пораненого (10,2 %). Ще 7,9 % респондентів указали на втрату/псування майна, 4,7 % – на перебування в окупації, 5 осіб (0,4 %) мали досвід полону.

Порушення сну за шкалою ISI зафіксовано у 57,0 % респондентів, серед них підпорогові значення інсомнії зазначили 66,0 % респондентів, клінічно значущі порушення – 29,0 %, важке безсоння – 5,0 % студентів.

Порівняльний аналіз отриманих даних з результатами дослідження 2022 року визначив поширеність помірних і важких симптомів тривоги, депресії, посттравматичного стресового розладу та безсоння серед студентів – 34,0 % (44,7 % 2022 р.), 33,4 % (27,8 %), 48,1 % (66,3 %) і 19,3 % (18,7 %), відповідно (табл. 11). Статистично значущі відмінності виявлено при порівнянні оціночних балів щодо депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу ($p = 0.00$). Результати оцінювання безсоння не мали статистично значущої різниці.

2023 року кількість респондентів із більш важким рівнем депресії зросла, а рівень тривоги, навпаки, зменшився. Симптоми посттравматичного стресового розладу також стали менш вираженими 2023 року. Розподіл балів за шкалою PC-PTSD-5 вказує на те, що у 2022 році було відносно більше високих і середніх значень, тоді як 2023 року спостерігався більш рівномірний розподіл низьких, середніх і високих показників.

Більшість студентів указали, що мали досвід уживання психоактивних речовин протягом останнього року: 928 (66,4 %) повідомили про вживання алкоголю, 161 (11,5 %) – про вживання інших речовин, 422 (30,2 %) заперечили будь-яке вживання психоактивних речовин, 27 (1,9 %) учасників не вказали тип речовини. За оцінкою шкали CRAFFT середній рівень уживання психоактивних речовин виявлено у 798 (57,0 %) студентів, високий – у 178 (12,7 %).

Таблиця 11. Різниця показників за шкалами (2022–2023 роки)

Рік	Симптоми депресії за PHQ-9 (%)						
	Легкі	Помірні	Помірно важкі	Важкі	$M \pm m$	U	p
2022	20.4	19.4	15.5	12.3	9.74 ± 7.4	649381.00	0.00
2023	28.7	23.6	19.2	14.2	11.61 ± 6.6		
Симптоми тривоги за GAD-7 (%)							
	Легкі	Помірні	Важкі		$M \pm m$	U	
2022	35.7	26.4	18.3		9.30 ± 5.22	913595.00	0.00
2023	32.1	18.4	15.6		7.81 ± 5.60		
Симптоми ПТСР за PC-PTSD-5 (%)							
	Більше трьох балів				$M \pm m$	U	
2022	66.3				3.06 ± 1.48	966222.50	0.00
2023	48.1				2.35 ± 1.67		

Джерело: Polyviانا M., Yachnik Y., Fegert J.M. et al., 2025 (1).

Важливо зазначити високий рівень коморбідності вживання психоактивних речовин із симптомами депресії, тривоги та суїцидальними думками як окремо, так і в комплексі. Лише у 80 (5,7 %) респондентів спостерігали підвищені бали тільки за шкалою CRAFFT без жодних симптомів за іншими шкалами.

Таким чином, отримані дані свідчать про високу поширеність симптомів депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу серед студентів українських університетів на другому році війни. Щонайменше у кожного третього респондента виявлено помірні та важкі симптоми депресії, тривоги, майже у половини – симптоми посттравматичного стресового розладу. Порівняно із результатами дослідження 2022 року, у 2023 – кількість респондентів із більш важким рівнем депресії зросла, тоді як показники тривоги зменшилися. Також встановлено високий рівень коморбідності як між визначеними симптомами психічних розладів, так і з уживанням психоактивних речовин і суїцидальним ризиком.

3.3. Прогностичні фактори ризику порушення психічного здоров'я студентів

За результатами онлайн дослідження психічного здоров'я студентської молоді в 2023 році проведено статистичний аналіз отриманих даних задля визначення факторів ризику формування психічних розладів у студентів під час війни.

Для порівняння результатів дослідження використано *t*-критерій незалежних вибірок, *U*-критерій Манна-Уїтні, критерій Пірсона χ^2 і дисперсійний аналіз. Відмінності в рівнях оцінок за шкалами PHQ-9 та GAD-7, залежно від соціально-демографічних характеристик респондентів, проаналізовано за допомогою ANOVA. Для розробки прогностичної моделі симптомів депресії використано алгоритм XGBoost.

Значущий взаємозв'язок ($p < 0,001$) показників депресії встановлено щодо статі, множинної травми, звернення по підтримку перед війною та по професійну підтримку під час війни, поточної потреби в підтримці, припинення навчання, прийому психотропних препаратів під час війни та надмірного використання соціальних мереж (табл. 12).

Також статистично значущий зв'язок ($p < 0,001$) встановлено між симптомами тривоги та статтю, множинною травмою, непрофесійною та професійною підтримкою, яку студенти шукали під час війни, поточною потребою в підтримці та надмірним використанням соціальних мереж, що значною мірою збігається з аналогічними даними щодо симптомів депресії.

Слід зазначити збіг оціночних балів за шкалами PHQ-9, GAD-7 і PC-PTSD-5 у дослідженні 2023 року, тобто можна констатувати, що симптоми депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу різного ступеня вираженості були наявні одночасно. Таким чином, якщо в одного з респондентів виявлено симптоми депресії, то з великою ймовірністю можна припустити, що у нього також будуть наявні симптоми тривоги та посттравматичного стресового розладу.

Побудовано регресійну модель прогнозування XGBoost для показників саме депресії, зважаючи на можливість екстраполювати отримані результати на показники тривоги та ПТСР.

Таблиця 12. Кореляція симптомів депресії з соціально-демографічними характеристиками

Характеристики	Категорії	Загалом						Симптоми депресії (бали за РНQ-9)				Середній бал РНQ-9 (SD)	F	p
		0-4 Відсутні n (%)	5-9 Легкі n (%)	10-14 Помірні n (%)	15-19 Помірно важкі n (%)	20-27 Важкі n (%)	Загалом n (%)							
Стать	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
	чол.	342 (24.5)	81 (23.7)	103 (30.1)	74 (21.6)	52 (15.2)	32 (9.4)	5.81±4.96	56.196216	0.001**				
Вік	жін.	1056 (75.5)	118 (11.2)	298 (28.2)	256 (24.2)	217 (20.6)	167 (15.8)	8.46±5.64						
	M ± m	19.56±3.18 (19)	19.87±3.69 (19)	19.5±2.94 (19)	19.89±4.25 (19)	19.27±1.69 (19)	19.17±2.5 (18)	7.81±5.60	0.167903	0.682				
Переміщення	ТАК	560 (40.1)	57 (10.2)	173 (30.9)	135 (24.1)	122 (21.8)	73 (13.0)	11.85±6.2	0.166201	0.684				
	НІ	838 (59.9)	142 (17.0)	228 (27.2)	195 (23.3)	147 (17.5)	126 (15.0)	11.45±6.9						
	В Україні	436 (32.2)	38 (8.7)	143 (32.8)	106 (24.3)	93 (21.3)	56 (12.9)							
	За кордон	253 (18.1)	26 (10.3)	74 (29.3)	56 (22.1)	59 (23.3)	38 (15.0)							
Проживання під час війни	Повернення додому	244 (17.5)	21 (8.6)	75 (30.7)	56 (23.0)	63 (25.8)	29 (11.9)							
	На самоті	95 (6.8)	9 (9.5)	31 (28.4)	21 (22.1)	18 (19.0)	20 (21.0)	12.8± 6.6	6.263004	0.012*				
Проживання	3 кимось	1303 (93.2)	190 (14.6)	374 (28.7)	309 (23.7)	251 (19.3)	179 (13.7)	11.5± 6.6						

Продовження табл. 12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Травматичний досвід	ТАК	1274 (91.1)	168 (13.2)	368 (28.9)	301 (23.6)	252 (19.8)	185 (14.5)	11.7±6.6	2.748667	0.096
	НІ	124 (8.9)	31 (25.0)	33 (26.6)	29 (23.4)	17 (13.7)	14 (11.3)	6.17±5.65		
	Нечасний випадок	75 (5.4)	12 (16.0)	15 (20.0)	20 (26.7)	18 (24.0)	10 (13.3)			
	Втрага близької людини	582 (41.6)	68 (11.7)	162 (27.8)	137 (23.6)	127 (21.8)	88 (15.1)			
	Свідок травмуючої події	197 (14.1)	20 (10.2)	45 (22.8)	45 (22.8)	49 (24.9)	38 (19.3)			
	Сексуальна травма	98 (7.0)	3 (3.0)	12 (12.3)	31 (31.6)	22 (22.5)	30 (30.6)			
	Війна	958 (68.5)	126 (13.2)	280 (29.2)	221 (23.1)	192 (20.0)	139 (14.5)			
	Напад	150 (10.7)	11 (7.3)	27 (18.0)	37 (24.7)	37 (24.7)	38 (25.3)			
	Окупація	89 (6.4)	8 (10.1)	28 (31.5)	20 (22.5)	18 (20.2)	14 (15.7)			
	Обстріли	318 (22.7)	37 (11.6)	87 (27.4)	79 (24.8)	69 (21.7)	46 (14.5)			
	Множинна травма	2.0±3.9 (2)	1.56±1.22 (1)	1.88±1.3 (2)	2.07±1.44 (2)	2.21±1.49 (2)	2.25±1.38 (2)	7.8±5.60 (2)	18.863597	0.0002**
	Пошук підтримки перед війною	ТАК	162 (11.6)	35 (21.6)	28 (17.3)	44 (27.2)	47 (29.0)	162 (11.6)	15.0±6.6	17.448173
НІ		1236 (88.4)	191 (15.5)	366 (29.6)	302 (24.4)	225 (18.2)	152 (12.3)	11.16±6.49		

Продовження табл. 12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Пошук непрофесійної підтримки під час війни	ТАК	571 (40.8)	63 (11.0)	166 (29.1)	135 (23.7)	123 (21.5)	84 (14.7)	12.2±6.4	8.578101	0.004*
	НІ	827 (59.2)	136 (16.4)	235 (28.4)	195 (23.6)	146 (17.7)	115 (13.9)	7.05±5.40		
Пошук професійної підтримки під час війни	ТАК	210 (15.0)	11 (5.3)	42 (20.0)	51 (24.3)	57 (27.1)	49 (23.3)	14.5±6.5	41.810278	0.001**
	НІ	1188 (85.0)	188 (15.8)	359 (30.2)	279 (23.5)	212 (17.9)	150 (12.6)	7.29±5.42		

Закінчення табл. 12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Приєм психотропних препаратів під час війни	ТАК	97 (6.9)	2 (2.1)	11 (11.3)	24 (24.7)	32 (33.0)	28 (28.9)	14.5±6.5	41.810278	0.001**
	НІ	1301 (93.1)	197 (15.1)	390 (30.0)	306 (23.5)	237 (18.2)	171 (13.2)	7.50±5.48		
Почина потреба в підтримці	ТАК	221 (15.8)	8 (3.6)	34 (15.4)	45 (20.3)	68 (30.8)	66 (29.9)	15.70±6.33	65.409471	0.001**
	НІ	1177 (84.2)	191 (16.2)	367 (31.2)	285 (24.2)	201 (17.1)	133 (11.3)	10.84±6.39		
Прийняття навчання	ТАК	85 (6.1)	6 (7.1)	19 (22.4)	15 (17.6)	27 (31.8)	18 (21.2)	13.9±6.8	12.895695	0.0003**
	НІ	1313 (93.9)	193 (14.7)	382 (29.1)	315 (24.0)	242 (18.4)	181 (13.8)	11.46±6.58		
Соцмережі (год)	$M \pm m$	6.68±4.5	5.65±3.9	6.27±4.3	6.91±4.8	6.95±4.8	7.82±4.9	11.6±6.6	20.220748	0.001**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Джерело: Polyviaina M., Yachnik Y., Fegert J.M. et al., 2025 (1).

Найбільш вагомим прогностичним фактором впливу на показники депресії виявився рівень передвоєнного психологічного благополуччя. Установлено, що нижчі бали початкового благополуччя, більш активне використання соціальних мереж, жіноча стать, численні травматичні переживання, досвід нападу, сексуальна травма та втрата близької людини, пошук професійної психіатричної допомоги перед і під час війни та застосування психотропних ліків передбачали збільшення показника депресії (рис. 4).

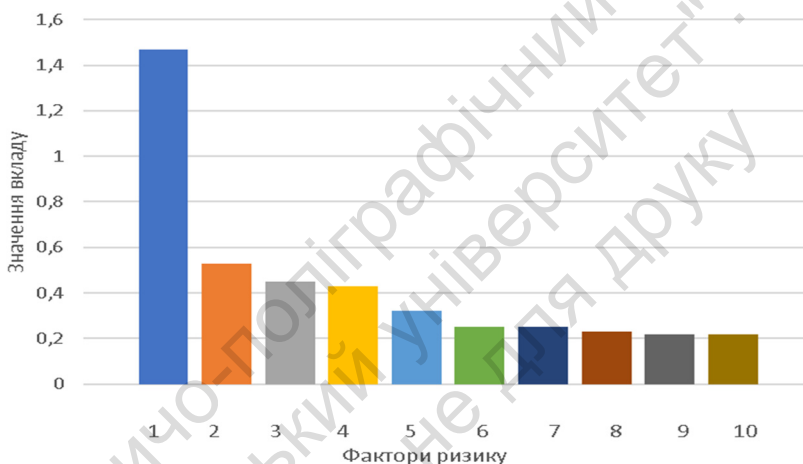


Рис. 4. Прогностичні фактори ризику психічних порушень і розладів у студентів під час війни

Фактори ризику:

1. Психологічне благополуччя перед війною.
2. Надмірне використання соціальних мереж.
3. Стать.
4. Множинна психологічна травма.
5. Пошук професійної підтримки перед війною.
6. Травма внаслідок бомбардування.
7. Сексуальна травма.
8. Утрата близької людини.
9. Пошук професійної підтримки перед і під час війни.
10. Застосування психотропних ліків.

Створено авторами за (1).

Оцінювання найсильніших взаємодій виявило, що студенти з високим передвоєнним рівнем благополуччя, які зазнали кількох травматичних подій, мали нижчі показники депресії, порівняно з тими, хто не мав такого рівня благополуччя. Однак така закономірність зникла за наявності трьох і більшої кількості травматичних подій. Крім того, використання психотропних ліків студентами з вищим передвоєнним добробутом передбачало вищий рівень депресії. Жінки зазвичай мали вищі показники депресії, ніж чоловіки, але пошук непрофесійної підтримки у жінок був пов'язаний з нижчим рівнем депресії, порівняно з тими, хто не мав такої підтримки. Чоловіки демонстрували зворотний ефект.

Більш інтенсивне використання соціальних мереж корелювало з вищими показниками депресії. Цікаво, що переселення під час війни послабило негативний ефект використання соціальних мереж. Тобто ті, хто проводив більше 10 год. на день у соціальних мережах, звичайно демонстрували вищі показники депресії, однак меншою мірою, якщо мали досвід переміщення.

Крім того, інтенсивне використання соціальних медіа передбачало вищі показники депресії серед тих, хто пережив травматичні події, що пов'язані з війною. Менше використання соціальних медіа передбачало вищі показники депресії серед тих, хто перед війною шукав професійну психіатричну допомогу.

Онлайн навчання сприяло нижчим показникам депресії у тих, хто шукав професійної підтримки під час війни. І навпаки, онлайн освіта була пов'язана з вищими показниками депресії для тих, хто не шукав такої підтримки.

Отримані дані свідчать, що протилежні фактори ризику не обов'язково виступають захисними факторами щодо проблем психічного здоров'я. Зокрема, переживання множинного травматичного досвіду та застосування психотропних ліків послабили позитивний ефект вищого рівня передвоєнного психологічного благополуччя. Виявилося також, що захисний ефект меншого використання соціальних мереж на показники депресії перетворився на фактор ризику посилення депресії, коли він взаємодіяв зі зверненням по професійну допомогу перед війною.

Цікаво, що взаємодія між онлайн освітою та зверненням по професійну допомогу під час війни передбачала нижчі показники депресії, і навпаки. Тобто онлайн освіта під час війни може збільшити ризик розвитку проблем психічного здоров'я українських студентів, тоді як звернення по професійну допомогу стає буфером для виникнення психічних порушень.

Слід зазначити, що звернення по непрофесійну підтримку мало захисний ефект лише у жінок, тобто для студенток, які зверталися по допомогу на ранній стадії виникнення симптомів депресії, така підтримка може бути ефективною. У студентів чоловічої статі тяжкість симптомів на момент звернення по допомогу більш виражена, а це вже вимагає професійних втручань.

Оцінювання рівня вживання психоактивних речовин студентами було виміряно за шкалою CRAFFT. Середній рівень уживання виявлено у 798 (57,0 %) студентів, високий рівень – у 178 (12,7 %).

З метою виявлення ключових соціально-демографічних характеристик студентів, які впливають на рівень уживання психоактивних речовин, проведено дисперсійний аналіз ANOVA. Отримані дані підтвердили результати кореляційного аналізу щодо впливу на показники шкали CRAFFT таких факторів, як вік, переїзд, умови проживання, припинення освіти, звернення по професійну підтримку під час війни, наявність і кількість травматичних подій (табл. 13). Не доведено, що на рівень ризику вживання психоактивних речовин суттєво вплинули стать, використання соціальних мереж, потреба в підтримці та звернення по непрофесійну підтримку під час війни, а також звернення по професійну підтримку перед війною ($p > 0,05$).

Найбільший ризик уживання психоактивних речовин, за даними дисперсійного аналізу, був пов'язаний з ознаками депресії, посттравматичного стресового розладу та ризиком суїциду (табл. 14).

Таким чином, основними прогностичними факторами ризику порушення психічного здоров'я студентів під час війни, що визначені за результатами дослідження, є низький довоєн-

ний рівень психологічного благополуччя, надмірне використання соціальних мереж, жіноча стать, множинний травматичний досвід війни, сексуальна травма, утрата близької людини, пошук професійної психіатричної допомоги перед і під час війни, використання психотропних ліків.

Таблиця 13. Кореляція рівня вживання психоактивних речовин із соціально-демографічними характеристиками

Характеристики	CRAFFT (mean_sq)	F	p
Стать	1.153286	2.999661	0.08
Вік	3.392699	8.824305	0.00*
Переміщення (ТАК/НІ)	1.779776	4.629141	0.03*
Життя на самоті (ТАК/НІ)	2.550384	6.633470	0.01*
Припинення навчання	2.775721	7.219563	0.00*
Використання соціальних мереж	0.744364	1.936069	0.16
Пошук професійної підтримки	4.132060	10.747359	0.00**
Пошук непрофесійної підтримки	0.336388	0.874934	0.35
Поточна потреба у підтримці	0.678076	1.763653	0.18
Пошук професійної підтримки перед війною	0.539869	1.404183	0.24
Травма війни (ТАК/НІ)	2.595536	6.750908	0.01*
Множинна травма	4.241362	11.031650	0.00**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Джерело: *Myshakivska O., Polyvianaia M., Yachnik Y., Pinchuk I. 2024 (2).*

Таблиця 14. Кореляція ознак психічних розладів з рівнем вживання психоактивних речовин

Шкали	CRAFFT (mean_sq)	F	p
PC-PTSD-5	9.235442	23.964021	0.00**
PHQ-9	7.663868	19.886119	0.00**
GAD-7	0.783979	2.034260	0.15
ISI	0.083041	0.215474	0.64
PSS	5.673267	14.720930	0.00**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Джерело: *Myshakivska O., Polyvianaia M., Yachnik Y., Pinchuk I. 2024 (2).*

Виділення груп високого ризику порушень психічного здоров'я з урахуванням визначених прогностичних факторів сприятиме запровадженню ефективних профілактичних програм, наданню лікувально-профілактичної допомоги на ранніх етапах формування психічних порушень і розладів, а також раціональному використанню наявного кадрового та матеріально-технічного ресурсу відповідних служб.

Джерела та література

1. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J.M. et al. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. BMC Psychiatry; 2025, 25:236. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1>

2. Myshakivska O., Polyvianaia M., Yachnik Y., Pinchuk I. Risk Factors for Substance Use among University Students in Ukraine during Wartime. Adiktologie, 2024; (24):119-129. <https://doi.org/10.35198/01-2024-002-0001>

Розділ 4

ПОТРЕБИ СТУДЕНТІВ У ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІЙ ДОПОМОЗІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІЙ ПІДТРИМЦІ

4.1. Визначення потреби

з надання психолого-психіатричної допомоги за результатами онлайн опитування студентів

Перші роки повномасштабної війни в Україні стали відчутним додатковим стресом для більшої частини студентської молоді. Попри високу поширеність симптомів порушення психічного здоров'я серед опитаних студентів, звернення їх по професійну допомогу залишалося відносно низьким і становило 14,0 % у 2022 році та 15,0 % – у 2023 (табл. 15). При цьому більшість респондентів надавали перевагу особистим консультаціям із фахівцями, зокрема психіатрами, психологами та психотерапевтами.

2023 року спостерігалось суттєве зростання звернень студентів по психологічну допомогу, порівняно з 2022 (1). Зокрема, частка осіб, які користувалися послугами психологів, зросла до 69,0 % у 2023 році, порівняно з 5,8 % у 2022. Аналогічну тенденцію простежено щодо звернень до психотерапевтів (31,0 % у 2023 р. проти 4,6 % у 2022) і психіатрів (24,0 % у 2023 р. проти 2,7 % у 2022).

2023 року частка студентів, які зверталися до сімейних лікарів, зросла до 16,0 %, порівняно з 1,4 % у 2022. Спостерігалось також збільшення кількості звернень на Гарячу лінію психологічної допомоги: якщо 2022 року цей показник становив 1,9 %, то у 2023 – уже 10,0 %.

Значна частина студентів 2023 року (35,0 %) почали приймати призначені лікарем медикаментозні препарати, 2022 року до них вдавалося 5,2 %, а без призначення лікаря їх уживала майже однакова частка респондентів (2022 р. – 11,4 %, 2023 – 16,0 %).

Таблиця 15. Характеристики пошуку професійної та непрофесійної підтримки серед респондентів

Характеристики	2022	2023	χ^2 (stat, p)
Шукали будь-якої підтримки під час війни	483 (43.4)	762 (45.5)	30.60, 0.000**
Непрофесійна підтримка ¹		571 (40.8)	
Шукали підтримки в однолітків, друзів, родичів	438 (39.3)	564 (40.3)	0.25, 0.61
Шукали підтримки в соціальних мережах ²		132 (9.4)	
Шукали підтримки у вчителів, керівників, колег ²		33 (2.4)	
Професійна підтримка ¹	157 (14.1)	210 (15.0)	0.35, 0.56
Пошук допомоги фахівця з психічного здоров'я	120 (10.8)	190 (13.6)	4.26, 0.04*
Пошук допомоги психолога	65 (5.8)	151 (10.8)	18.77, 0.000**
Пошук допомоги психіатра	33 (3.0)	48 (3.4)	0.30, 0.58
Пошук допомоги психотерапевта	52 (4.7)	63 (4.5)	0.01, 0.92
Пошук допомоги сімейного лікаря	16 (1.4)	32 (2.3)	1.96, 0.16
Використання гарячої лінії психологічної підтримки	22 (2.0)	20 (2.6)	0.82, 0.37
Пошук допомоги у групах підтримки	26 (2.3)	15 (1.9)	5.39, 0.02*
Пошук допомоги (госпіталізація/денний стаціонар)	3 (0.3)	5 (0.4)	0.15, 0.70
Прийом ліків щодо підтримки ментального здоров'я (з та без призначення)	178 (16.0)	97 (6.9)	51.17, 0.000**
Прийом ліків за призначенням лікаря	46 (4.1)	72 (5.2)	1.43, 0.23
Прийом ліків без призначення лікаря	124 (11.1)	33 (2.4)	81.51, 0.000**
Поточна потреба в допомозі	164 (14.7)	221 (15.8)	0.55, 0.46
Пошук професійної допомоги до війни	237 (21.3)	162 (11.6)	45.12, 0.000**

¹ – питання з вибором відповідей; ² – варіант доступний лише в опитуванні 2023 року

* $p < 0,05$; ** $p < 0,0001$.

Джерело: Poluyvianaia M., Stepanova N., Yachnik Y. et al., 2024 (1).

Відносно невелика група студентів відвідувала групи взаємодопомоги (2,3 % – 2022 і 7,0 % – 2023). Натомість пошук психологічної підтримки рідних, близьких і друзів були поширені в обох опитуваннях (39,3 % – 2022, 40,3 % – 2023). Самостійне подолання психотравмуючих подій також залишалося поширеним серед студентів, хоча його рівень дещо знизився – з 60,9 % 2022 року до 55,0 % 2023.

Загалом результати обох досліджень свідчать про суттєве зростання потреби у психологічній допомозі серед студентської молоді у 2023 році, порівняно з 2022.

Порівняно з 2022 роком, у 2023 зафіксовано суттєве зростання кількості звернень по підтримку психічного здоров'я: до психологів – у 12 разів, до психотерапевтів – у сім разів, до психіатрів – у дев'ять разів, до сімейних лікарів – в 11 разів. Збільшилася також частка студентів, які зверталися на "гарячу лінію" психологічної підтримки: 2022 року телефонував кожен десятий респондент, тоді як 2023 – кожен другий (рис. 5).

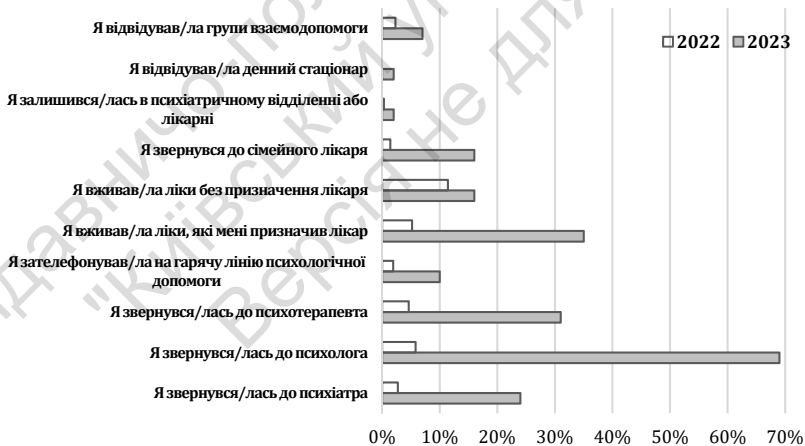


Рис. 5. Порівняльні результати опитування студентів щодо пошуку професійної підтримки

Створено автором за результатами опитування

Для дослідження впливу соціодемографічних чинників і стану ментального здоров'я на ймовірність звернення по професійну допомогу під час війни проведено логістичний регресійний аналіз (табл. 16). Результати показали, що 2022 року найбільш значущими предикторами звернення по професійну допомогу були:

- ♦ досвід попереднього (перед війною) звернення по психологічну підтримку

$$\beta = 1,677, SE = 0,200, z = 8,377, p < 0,0001, OR = 5,371;$$

- ♦ стать

$$\beta = -0,970, SE = 0,347, z = 2,795, p = 0,005, OR = 0,379;$$

- ♦ наявність безсоння

$$\beta = 0,411, SE = 0,135, z = 3,052, p = 0,002, OR = 1,508.$$

Отже, студенти, які мали досвід звернення по професійну допомогу перед війною, мали у 5,35 рази вищу ймовірність звернутися по підтримку під час війни, порівняно з тими, хто не мав такого досвіду. Крім того, чоловіки рідше зверталися по професійну допомогу, ніж жінки, із співвідношенням шансів 0,379 (тобто на 37,9 % рідше). Установлено також, що вираженість безсоння була значущим предиктором звернення: зі збільшенням ступеня його важкості ймовірність звернення по професійну допомогу зростала майже на 50,8 %.

2023 року ключовими факторами, що впливали на ймовірність звернення студентів по професійну психологічну допомогу, були:

- ♦ досвід попереднього (до війни) звернення по професійну допомогу:

$$\beta = 1,501, SE = 0,199, z = 7,544, p < 0,0001, OR = 4,485;$$

- ♦ стать

$$\beta = -0,490, SE = 0,239, z = -2,047, p = 0,041, OR = 0,613;$$

- ♦ внутрішнє переселення в межах України

$$\beta = 0,481, SE = 0,182, z = 2,649, p = 0,008, OR = 1,618;$$

- ♦ еміграція за кордон

$$\beta = 0,548, SE = 0,195, z = 2,809, p = 0,005, OR = 1,729;$$

- ♦ симптоми тривоги

$$\beta = 0,357, SE = 0,109, z = 3,283, p = 0,001, OR = 1,429.$$

Таблиця 16. Характеристики ментального здоров'я й травматичного досвіду респондентів

Змінні	2022 (N = 1113)		2023 (N = 1398)		p (1 - χ^2 , 2 - MWU)
	N (%)	(середній \pm SD)	N (%)	(середній \pm SD)	
Психологічне благополуччя					
Передвоєнний		7.13 \pm 2.33		6.78 \pm 2.58	
На момент опитування		4.84 \pm 2.29		5.43 \pm 2.44	
Критерій знакового рангу		66248.0;		162880.0;	
Вілкосона (статистика, p)		0.000**		0.000**	
Травматичний досвід	750 (67.4)		1274 (91.1)		1221.97, 0.000**
Травма війни	219 (19.7)		958 (75.2)		1591.85, 0.000**
Смерть близької людини	504 (45.3)		582 (45.7)		13.22, 0.07
Фізичне насильство	148 (13.3)		150 (10.7)		13.66, 0.06
Бачити когось убитим або серйозно пораненим	176 (15.8)		197 (15.5)		11.32, 0.25
Сексуальне насильство	88 (7.9)		98 (7.7)		10.60, 0.44
Серйозна аварія	126 (11.3)		83 (6.5)		129.05, 0.000**
Перебування в окупації			89 (7.0)		
Пожежа			51 (4.0)		
Втрата майна			152 (10.9)		
Перебування під обстрілом або бомбардуванням			468 (33.5)		
Множинна травма (≥ 2 травматичних подій)	329 (29.6)		789 (62.0)		1181.24, 0.000**
Симптоми психічного здоров'я					
Депресія (PHQ-9)	752 (67.6)	9.74 \pm 7.40	1199 (85.8)	11.61 \pm 6.6	2649381.00, 0.000**
Тривога (GAD-7)	894 (80.3)	9.30 \pm 5.22	924 (66.1)	7.81 \pm 5.60	2913595.00, 0.000**
Безсоння (ISI)	636 (57.1)	9.30 \pm 5.89	795 (56.9)	9.09 \pm 5.87	2793107.50, 0.40
ПТСР (PC-5)	738 (66.3)	3.06 \pm 1.48	673 (48.1)	2.35 \pm 1.67	2966222.50, 0.000**

**p < 0.0001.

Джерело: Polyviarata M., Stepanova N., Yachnik Y. et al., 2024 (1).

Студенти, які мали досвід звернення по професійну підтримку перед війною, у 4,5 рази частіше зверталися по допомогу під час війни, порівняно з тими, хто не мав такого досвіду. Чоловіки зверталися по професійну допомогу на 61,3 % рідше за жінок. Ті, хто змушений був переїхати в межах України, зверталися по допомогу на 61,8 % частіше, ніж ті, хто залишався на місці.

Рівень вираженості тривоги також мав значущий вплив: зі збільшенням тяжкості тривоги (від легкої до помірної та тяжкої) ймовірність звернення по професійну допомогу зростала на 42,9 %.

Водночас такі чинники, як досвід травматичних подій, наявність симптомів депресії, ПТСР або зловживання психоактивними речовинами не мали статистично значущого впливу на ймовірність звернення по професійну допомогу під час війни в обох дослідженнях.

Попри те, що значна частина студентів демонструвала виражені ознаки психологічного дистресу (75,0 % 2022 і 69,2 % 2023), звернення по професійну підтримку залишалося на низькому рівні: лише 14 % студентів у 2022 році та 15 % – у 2023 звернулися до фахівців.

Найпоширенішим джерелом підтримки залишалися родичі та близькі (39,3 % у 2022 р. та 40,3 % – у 2023). Водночас понад половина респондентів загалом не зверталися по будь-яку допомогу після початку війни (56,6 % 2022 р. і 54,5 % – 2023). На момент опитування 14,7 % студентів у 2022 році та 15,8 % у 2023 зазначили, що все ще потребують професійної допомоги.

Детальнішу інформацію щодо інших результатів можна знайти в наших статтях (1–3).

Таким чином, результати дослідження свідчать про значне зростання потреби у психологічній допомозі серед студентської молоді у 2023 році, порівняно з 2022. Особливо це стосується звернень до психологів, психотерапевтів і психіатрів, а також підвищеного рівня використання медикаментозного лікування за призначенням лікаря. Водночас самостійне подолання психоемоційних труднощів залишається поширеною практикою.

Ключовими чинниками, що впливали на звернення по професійну допомогу, були попередній досвід отримання

психологічної підтримки, стать, вимушене переселення, еміграція та рівень тривожності. Чоловіки значно рідше зверталися по допомогу, ніж жінки. Водночас такі фактори, як пережиті травматичні події, симптоми депресії чи ПТСР, не мали статистично значущого впливу на ймовірність звернення.

Попри високий рівень психоемоційного дистресу, більшість студентів не зверталися по професійну допомогу, надаючи перевагу підтримці родичів і друзів або намагаючись упоратися самостійно. Водночас частина студентів (понад 15 %) на момент дослідження все ще потребували спеціалізованої психологічної допомоги, що вказує на необхідність подальшого розвитку системи доступної психологічної підтримки для молоді.

4.2. Фокус-групове дослідження щодо психосоціальної підтримки психічного здоров'я студентської молоді під час війни

Для отримання більш розширених даних і глибшого розуміння потреб і бар'єрів щодо психосоціальної підтримки ментального здоров'я студентської молоді України під час війни у березні–квітні 2024 року проведено шість фокус-групових дискусій, серед яких чотири – за участі студентів і дві – за участі викладачів закладів вищої освіти України (1).

Відбір учасників здійснено на добровільній основі, відповідно до мети дослідження. Головний критерій – обізнаність респондентів із тематикою, їхня здатність висловити власну позицію з обговорюваних питань. Процес формування фокус-груп включав кілька етапів: попередній відбір учасників, запрошення, розсилання запрошень і підтвердження участі.

Загалом у дослідженні взяли участь 40 осіб (табл. 17):

- ♦ 24 студенти факультету психології та ННЦ Інституту біології та медицини Київського національного університету імені Тараса Шевченка, а також факультету комп'ютерної інженерії та управління Харківського національного університету радіоелектроніки (віком 19–21 років);

- ♦ 16 викладачів ННЦ Інституту біології та медицини, економічного факультету та Військового інституту Київського

національного університету імені Тараса Шевченка, а також факультету комп'ютерної інженерії та управління Харківського національного університету радіоелектроніки, більшість із яких мають понад 20 років педагогічного стажу.

Таблиця 17. Демографічна характеристика учасників фокус-груп

Змінні		Учасники фокус-груп (ФГ) n = 40					
		студенти n = 24				викладачі n = 16	
		ФГ1	ФГ2	ФГ3	ФГ4	ФГ5	ФГ6
Стать	Чол.		3		1		2
	Жін.	6	4	6	4	4	10
Вік	19–30	6	7	6	5		3
	30–40						3
	40–50					1	1
	50–60					2	2
	60–70					1	3

Складено авторами

Опитування учасників фокус-груп відбувалось анонімно, що забезпечувало можливість студентам і викладачам висловлювати свої думки більш відверто та неупереджено. За попередньої згоди учасників дискусію супроводжував аудіозапис для подальшого аналізу. Середня тривалість кожної фокус-групової дискусії становила 1,5 год.

У ході дослідження обговорено чотири ключові питання:

1. Які бар'єри заважають звертатися по психологічну або психіатричну допомогу?

2. Які стереотипи щодо отримання психологічної або психіатричної допомоги є поширеними?

3. Чи здійснюють заклади вищої освіти заходи для підтримки ментального здоров'я студентської молоді?

4. Які послуги з підтримки ментального здоров'я здобувачі освіти вважають доцільними на рівні навчального закладу?

Результати фокус-групового дослідження проаналізовані із застосуванням методології тематичного аналізу (4) і представлені в табл. 18.

Таблиця 18. Підсумовуюча порівняльна таблиця за результатами обговорення у фокус-групах

Запитання	Викладачі	Студенти
Які бар'єри заважають студентам звертатися по психологічну допомогу? психіатричну допомогу?	<p>необізнаність</p> <p>упевненість у здатності впоратися самостійно</p> <p>страх осуду та розголошення</p> <p>фінансові обмеження</p> <p>недовіра до професіоналізму фахівців психологічної сфери</p> <ul style="list-style-type: none"> •упередженість; •допомога психолога не відрізняються від допомоги друзів/батьків 	<ul style="list-style-type: none"> •знецінення власних проблем; •негативний досвід звернень; •брак часу; не на часі; •неготовність "відкритися"; •зроблять об'єктом досліджень; •категорична позиція сім'ї
Які стереотипи з отримання психологічної або психіатричної допомоги поширені серед студентів?	<p>психологічна допомога лише для психічно хворих</p> <p>звернення до психолога – вияв слабкості</p> <p>психологічні проблеми не фізичні – можна впоратися самостійно</p> <p>звернення до психолога – дорога до психікарнії;</p> <ul style="list-style-type: none"> •проблеми розв'язуються самі собою; •що скажуть люди? 	<ul style="list-style-type: none"> •перетворять на оцюча; •психологи нічим не допоможуть, а на гроші розкрутять; •навіщо фахівці, коли є друзі/батьки; •релігійні забобони; •через звернення звільнять з університету

Чи здійснюють ЗВО заходи для підтримки ментального здоров'я студентської молоді?	<p>Психологічна служба</p> <p>тематичні конференції, семінари, лекції та вебінари, запрошення спікерів</p> <p>психологічні курси</p> <p>психоедукація</p> <ul style="list-style-type: none"> курс "Самодопомога" "Helper Hub" – чат емоційної підтримки студентами одне одного; "Teeneergizer" дебатний і книжковий клуби, групові сесії, гуртки
Які послуги з підтримки ментального здоров'я студенти вважають доцільним на рівні навчального закладу?	<p>Психоедукація</p> <p>психологічна служба у кожному закладі освіти</p> <p>психологічний кабінет на кожному факультеті</p> <p>штатні психологи на постійній основі</p> <p>моніторинг (скринінг) стану й оцінювання ментального здоров'я учасників освітнього процесу для вчасного виявлення психічних порушень і перенаправлення до фахівця</p> <p>курс управління стресом "Самодопомога +"</p> <p>сервіс доступних психологічних послуг</p> <p>лекції, семінари, вебінари, тренінги за участі психологів-практиків</p> <ul style="list-style-type: none"> курси ментального здоров'я алгоритм дій підтримки ментального здоров'я освітні програми зі стресо-стійкості на базі світового досвіду гуртки психічного здоров'я; факультативи програми з базових навичок психологічної стійкості спеціалізовані кола психологічної підтримки просвітницькі телеграм-канали

Джерело: Polyviapania M., Stepanova N., Yachnik Y. et al., 2024 (1).

Учасники фокус-груп одностайно зазначили, що після початку повномасштабного вторгнення стан психічного здоров'я як студентів, так і викладачів, значно погіршився. Зокрема, зафіксовано зростання рівня психологічних травм, порушень сну, симптомів депресії, емоційного виснаження та професійного вигорання: "Психологічні травми, порушення сну, симптоми депресії, виснаження, вигорання та інші розлади спостерігаються практично у кожного студента і викладача" (викладач О.). "Навіть ззовні помітно, що більшість студентів перебувають у довготривалому стресі" (викладач Н.).

Разом із тим, більшість учасників указали на наявність бар'єрів, що перешкоджають зверненню по психологічну допомогу. Попри зменшення таких перешкод за останнє десятиліття залишається тенденція звернення до фахівців лише у випадках, коли вияви порушень стають фізично відчутними: "Ідуть до фахівців, коли вже наявні симптоми на рівні соматичного здоров'я, що їх лякає" (викладач Н.). Одним серед ключових бар'єрів є низький рівень обізнаності студентів щодо доступних послуг із психологічної підтримки: "Є суттєва інформаційна прогалина: студенти не знають, у кого можна отримати допомогу" (викладач Л.).

Значна частина студентів також переконані, що можуть самостійно впоратися з труднощами, що свідчить про недостатню особистісну зрілість і недооцінювання фахової допомоги: "У багатьох відсутня особистісна зрілість: переконані, що вони все можуть краще від фахівців" (викладач І.). "Позиція, особливо серед студентів-чоловіків: обходився без лікаря – без лікаря й обійдуся" (студент К.). До того ж, значну роль у формуванні негативного ставлення до звернення по психологічну допомогу відіграють соціальні страхи, зокрема побоювання розголошення та суспільного осуду: "У студентів є пересторога, що після відвідування психолога про це всі довідаються і будуть насміхатися" (викладач А.). "Деякі вважають, що похід до психолога – тавро на все життя" (студент О.).

Одним серед суттєвих бар'єрів, на думку учасників, є фінансовий аспект. Зокрема, зазначено: "Через фінансові обмеження не кожен може дозволити собі звернутися до професіонала" (викладач В.); "Деякі проблеми потребують тривалого втручання, а фінансів у студентів не так багато" (викладач І.).

Серед студентів також існує недовіра до професіоналізму фахівців психологічної сфери. Вони висловлюють думку про те, що "краще не йти, аніж потрапити до непрофесіонала" (викладач Т.); "Вважають, що психологи – не лікарі: собі допомогти не можуть, не кажучи про інших" (студент К.); "Є страх потрапити до непрофесіонала, що спровокує ще гірший стан" (студентка Д.).

Викладачі також указують на упередженість у суспільстві, зазначаючи: "У суспільстві не прийнято звертатися до психологів" (викладач К). Крім того, існує викривлене уявлення про те, що допомога психолога не відрізняється від порад, які можуть дати друзі чи батьки: "Хто краще від батьків дасть пораду" (викладач В.); "Студенти вважають: якщо є батьки й друзі, то навіщо психолог?" (викладач І.).

Ще одним бар'єром є знецінення власних проблем студентами: "Однолітки впевнені, що їхні проблеми не варті уваги" (студентка М.); "Чимало студентів вважають, що все якось минеться" (студент В.); "Є люди з ПТСР, а я тут з поганим настроєм" (студент Д.).

Отримання вчасної кваліфікованої допомоги ускладнює також негативний попередній досвід звернень до фахівців: "До війни у мене була булімія, ремісія, у державній клініці мене "підсадили" на антидепресанти, ледь зіскочила, стало ще гірше" (студентка П.); "Подруга пережила стрес від втрати близьких, кілька місяців ходила до психіатра – лише втратила час і гроші" (студентка Л.).

Багато студентів також відчують брак часу для звернення по психологічну допомогу. "Для студентів це вибір: або виділиш час на навчання, або – на себе" (студент П.). "Завантаження у вузі таке, що не до психолога" (студент Д.). Крім того, для деяких студентів розв'язання проблем ментального стану

не є пріоритетним на сучасному етапі: "Є більш нагальні питання" (студентка М.); "Коли *накриє* – тоді піду" (студент Д.).

Студенти також зазначили кілька інших важливих бар'єрів щодо звернення по психологічну підтримку. Серед них – неготовність "відкритися", що виникає через почуття сорому: "соромно незнайомцю вилити душу" (студент О.); "розкритися психологу – наче роздягнутися на людях" (студент В.). Існує також побоювання стати "об'єктом досліджень": "Стримує боязнь стати піддослідними кроликами" (студентка Т.); а також вплив родини: "Острах осуду батьків" (студентка В.).

Незважаючи на загальний розвиток ментальної культури, учасники фокус-груп зазначили, що в університетах усе ще зберігаються архаїчні стереотипи щодо психологічного супроводу. Найпоширеніші серед них: "Психологічна допомога – лише для психічно хворих" (викладач К.); "Психологічні проблеми – не фізичні, можна впоратися самостійно" (студентка Т.).

Крім того, чимало стереотипів сформовано родинними або старшими поколіннями. Зокрема, поширена думка: "Звернення до психолога – дорога до психлікарні" (студентка К.); "Батьки й старші лякали: психіатри й психологи роблять пацієнтів "овочами" (студентка П.); "Нас урозумляли: хочеш бути здоровим – тримайся подалі від психіатрів" (викладач І).

З погляду викладачів чимало студентів вірять у те, що "проблеми розв'яжуться самі по собі" (викладач В.), або ж бояться звертатися по допомогу через побоювання стосовно того, "а що скажуть люди?" (викладач Н.). Студенти також доповнили, що багатьох стримує переконання: "психологи нічим не допоможуть, а тільки розкрутять на гроші" (студентка Т.) або "психіатр обов'язково підсадить на препарати, аби викачати кошти" (студентка Г.).

Особливо виражені негативні стереотипи спостерігаються серед студентів із релігійних сімей. За словами учасників фокус-груп батьки часто лякають дітей забобонами: "Психотерапія і психіатрія – від лукавого" (студентка М.); "Це Бог

послав випробування, неси хрест мовчки" (студентка Т.); "За відвідування шарлатанів – Божа кара" (студентка С.).

Деякі студенти висловили занепокоєння щодо конфіденційності інформації про їхній візит до фахівця психологічної служби, вважаючи, що ця інформація може бути передана керівництву навчального закладу: "Чимало студентів чомусь впевнені, що після візиту до психолога вся особистісна інформація буде на столі у ректора" (студентка Л.); "Поширена думка, що на "гарячих лініях" сидять не психологи, а викладачі, які збирають інформацію про студентів" (студентка В.).

Учасники зазначили, що за останні роки в університетах почали приділяти більше уваги питанню ментального здоров'я студентів. "У багатьох вишах України створені служби психологічної підтримки" (викладач А.); "Проводять чимало спеціалізованих конференцій, семінарів, лекцій і вебінарів для студентів" (викладач Б.). Існують також сервіси психологічної допомоги, зокрема чат емоційної підтримки "Helper Hub", чат зв'язку з психологом "Teenenergizer". За словами студентів, корисними були курси "Самодопомога+" Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка. На думку учасників позитивний вплив на ментальний стан студентів мають книжкові клуби, групові сесії та гуртки.

Однак, за словами учасників, потреба у психоедукації та психосоціальной підтримці студентів, особливо в умовах війни, є значно більшою. "Слід у вишах більше уваги приділяти психоедукації, щоб студенти усвідомили, що психолог – не ворог, а додатковий ресурс" (викладач О.); "Було б надзвичайно корисно, якби курс "Самодопомога+" став обов'язковим елементом навчальної програми, і студенти вчилися самотужки справлятися зі стресом" (студентка З.); "Студентам бракує навчальних програм, які б навчали базових навичок психологічної стійкості, особливо на рівні світового досвіду" (викладач О.).

Учасники зійшлися на думці про те, що для формування психологічної культури студентів слід запровадити в університетах "Курси ментального здоров'я", запит на які дуже

великий. "Назріла потреба у штатних психологах або навіть у кабінеті психолога на кожному факультеті" (викладач А.); "Слід запроваджувати психологічні служби у кожному виші" (викладач І.). Учасники також висловили ідею про необхідність проведення експрес-діагностики стану психічного здоров'я студентів: "Дуже важливо своєчасно виявляти та реагувати на вияви психічних порушень" (викладач О.).

Крім того, учасники наголосили на важливості активнішого залучення психологів-практиків до проведення семінарів, тренінгів, лекцій, вебінарів на постійній основі. "Варто також залучати студентів до цікавих практичних заходів зі зміцнення ментального здоров'я" (викладач Т.); "Назріла необхідність у тренінгах з кризової допомоги із залученням найширшого кола студентів" (студент Д.); "Доцільно створити спеціалізовані кола підтримки для студентів, чії батьки воюють, а також для переселенців і тих, хто втратили близьких і рідних" (студентка М.).

На основі викладених результатів можна зробити такі висновки та узагальнення:

1) військова агресія з боку росії стала серйозним додатковим стресом для студентської молоді України та негативно вплинула на їхнє психічне здоров'я;

2) звернутися по психологічну підтримку багатьом студентам заважають численні бар'єри та стигми, серед яких необізнаність, знецінення власних проблем, переконання у здатності самостійно розв'язати свої проблеми, недовіра до фахівців, негативний досвід попередніх звернень, брак часу, сором і страх, фінансові обмеження, необізнаність (куди й до кого звертатися), а також небажання демонструвати слабкість;

3) на перешкоді також стоять різноманітні стереотипи, включаючи упередження з боку батьків або старших осіб, релігійні забобони, а також помилкові переконання, що звернення до психолога є прямим шляхом до психіатричної лікарні або виявом слабкості тощо;

4) наявність потреби в українських ЗВО у психоедукації, а також у відповідних освітніх програмах зі стресостійкості, що орієнтовані на студентів і враховують передовий світовий досвід;

- 5) брак практичних психологів у ЗВО України;
- 6) низька доступність або відсутність послуг психологічного супроводу у процесі навчання;
- 7) відсутність чіткого алгоритму дій щодо підтримки психічного здоров'я студентів у навчальних закладах.

Рекомендації щодо збереження психічного здоров'я студентської молоді:

- ♦ забезпечення ментальної стійкості учасників освітнього процесу має стати пріоритетом діяльності вищих закладів освіти;
- ♦ постійний моніторинг стану психічного здоров'я учасників освітнього процесу та оцінювання його для профілактики та своєчасного реагування на ознаки психічних порушень (щонайменше раз на рік);
- ♦ проведення на постійній основі курсів, семінарів, вебінарів і лекцій із питань ментальної культури; адаптація міжнародних програм і світового досвіду, а також інформування педагогічних працівників про ознаки психічних розладів;
- ♦ запровадження посад штатних психологів у ЗВО на постійній основі, створення кабінетів психолога та служб психологічної допомоги;
- ♦ розроблення та впровадження протоколів реагування та алгоритмів перенаправлення студентів, які потребують фахового втручання до відповідних спеціалістів;
- ♦ забезпечення навчання та супервізійної підтримки штатних психологів і педагогів з метою проведення психологічних інтервенцій;
- ♦ активне залучення засобів масової інформації до проведення просвітницької діяльності серед студентської молоді.

Джерела та література

1. Polyvianaia M., Stepanova N., Yachnik Y et al. Mental health support needs of students during the wartime. Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences, 2024; 76(2). <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.02.21>
2. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J.M. et al. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-

scale Russian-Ukrainian war. BMC Psychiatry 2025; 25, 236. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1>

3. Pinchuk I., Solonskyi A., Yachnik Y. et al. Psychological well-being of Ukrainian students three months after the emerge of full-scale war. Psychiatr. Pol. 2024; 58(1):121–51. <https://doi.org/10.12740/PP/177073>

4. Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006. 3(2). P.77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Видавничо-поліграфічний центр
"Київський університет".
Версія не для друку

Розділ 5

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ З ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

5.1. Психосоціально-освітні заходи

Психосоціально-освітні заходи є важливим елементом системи психосоціальної підтримки студентської молоді, оскільки вони спрямовані на формування знань, навичок і настанов, що сприяють збереженню та зміцненню психічного здоров'я. Ці заходи дозволяють не лише підвищити обізнаність студентів щодо психічного здоров'я, а й сприяють зниженню рівня стигматизації психічних розладів, підвищенню рівня психологічної культури, розвитку адаптаційних і комунікативних навичок.

Психосоціально-освітні заходи можуть бути реалізовані у формі лекцій, семінарів, інтерактивних тренінгів, онлайн-курсів, тематичних вебінарів, інформаційних кампаній, а також через створення просвітницьких матеріалів – буклетів, інфографіки, відеороликів тощо. Особливо ефективними є інтерактивні формати, що дозволяють студентам брати активну участь у процесі навчання, обмінюватись досвідом, розвивати навички самопомоги.

Основними завданнями психосоціально-освітньої роботи у студентському середовищі є:

- ♦ інформування про фактори ризику та захисні чинники психічного здоров'я;
- ♦ ознайомлення з ознаками емоційного виснаження, тривоги, депресії та іншими поширеними психоемоційними станами;
- ♦ формування навичок самопомоги, емоційної саморегуляції та стресостійкості;
- ♦ розвитку усвідомленого ставлення до звернення по психологічну допомогу;
- ♦ популяризація здорового способу життя та профілактики залежностей.

Успішна реалізація психоосвітніх програм вимагає міждисциплінарного підходу та взаємодії фахівців у сфері психології, психіатрії, педагогіки, соціальної роботи, а також адміністративної підтримки з боку навчального закладу. Важливо враховувати вікові, культурні та індивідуальні особливості студентів, створювати можливості для залучення до заходів не лише осіб з підвищеним ризиком психоемоційних порушень, а й широкого кола студентської спільноти.

Досвід провідних вітчизняних і зарубіжних університетів засвідчує, що системна психоосвіта є дієвим інструментом профілактики емоційного вигорання, покращення навчальної мотивації, розвитку соціальних навичок та зниження вивів деструктивної поведінки. У довготривалій перспективі психоосвітні ініціативи сприяють формуванню культури турботи про психічне здоров'я як невід'ємної складової благополуччя та особистісного розвитку студентської молоді.

Аналізуючи український і міжнародний досвід запровадження психоосвітніх програм у ЗВО, можна виділити кілька прикладів їх успішної реалізації (табл. 19).

В одному з провідних вищих навчальних закладів України, Києво-Могилянській академії (НаУКМА)⁵, запроваджено програму "Психологічне благополуччя студента", яка включає регулярні групові зустрічі, тренінги зі стрес-менеджменту, вебіари "Тривожність і навчання", "Як говорити про психічне здоров'я". Центр психічного здоров'я НаУКМА тісно співпрацює з викладачами, створюючи простір довіри в академічному середовищі.

На базі Львівського національного університету імені Івана Франка працює Центр психічного здоров'я, який реалізує курс "Психологічна самопомога для студентів", проводить акції до Всесвітнього дня психічного здоров'я, а також індивідуальні консультації. Частину лекцій адаптовано у відеоформаті та розміщено в онлайн-доступі⁶.

⁵ <https://www.ukma.edu.ua/index.php/science/tsentri-ta-laboratoriji/cmhpps>

⁶ <https://lnu.edu.ua/psykholohichna-sluzhba-lvivskoho-universytetu-vid-individualnoho-pidkhodu-do-psykholohichnoi-kultury-usikh-uchasnykiv-osvitnoho-protsesu>

Таблиця 19. Приклади реалізації психоосвітніх програм у вищих навчальних закладах

Назва закладу	Країна	Назва або формат програми	Ключові компоненти
Києво-Могилянська академія	Україна	Психологічне благополуччя студента	Тренінги, групи підтримки, відеолекції
Львівський національний університет ім. Івана Франка		Центр психічного здоров'я	Освітні курси, акції, консультації
Український католицький університет		Відкриті зустрічі, менторські програми	Peer-to-peer підтримка, майстер-класи
Harvard University	США	Counseling and Mental Health Services	Онлайн-платформа, дні психічного здоров'я
University of Oxford	Велика Британія	Student Welfare & Support Services	Воркшопи, додатки, відеосерії
University of Melbourne	Австралія	Health and Wellbeing – Thrive module	Гейміфіковані онлайн-курси, трекари настрою

Розроблено автором

Український католицький університет практикує формат "відкритих зустрічей" з психологами, запрошеними експертами та менторську підтримку. Значну увагу приділяють розвитку спільнот серед студентів (peer-to-peer підтримка)⁷.

Закордонні практики реалізації психоосвітніх програм не суттєво відрізняються від українського досвіду, але більше наповнені застосуванням цифрових технологій. Зокрема, у США діє програма "Консультаційні послуги та послуги з охорони психічного здоров'я Гарвардського університету" (*Harvard University Counseling and Mental Health Services*), що включає психоосвітні курси "Стійкість і благополуччя" (*Resilience and Well-being*), відкриті групи підтримки, дні медитації та активності для ментального відновлення. Діє онлайн-платформа з доступом до освітніх матеріалів і самодіагностики⁸.

Оксфордський університет (Велика Британія) запровадив масштабну програму "Служби соціального забезпечення та підтримки студентів" (*Student Welfare & Support Services*), яка реалізує ініціативи на кшталт "Семінари з благополуччя" (*Wellbeing Workshops*), серію відеолекцій "Управління тривогою" (*Managing anxiety*), "Усвідомлене навчання" (*Mindful studying*), "Сон та академічний успіх" (*Sleep and academic success*). Студенти отримують буклети та доступ до мобільного додатку для психоемоційної самопідтримки⁹.

На базі університету Мельбурна (Австралія) діє платформа "Здоров'я та благополуччя" (*Health and Wellbeing*), яка пропонує спеціалізовані онлайн-курси, що інтегровані до системи навчання. Зокрема, до неї входять відеоуроки, вправи з майндфулнесу, трекари настрою, а також гейміфіковані тести з саморефлексії¹⁰.

Нами проаналізовано наявні в Україні цифрові ресурси, інтернет-сервіси, організації тощо, що здійснюють психоосвіту та допомогу у сфері психічного здоров'я. На основі аналізу

⁷ <https://ipz.ucu.edu.ua/pro-institut>

⁸ <https://camhs.huhs.harvard.edu>

⁹ <https://www.ox.ac.uk/admissions/graduate/why-oxford/support-and-welfare>

¹⁰ <https://eng.unimelb.edu.au/students/coursework/study-resources/wellbeing>

структуровано та відібрано основні ресурси, за допомогою яких студенти можуть отримати більше інформації з ментального здоров'я, здійснити скринінг свого психоемоційного стану та отримати необхідну допомогу.

На офіційному сайті Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка у розділі "Ментальне здоров'я студента", що розташований у головному меню, розроблено та розміщено ресурси з коротким описом та посиланнями, де кожний студент у вільному доступі може ознайомитись та отримати необхідну інформацію щодо ментального здоров'я (рис. 6).

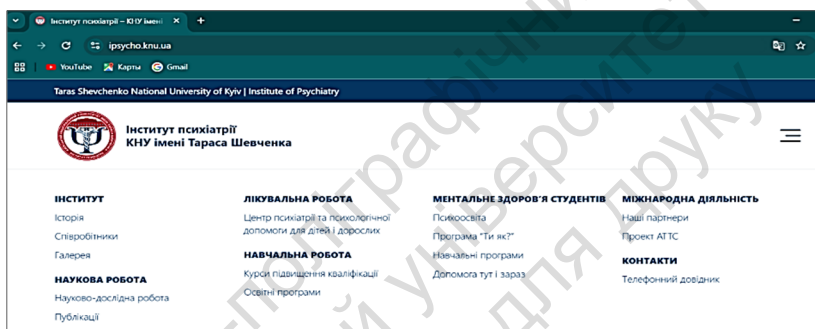


Рис. 6. Скрін головного меню сайту Інституту психіатрії¹¹

Розділ поділено на чотири основні складові:

1. **Психоосвіта** – тут розміщено ресурси, що здійснюють провітницьку діяльність з ментального здоров'я: YouTube-канал громадської організації "Безбар'єрність", сторінка Facebook "Психологічна допомога під час війни: "Усі Ми", сайт проекту Mental Health for Ukraine – MH4U, сайт Центру здоров'я та розвитку "Коло Сім'ї". Усі ці ресурси постійно оновлюють інформацію, надають відкритий доступ до провітницьких заходів і пропонують відкриті лекції з підтримки ментального здоров'я.

2. **Програма "Ти як?"** – тут розміщено інформацію Всеукраїнської програми ментального здоров'я "Ти як?", що спрямована на розбудову якісної системи надання послуг у сфері

¹¹ <https://ipsycho.knu.ua/>

психосоціальної підтримки та розвиток культури піклування про ментальне здоров'я.

3. Навчальні програми – розділ надає інформацію з можливості проходження навчання на онлайн-курсі **"Введення в профілактику, що заснована на доказах"** (INEP)¹² і проходження навчання з групового курсу "Самодопомога Плюс".

Переклад та імплементація онлайн-курсу українською здійснено фахівцями Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка та Карлового університету. Метою курсу є позитивні зміни в знаннях і ставленні студентів до питань, що пов'язані з уживанням психоактивних речовин. Курс INEP включено до програми практичної підготовки студентів факультету психології КНУ. Він налічує 10 онлайн-лекцій, відбувається у супроводі тренерів, які роз'яснюють окремі аспекти курсу.

Курс "Самодопомога Плюс" відбувається у режимі офлайн під керівництвом двох сертифікованих фасилітаторів на базі Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Студентам надано можливість пройти курс у рамках інтервенції; взяти участь у тренінгу з навчання фасилітаторів для проведення курсу.

4. Допомога тут і зараз. "Інструменти психологічної адаптації та реабілітації, їх аналіз" (*Mental Adaptation and Rehabilitation Tools and Analysis – MARTA*), онлайн-тренажер "Щасливий розум" (*Happy Mind*) для усунення психологічних проблем. На сайті розташовано комплекс вправ з когнітивної психології для покращення самопочуття), контакти Психологічної служби, покликання на онлайн-платформу Mindly, де можна записатися на консультацію до спеціаліста, Telegram-bot першої психологічної допомоги "Друг", лінія запобігання самогубствам LifeLine Ukraine, сайт проекту "Моє Коло", який допомагає українцям спільно проживати досвід війни та її наслідки в групах підтримки у супроводі психологів, і покликання на безкоштовну інтернет-платформу для психологічних консультацій "Розкажи мені".

¹² file:///C:/Users/user/Downloads/EUPC_Handbook_UKR_FINAL.pdf

Недостатня увага до підтримки психічного здоров'я студентів є актуальною проблемою, яку слід розв'язувати шляхом систематичного впровадження інноваційних і доступних підходів. Ініціатива створення розділу "Ментальне здоров'я студента" на офіційному сайті Інституту психіатрії стала значним кроком у напрямку підтримки ментального здоров'я студентів. Вона забезпечують доступ до якісних ресурсів, зокрема, навчальних програм, інструментів самодопомоги, а також до фахової психологічної підтримки. Розроблені заходи дали змогу:

- ♦ підвищити обізнаність студентів про психічне здоров'я та наявні інструменти допомоги;
- ♦ забезпечити доступ до ресурсів, які сприяють покращенню емоційного стану та розвитку навичок управління стресом;
- ♦ зменшити рівень стигматизації з питань психічного здоров'я, стимулювати відкриті дискусії в академічному середовищі;
- ♦ підтримати студентів через цифрові та офлайн-інструменти, що орієнтовані на швидкий доступ до психологічної допомоги.

Психоосвітні заходи у студентському середовищі є ефективним інструментом профілактики емоційних розладів, зниження рівня тривожності та підвищення загального рівня добробуту молоді. Вони створюють умови для формування стійких адаптивних стратегій поведінки, розвитку емоційної саморегуляції та формування свідомого ставлення до власного психічного здоров'я. Успішне впровадження таких заходів можливе лише за умови інтеграції психоосвіти до цілісної стратегії розвитку університетського середовища, в якому психічне здоров'я визнається пріоритетом, поряд із академічними досягненнями.

5.2. Груповий курс управління стресом для дорослих "Самопоміага Плюс"

Життя українських студентів у сучасних умовах є надзвичайно напруженим і сповненим численних викликів. Відсутність ефективних навичок управління стресом може мати серйозні наслідки для психічного здоров'я, що, своєю чергою, негативно впливає на здатність до навчання.

Усесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила груповий курс "Самодопомога Плюс" [Self-Help Plus] (SH+) з метою психологічного втручання для управління стресом і подолання негараздів (1). Ця інтервенція призначена для подолання проблем психічного здоров'я, що виникли внаслідок будь-яких труднощів, включаючи хронічну бідність, ендемічне насильство в громаді та гендерне насильство, довготривалі збройні конфлікти та переміщення. Він особливо спрямований на країни з величезними потребами, але обмеженим гуманітарним доступом. Його можна використовувати для подолання стресу у дорослого населення, незалежно від наявності діагностованого психічного захворювання. Курс запобігає виникненню психічних розладів.

Результати трьох рандомізованих контрольованих досліджень в країнах Західної Європи, Південного Судану й Туреччини показали значне зменшення психологічного стресу серед учасників, які пройшли курс SH+. Він виявився ефективною стратегією запобігання виникненню психічних розладів. Аналіз результатів дослідження показав, що SH+ не був ефективним одразу після втручання, але був пов'язаний зі сприятливим ефектом після шестимісячного спостереження, зважаючи на симптоми депресії, психологічні результати, що визначені особисто. SH+ групову самодопомогу під керівництвом фасилітатора можна швидко застосувати для великої кількості учасників, що приведе до значного зменшення психологічного стресу.

Досліджень з оцінювання ефективності курсу SH+ серед студентів у світі ще не здійснено. Тому нашою метою стало дослідження реакцій студентської молоді на інноваційний формат проведення та отримання відгуків для подальшого впровадження та оцінювання ефективності курсу щодо зменшення психологічного дистресу серед студентів.

SH+ не потребує багато часу для реалізації, натомість використовує формат керованої самодопомоги. Його подають через попередньо записаний аудіокурс, що доповнений посібниками та ілюстраціями. SH+ побудований таким чином, що

фасилітаторами можуть бути як спеціалісти з психічного здоров'я, так і будь які інші спеціалісти, що пройшли попереднє навчання з проведення курсу.

Аудіоматеріали передають ключову інформацію про управління стресом і супроводжують учасників під час виконання індивідуальних вправ та обговорень у малих групах. Письмове керівництво допомагає підготовленим неспеціалістам-фасилітаторам проводити курс з використанням аудіоматеріалів. Ілюстрована книга для самодопомоги, яку надають усім учасникам під час інтервенції, подає весь важливий зміст курсу з мінімальною кількістю тексту.

Курс SH+ ґрунтується на терапії прийняття та відповідальності (*Acceptance and Commitment Therapy* – АСТ). Це сучасний метод когнітивно-поведінкової терапії, який замість боротьби з негативними думками чи почуттями вчить приймати їх як частину досвіду та діяти, відповідно до власних цінностей. Курс SH+ спрямовано на формування в учасників нових способів адаптації до складних внутрішніх переживань, передусім через практики усвідомленості, які дозволяють не надавати цим переживанням домінуючий вплив.

Курс управління стресом містить п'ять сесій:

- ♦ заземлення;
- ♦ відчеплення з гачка;
- ♦ дії згідно з власними цінностями;
- ♦ виявлення доброти;
- ♦ створення простору.

Програма враховує специфіку життя студентів під час війни, дозволяючи їм ефективно використовувати отримані знання та вміння, що сприяє зміцненню психічного здоров'я в умовах постійного стресу та невизначеності.

У рамках наукового дослідження "Інноваційна модель захисту ментального здоров'я студентської молоді у воєнний та повоєнний періоди", що проведено за грантової підтримки Національного фонду досліджень України, з 06.10.23 по 16.02.24 р. проведено курс SH+ з чотирма групами студентів факультету психології Київського національного університету імені

Тараса Шевченка. Під час занять особливу увагу було приділено розвитку практичних навичок саморегуляції, підвищенню обізнаності причин стресу, способів його подолання, а також створенню підтримувальної групової атмосфери.

П'ять занять проведено протягом трьох-чотирьох тижнів, один або два сеанси на тиждень, як і передбачено курсом. Загальна тривалість одного заняття становила близько 90–100 хв. Кожне заняття включало приблизно 50 хв. попередньо записаного аудіозапису, 30–40 хв. інтерактивних занять та обговорення в малих групах.

На кожному занятті студенти отримували практичні знання та додатково могли ознайомитись з навичками, які наведено в книзі "Важливі навички в період стресу: Ілюстроване керівництво". Після кожного заняття студенти мали час для самостійного відпрацювання набутих навичок, що дозволяло їм ділитися враженнями від використання навичок у повсякденному житті.

Усім студентам, що проходили курс SH+, додатково надано два ілюстрованих посібника з посиланнями на аудіофайли для самостійного відпрацювання навичок між сесіями (рис. 7). Створено групи у месенджерах для обговорення питань, які виникли під час проведення курсу з тим, щоб фасилітатори могли на них відповісти поза межами занять.



Рис. 7. Посібники до курсу SH+ із посиланнями через QR-код

По завершенню кожного заняття студентам було запропоновано заповнити короткий опитувальник з оцінювання курсу та надання зворотного зв'язку щодо кожної сесії. Загальні результати свідчили про високий рівень задоволеності студентів участю в курсі: 85,3 % респондентів оцінили свій досвід як дуже задовільний, ще 14,7 % – як задовільний. Переважна більшість учасників наголосила на зростанні власних навичок надання психологічної допомоги в умовах стресу. Усі без винятку студенти зазначили практичну цінність отриманої під час курсу інформації, а 91,2 % слухачів повідомили про готовність рекомендувати курс SH+ своїм колегам.

Учасники повідомили про покращення здатності до емоційної регуляції, оптимізацію взаємин з соціальним оточенням і загальне підвищення якості життя. Вони підкреслили необхідність регулярного практикування набутих навичок, поряд із відповідальним й уважним ставленням до власного ментального здоров'я. Окремо студенти позитивно оцінили формат проведення курсу та атмосферу групової взаємодії під час занять, а також можливість обговорення власного досвіду з іншими учасниками.

Реалізація курсу "Самодопомога Плюс" в умовах університетського середовища продемонструвала його здатність бути ефективним механізмом психоосвіти. По-перше, це створює безпечний і підтримувальний простір для студентів, який сприяє осмисленню власного досвіду. По-друге, курс забезпечує учасників практичними інструментами й техніками для застосування в повсякденному житті з метою зниження рівня стресу та покращення загального самопочуття. Нарешті, участь у курсі сприяє підвищенню обізнаності щодо значущості психічного здоров'я, а також формуванню навичок самопідтримки й психологічної стійкості в умовах повсякденних викликів.

5.3. Гаряча лінія "Стоп Паніка"

За ініціативи Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка та Інституту розвитку громадянського суспільства імені Голди Меір (Ізраїль)

30 березня 2020 року було організовано Гарячу лінію психологічної підтримки "Стоп Паніка" для надання допомоги населенню України в умовах пандемії COVID-19. Однак із початком повномасштабної війни росії проти України фахівці Гарячої лінії переорієнтували свою діяльність на надання екстреної психологічної підтримки населенню, зокрема студентській молоді, для розв'язання проблем, що пов'язані, зокрема, із наслідками війни (2).

Основною метою Гарячої лінії "Стоп Паніка" є надання можливості кожній людині, яка перебуває в кризовому стані, отримати анонімну, кваліфіковану та своєчасну психологічну допомогу через Телефон Довіри (3). Гаряча лінія функціонує на волонтерських засадах, залучаючи для реалізації своїх завдань як фахівців, так і студентів-практикантів на безоплатній основі.

Для забезпечення професійного супроводу абонентів розроблено Положення про Гарячу лінію "Стоп Паніка", алгоритми психологічного консультування та патерни спілкування. Крім того, для консультантів створено умови професійного вдосконалення, які включають інструктажі, інтер- і супервізії. Реєстрація звернень громадян відбувається за спеціальною анкетною.

Звернення абонентів на Гарячу лінію "Стоп Паніка" охоплюють широкий спектр проблем, які відображають реалії воєнного часу та психоемоційний стан населення, зокрема студентської молоді (4). До основних тем звернень належать тривога та страхи, що спричинені несприятливими новинами та пережитими жахами; панічні атаки; емоційне вигорання; заострення стосунків у сім'ї; конфлікти з батьками, викладачами та однолітками; переживання з приводу втрати близьких; порушення психічного стану через травматичні події; нав'язливі суїцидальні думки, страхи, що пов'язані з навчальними труднощами; професійні негаразди; проблеми соматичного та психічного здоров'я; невпевненість у майбутньому тощо. Багато звернень також спричинені посттравматичним досвідом, що отриманий під час окупації чи участі в бойових діях.

Згідно з результатами аналізу основні причини звернень розподілено наступним чином: 40 % абонентів звернулися через паніку або панічні атаки, 15 % – потребували емоційної стабілізації, 14 % – повідомили про відчуття тривоги, 7 % – звернулися через наявність фобічних реакцій, 4 % – через переживання стресових станів.

Кожне звернення на Гарячу лінію "Стоп Паніка" є унікальним, тому перед консультантом постає завдання оперативно визначити проблему, з якою звернувся абонент, виявити її сутність, знизити емоційну напругу, допомогти знайти шляхи вирішення кризової ситуації, а також активізувати внутрішні ресурси абонента – особистісні, інтелектуальні та фізичні – для подолання труднощів.

Досвід Гарячої лінії "Стоп Паніка" свідчить про високу ефективність застосування поетапної моделі прийняття рішень під час телефонного консультування, яка базується на п'яти поступових кроках, кожен з яких відіграє важливу роль у забезпеченні якісної психологічної підтримки та допомагає досягти бажаного результату в процесі консультацій з абонентами (5).

1. Порозуміння та створення безпечного психологічного простору. На першому етапі основним завданням є встановлення контакту з абонентом і створення атмосфери довіри й безпеки. Психолог активно слухає абонента, демонструючи емпатію та беззаперечну підтримку. Важливо забезпечити комфорт для абонента, щоб він відчував психологічну безпеку, що сприятиме відкритості та дозволить йому вільно ділитися своїми переживаннями. Активне слухання, позитивна мова та налаштування на індивідуальний стиль спілкування допомагають знизити рівень тривожності та стресу в абонента, що є необхідною умовою для продуктивної консультації.

2. Ідентифікація проблеми та аналіз її контексту. На цьому етапі консультант прагне детально з'ясувати суть проблеми, з якою звернувся абонент, і здійснити її точну ідентифікацію. Для цього психолог ставить відкриті питання, які дозволяють абоненту висловити свої переживання, а також уточнює

контекст ситуації. Важливо не лише визначити проблеми, а й оцінити можливості абонента для їх вирішення, виявити рівень його внутрішніх ресурсів і готовність до змін. Аналіз ситуації дозволяє точно спрямувати подальшу бесіду, мінімізуючи ймовірність непотрібних або неефективних розмов.

3. Визначення бажаного результату та встановлення цілей. На цьому етапі консультант допомагає абоненту чітко усвідомити, яких результатів він прагне. Психолог разом з абонентом визначає конкретні цілі, які можуть включати зниження стресу, розв'язання конкретної життєвої ситуації або зміцнення психоемоційного стану. У цьому процесі важливо, щоб абонент самостійно визначив, що для нього є найбільш актуальним, а психолог допоміг правильно структурувати ці цілі. Спільне визначення бажаного результату є важливим аспектом для налаштування обох учасників на спільну роботу та забезпечує узгодженість дій.

4. Розроблення альтернативних варіантів розв'язання проблеми. Після визначення проблеми та цілей консультант разом з абонентом починає розробляти альтернативні варіанти її розв'язання. Важливим є використання творчого підходу: запропонувати різні способи вирішення ситуації, що дозволить абоненту оцінити всі можливі варіанти та обрати найбільш прийнятний для себе. Цей етап сприяє розвитку гнучкості мислення в абонента, відкриває для нього нові можливості, які він міг не помічати через емоційну напругу або стрес. Відпрацювання альтернатив дозволяє знизити відчуття безвиході та дає надію на успішне владнання ситуації.

5. Узагальнення, перехід від обговорення до дії. Підштовхування абонента до активної позиції. Завершальний етап спрямовано на перехід абонента від обговорення проблеми до практичного втілення знайдених рішень. Психолог на цьому етапі стимулює абонента до дій, підштовхуючи його до активної позиції і зміцнюючи його впевненість у своїх силах. Дуже важливо допомогти абоненту усвідомити, що він має ресурси для вирішення ситуації та здатен ужити необхідних

кроків. Психолог також може уточнити наступні кроки та забезпечити підтримку абонента в майбутньому для моніторингу результатів дій. Таким чином, цей етап сприяє не лише практичному вирішенню ситуації, але й розвитку самоефективності абонента.

Така структурована модель дозволяє консультанту Гарячої лінії ефективно працювати з абонентом, максимально використовуючи його внутрішні ресурси для подолання кризових ситуацій.

Протягом періоду функціонування Гарячої лінії "Стоп Паніка" на багатоканальний телефон надійшло понад тисячу звернень від громадян. Аналіз результатів онлайн-анкетування підтвердив, що діяльність лінії сприяла зниженню інтенсивності емоційних переживань і виявів дистресу, відновленню відчуття спокою та здатності абонентів регулювати свій емоційний стан і поведінку, а також донесенню інформації про місце розташування кризових центрів і можливість отримання своєчасної фахової психологічної допомоги за місцем проживання.

Особливо важливою є також підтримка психічного здоров'я самих консультантів. За результатами перехресного дослідження виявлено, що фахівці Гарячої лінії мали ознаки порушень психологічного благополуччя, зокрема симптоми депресії, тривоги та емоційного виснаження (6). Це свідчить про наявність у них підвищеного ризику розвитку психічних розладів, що вимагає уваги до їхнього психоемоційного стану та надання відповідної підтримки.

Таким чином, досвід функціонування Гарячої лінії "Стоп Паніка" свідчить про її важливу роль у наданні екстреної психологічної допомоги населенню України в умовах повномасштабної війни. Ефективність роботи Гарячої лінії забезпечує структурований алгоритм консультування, наявність розроблених методичних матеріалів, а також постійна супервізійна підтримка консультантів. Волонтерська основа функціонування лінії, яка включає як фахівців, так і студентів-практикантів, забезпечує можливість широкого

охоплення населення, водночас вимагаючи уваги до психологічного благополуччя самих консультантів. Загалом діяльність Гарячої лінії "Стоп Паніка" сприяла зниженню рівня емоційного дистресу, покращенню саморегуляції абонентів і підвищенню їхньої обізнаності щодо можливостей отримання професійної психологічної допомоги.

5.4. Інструменти ефективної організації навчальної роботи студентів в умовах вияву симптомів психічних порушень

З метою забезпечення ефективної організації навчальної роботи студентів в умовах виявлення симптомів психічних порушень як науково-педагогічний персонал, так і самі здобувачі освіти в рамках самодопомоги можуть застосовувати сучасні інструменти та методи, які мають підтверджену ефективність і продемонстрували дієвість у міжнародній практиці.

Пов'язані із психічними порушеннями втрата інтересу до навчання, психоемоційне виснаження та втома, що зумовлені порушеннями сну, погана концентрація уваги, інтенсивні тривожні думки та погіршення пам'яті, намагання впоратися зі стресовим навантаженням шляхом уживання речовин – усе це здійснює руйнівний вплив на когнітивні підсистеми, такі як сприйняття, увага, пам'ять, мислення. У свою чергу, навіть незначне порушення когнітивних функцій на тлі появи симптомів і розвитку проблем у сфері психічного здоров'я ускладнюють навчання та процес засвоєння знань і знижують академічну продуктивність студентів.

Одним серед основних негативних ефектів, які супроводжують появу симптомів психічних порушень і можуть негативно впливати на продуктивність навчання, є прокрастинація – явище, що характеризує постійне відтермінування виконання важливих і термінових завдань, навіть коли людина усвідомлює потенційні негативні наслідки. Дослідники визначають її як *хронічне зволікання*, що заважає досягненню поставлених цілей і викликає стрес і дискомфорт (7). Прокрастинація може

виникати з різних причин, включаючи страх невдачі та тривогу. Її часто асоціюють з порушеннями саморегуляції, за якого людина не здатна ефективно контролювати власні імпульси та планувати час.

Основні симптоми прокрастинації включають систематичне зволікання з початком або завершенням важливих завдань, низький рівень мотивації та неефективну організацію часу. Люди, що схильні до прокрастинації, зазвичай відчувають емоційний дискомфорт через незавершені справи, але продовжують уникати завдань, що потребують негайної уваги. Вони часто мають підвищений рівень стресу, почуття провини та незадоволеність собою. Як наслідок, прокрастинація може призвести до зниження продуктивності та погіршення загального психоемоційного стану.

Дослідження дозволяють виокремити кілька основних видів прокрастинації, що мають різні причини й механізми впливу на людину (7, 8).

♦ *Прокрастинація через уникнення.* Цей тип прокрастинації виникає, коли людина боїться критики або оцінювання. Вона уникає виконання завдань, аби не зіштовхнутися з потенційною невдачею чи негативною реакцією оточення.

♦ *Прокрастинація через перфекціонізм.* Люди, що схильні до перфекціонізму, можуть постійно вдосконалювати продукт своєї роботи, зволікаючи з його завершенням. Такі особи прагнуть ідеалу, а тому відкладають справи, якщо не впевнені у здатності виконати їх на найвищому рівні.

Прокрастинація через перевантаження. Коли людина стикається з великим обсягом завдань, вона може відчувати розгубленість і не знати, з чого почати. Вона відкладає всі завдання на потім, оскільки їй важко визначити пріоритети й структурувати роботу.

Прокрастинація компульсивного типу. Цей вид характерний для осіб, які легко відволікаються й шукають миттєвого задоволення. Вони можуть відкладати справи заради розваги чи інших приємних занять, що, своєю чергою, знижує їхню здатність до концентрації.

Отже, прокрастинація є складним і багатогранним явищем, що деструктивно впливає на когнітивну діяльність і може значно ускладнювати процес навчання та професійного розвитку. Розуміння типів і симптомів прокрастинації є першим кроком до її подолання та підвищення особистої ефективності. Зважаючи на руйнівний вплив прокрастинації дослідники розробили низку методик, що сприяють ефективнішому управлінню часом і знижують схильність до відкладання завдань. Використання таких технік, як "Помодоро", метод "двох хвилин", установа дедлайнів і метод винагороди допомагають покращити концентрацію та дисципліну, зменшити стрес і тривогу, що пов'язані з незавершеними справами.

Техніка "Помодоро" є ефективною стратегією подолання прокрастинації завдяки коротким, але інтенсивним робочим інтервалам. Її сенс – у використанні таймера для розподілу робочого часу на періоди по 25 хв., що чергуються з короткими перервами. Після чотирьох таких циклів рекомендують зробити тривалішу перерву (20–30 хв.). Методика, що розроблена Ф. Чірілло, допомагає покращити фокус і зменшити ймовірність зволікань (9). Дослідження підтверджують, що короткі перерви дозволяють уникнути втоми та підтримують високу концентрацію.

Метод "двох хвилин" базується на принципі виконання завдань, які можна завершити за дві хвилини або менше, негайно без відкладання. Запропонована Д. Алленом система "Виконання справ" (*Getting Things Done – GTD*) дозволяє швидко розчищати список справ від дрібних завдань, зменшуючи їх накопичення та ймовірність прокрастинації (10).

Поділ завдань на складові. Прокрастинація часто виникає через велику складність або обсяг завдання, що може викликати страх та спроби уникнення. Для подолання цього бар'єру ефективним є метод розбиття завдання на менші, простіші в досягненні підзавдання. Це зменшує психологічний тиск і робить роботу більш керованою, дозволяючи створити послідовний

план і поступово досягати кінцевої мети, що знижує ймовірність прокрастинації.

Установлення дедлайнів. Відсутність чітких термінів може призвести до зволікання у виконанні завдань. Для протидії цьому явищу рекомендують використовувати реалістичні кінцеві терміни. Відчуття терміновості стимулює когнітивну активність і допомагає концентруватися на завданні, уникнувши прокрастинації. Ефективність цього методу підтверджена дослідженнями та поведінковими експериментами, які свідчать, що обмеження часу покращує самоконтроль і мобілізує ресурси уваги.

Метод винагороди передбачає стимулювання власної мотивації за допомогою невеликих винагород за виконання завдань. Зокрема, можна обіцяти собі приємну активність (прогулянка, чашка кави тощо) після завершення складного завдання. Такий підхід формує позитивні асоціації з досягненнями та підтримує мотивацію.

Варто зазначити, що, крім прокрастинації, супутниками симптомів психічних порушень є втрата інтересу до навчання та погана концентрація уваги, що збільшують обсяг часу, який необхідний студенту для навчання та засвоєння знань. За таких умов для ефективного планування навчання та продуктивного використання часу, що необхідний для засвоєння знань і здобуття практичних навичок, здобувачі освіти можуть використати такі методики, як правило Парето, методи Critical Path і Critical Chain, а також матрицю Айзенхауера, що дозволяють структурувати процес навчання, оптимізувати час та зосередитися на найбільш важливих аспектах навчання.

Правило Парето базується на ідеї про те, що 80 % результатів досягають завдяки 20 % зусиль. Це правило ефективне для розподілу часу, оскільки допомагає визначити найбільш важливі завдання, які принесуть основний результат. У навчальному контексті цей принцип дозволяє студентам зосередитися на тих діях, що матимуть максимальний вплив на їхні

академічні результати. Наприклад, підготовка до іспиту може бути структурована таким чином, щоб основну увагу було приділено найбільш складним і важливим темам, що потребують ретельного опрацювання.

Метод критичного шляху (Critical Path Method) використовують для оптимізації процесу виконання завдань, допомагаючи визначити найкоротший час, що необхідний для завершення проєкту (рис. 8). Метод включає побудову графіка всіх завдань у рамках одного проєкту (зокрема, підготовку курсової роботи) та виділення завдань, які мають найважливіше значення, найбільшою мірою впливають на кінцевий результат (11). Завдання, що лежать на критичному шляху, не можуть бути відкладені без впливу на загальний термін завершення проєкту. Використання методу Critical Path дозволяє студентам організувати підготовку для виконання завдань послідовно та з мінімальними перервами, забезпечуючи дотримання термінів.

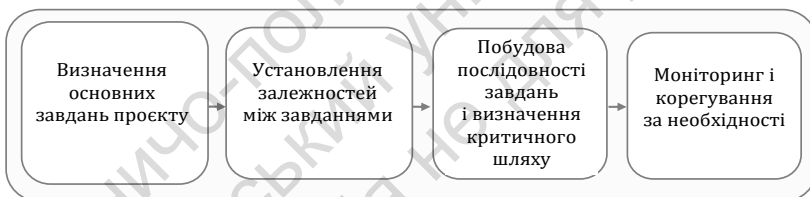


Рис. 8. Алгоритм застосування методу критичного шляху

Створено авторами за (11)

Метод критичного ланцюга (Critical Chain Method) є варіацією методу критичного шляху, але включає управління ресурсами (часом і зусиллями) для кожного завдання. У методі додаються буфери часу до завдань на критичному шляху, що дозволяє зменшити ризик затримок. Критичний ланцюг зосереджено на оптимальному задіянні всіх ресурсів у потрібний час, уникнувши простою або дублювання зусиль. У студентському навчанні цей метод може бути корисним для написання кваліфікаційної роботи або підготовки до іспитів,

коли важливо дотримуватися плану та враховувати непередбачувані обставини.

Матриця Айзенхауера дозволяє підвищувати ефективність навчальної роботи студентів через установалення пріоритетів на основі двох критеріїв: важливість і терміновість. Матриця ділить завдання на чотири категорії:

- 1) термінові та важливі (негайне виконання);
- 2) важливі, але не термінові (планування для виконання в майбутньому);
- 3) термінові, але не важливі (рекомендовано делегувати або мінімізувати);
- 4) не термінові й не важливі (уникати чи видаляти з плану).

Використання матриці Айзенхауера допомагає студентам правильно розподілити час, зосередившись на найбільш важливих навчальних завданнях. Зокрема, термінові завдання можуть включати підготовку до іспиту, а важливі, але не термінові завдання – є регулярною роботою над курсовим проектом, який має довготривалий дедлайн. Такий підхід допомагає уникнути прокрастинації та раціонально організувати навчальний процес.

Метод "Таймбоксингу" є технікою управління часом, за якої кожному завданню приділяють фіксований проміжок часу (т. зв. таймбокс). Цей підхід дозволяє уникнути небажаних затримок у виконанні завдань, оскільки студент фокусується на виконанні завдання в межах виділеного часу, а не на ідеальному результаті. Це стимулює швидкість і зосередженість, а також допомагає краще організувати час, що особливо корисно при підготовці до багатьох іспитів чи виконанні великих завдань у стислі терміни (12).

Для забезпечення ефективного управління часом і досягнення особистих цілей важливо обрати метод або техніку, що найкраще відповідає потребам і ситуації кожного студента. Мапа вибору методу дозволить студентам оцінити різні аспекти своєї діяльності та обрати оптимальний підхід для управління своїм навчальним процесом.

Процес вибору оптимального методу організації навчальної роботи включає такі етапи:

I. Визначення цілей і потреб. Першим кроком необхідно оцінити власні цілі, завдання та тип діяльності. Зокрема, студенти можуть потребувати більш структурованих підходів, таких як метод критичного шляху, або дотримуватися дедлайнів. Натомість для когось, хто має багато різнопланових завдань протягом дня, більш прийнятним буде метод матриці Айзенхауера.

II. Аналіз особистих особливостей і звичок. Важливо врахувати власні особисті звички, зокрема схильність до прокрастинації, рівень концентрації та здатність підтримувати мотивацію. Зокрема, метод "Помодоро" ефективний для тих, хто потребує регулярних коротких перерв для підтримки концентрації, тоді як правило Парето корисне для фокусування на ключових завданнях, що приносять основний результат.

III. Оцінювання пріоритетності завдань. Вибір методу має враховувати пріоритетність завдань у конкретний період часу. Зокрема, метод матриці Айзенхауера є корисним для тих, хто має багато завдань різної важливості й терміновості, оскільки дозволяє класифікувати їх за пріоритетами та уникнути прокрастинації.

IV. Вибір техніки залежно від типу завдань і часових обмежень. Після визначення потреб, особистих звичок і пріоритетності завдань можна обрати найбільш відповідну техніку або метод. Для завдань, що вимагають послідовного виконання й точного дотримання термінів, оптимальним є методи Critical Path і Critical Chain, оскільки вони дозволяють структурувати проєкт з урахуванням зв'язків між етапами.

Полегшити та оптимізувати вибір найбільш доречного та ефективного інструменту організації навчальної діяльності студентів в умовах виявлення симптомів психічних порушень дозволяє матриця вибору (табл. 20). Застосування матриці дозволяє комплексно врахувати ступінь складності завдання, терміновість та інші фактори та обрати метод, що в конкретних умовах буде найбільш корисним для підтримки належної продуктивності навчальної діяльності студентів.

Таблиця 20. Матриця вибору оптимального методу управління навчальною діяльністю

Рівень невизначеності та потреба у гнучкості (вісь Х)		
Складність і тривалість завдань (вісь Y)	Низька невизначеність, висока структурованість	Висока невизначеність, потреба у гнучкості
Короткотривалі завдання	<i>Метод "Таймбоксинг"</i> Чітке виділення часу на завдання допомагає уникнути зайвих часових витрат і завершувати завдання вчасно	<i>Матриця Айзенхауера</i> Пріоритизація завдань за важливістю й терміновістю задля зосередження на найважливіших діях
Довготривалі та комплексні завдання	<i>Метод критичного шляху</i> Підходить для складних проєктів із жорсткими дедлайнами, допомагає визначити ключові етапи та мінімувати затримки	<i>Метод критичного ланцюга</i> Допомагає впоратися з невизначеністю у проєктах, виділяючи резерви часу та ресурсів для гнучкості
		<i>Правило Парето (80/20)</i> Використовують гнучко для оцінювання – де саме зосередити зусилля за умов постійних змін

Складено авторами

Складність і тривалість завдань (вісь Y). *Короткотривалі та відносно прості за композицією завдання* зазвичай не потребують складного планування або довготривалих зусиль, вони мають бути виконані швидко в рамках конкретного часу (зокрема, навчальний день). Для таких завдань годяться методи, які дозволяють швидко фокусуватися та завершувати дії без зайвої підготовки. *Довготривалі та комплексні завдання* вимагають систематичного підходу та розподілу ресурсів на кілька етапів – важливо чітко визначати пріоритети, установлювати етапи та дедлайни, аби не втратити контроль над проектом.

Рівень невизначеності та потреба у гнучкості (вісь X). *Низька невизначеність і відсутність потреби у гнучкості* означає наявність чіткого розуміння структури завдання та усвідомлення термінів виконання. Тут ефективно працюють методи, які базуються на структурі та дисципліні, зокрема, "Таймбоксинг" або "Метод критичного шляху".

Висока невизначеність і потреба у гнучкості виникають, коли ситуація вимагає адаптації, зокрема, коли завдання змінюються, виникають нові пріоритети або відсутня чіткість у вимогах. Для таких умов підходять більш адаптивні методи, такі як "Матриця Айзенхауера" або "Метод критичного ланцюга", який включає *буфер часу*.

Розроблена матриця допомагає студентам зрозуміти, які інструменти управління часом найкраще відповідають поставленим перед ними завданням та умовам їх виконання, сприяючи зниженню ментального тягаря та підвищенню навчальній ефективності. Правильне та вчасне застосування обраних за допомогою матриці методів допоможе запобігти прокрастинації, сприятиме кращому засвоєнню знань і поліпшенню навичок планування часу, що позитивно впливатиме на академічні результати та загальний психологічний стан здобувачів освіти.

Джерела та література

1. JoAnne E. Epping-Jordan, Russ Harris, Felicity L. Brown, et al. Self-Help Plus (SH+): a new WHO stress management package. First published: 22 September 2016. <https://doi.org/10.1002/wps.20355>

2. Степанова Н. Ментальне здоров'я студентів: потреба у підтримці в умовах війни. Науковий збірник за матеріалами конференції "Медична фізика – сучасний стан, проблеми, шляхи розвитку. Новітні технології", 2025, 1(1), 354-361. <https://doi.org/10.17721/3041-1491/2024.11-46>

3. Palii V., Velykodna M., Pereira M. et al. The experience of launching a psychological hotline across 21 countries to support Ukrainians in wartime. *Mental Health and Social Inclusion*, 2023; 28 (4). <https://doi.org/10.1108/MHSI-04-2023-0040>

4. Shraga Y., Pushkarskaya H., Sarid O. Psychological first aid for Ukrainian civilians: protocol and reflections on a volunteer international phone-based intervention. *Frontiers in digital health*, 2025; 7, 1539189. <https://doi.org/10.3389/fdgh.2025.1539189>

5. Коваль І. С. Телефонне консультування як екстрена психологічна допомога : метод. рекомендації / І. С. Коваль, О. В. Шибрук. Львів : ЛДУ БЖД, 2014. 29 с.

6. Pinchuk I., Goto R., Pimenova N. et al. Mental health of helpline staff in Ukraine during the 2022 Russian invasion. *Eur Psychiatry*. 2022 Aug 10;65(1):e45. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2306. PMID: 35946339; PMCID: PMC9486828.

7. Steel P. The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*; 2007, 133(1):65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>

8. Rozental A., Carlbbring P. Understanding and Treating Procrastination: A Review of a Common Self-Regulatory Failure. *Psychology*, 2014; 5(13):1488–1502. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.513160>

9. Cirillo F. *The Pomodoro Technique: The Acclaimed Time-Management System That Has Transformed How We Work*. Crown, 2018. – 160 p. ISBN1524760714, 9781524760717

10. Allen D. Getting Things Done: The Art of Stress-Free Productivity. 2002. Piatkus Books, ISBN: 0749922648

11. Landau P. Critical Chain in project management: A quick guide. 2024. <https://www.projectmanager.com/blog/critical-chain-in-project-management-a-quick-guide>

12. University of St. Augustine for Health Sciences. Time management techniques: A guide to using the most effective time management strategies. <https://www.usa.edu/blog/time-management-techniques/>

Розділ 6

ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ У СФЕРІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

6.1. Мобільні рішення для підтримки психічного здоров'я

У контексті цифровізації освіти та соціального життя студентів усе більшого значення набувають технологічні інструменти підтримки психічного здоров'я. Цифрові рішення забезпечують оперативність, доступність і гнучкість у наданні психосоціальної допомоги, зменшуючи бар'єри до звернення по підтримку, зокрема страх стигматизації, часові обмеження або географічну віддаленість (1, 2).

На міжнародному рівні цифрові технології активно інтегрують до систем охорони психічного здоров'я як ефективні інструменти підтримки молоді. Зокрема, платформа SilverCloud Health, що пропонує онлайн-програми терапії, уже інтегрована до системи Національної служби здоров'я Великобританії (NHS) в межах програми Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (3). Уряд Австралії запроваджує платформи MindSpot і Head to Health у межах державної стратегії e-Mental Health; Канада реалізує національну платформу Wellness Together Canada, що поєднує психосвітні ресурси, автоматизовану підтримку та онлайн-консультації (4, 5). У скандинавських країнах, зокрема, Швеції (Internetpsykiatri.se) та Данії (Mindhelper.dk), подібні інструменти вже є складовою державних послуг. Такі приклади підкреслюють стратегічну важливість цифрових інтервенцій, що визнано й на рівні ВООЗ та Європейської комісії як частину глобального підходу до постпандемічного відновлення (6, 7).

Попит на мобільні рішення для підтримки психічного здоров'я неухильно зростає у всьому світі. Це зумовлено низкою причин:

- ♦ технологічний розвиток зростання проникнення цифрових технологій зробив додатки для психічного здоров'я загальнодоступними;
- ♦ глобальні кризи та пандемія стали катализатором у поширенні застосунків для психічного здоров'я через обмежений фізичний доступ до послуг;
- ♦ зміна ставлення суспільства до психічного здоров'я, попри те, що стигматизація залишається поширеною проблемою, обізнаність про важливість психічного здоров'я дедалі зростає.

На рис. 9 подано динаміку кількості пошукового запиту "Mental health app" у період з 1 січня 2010 року по 27 вересня 2024 року (дані з усього світу).

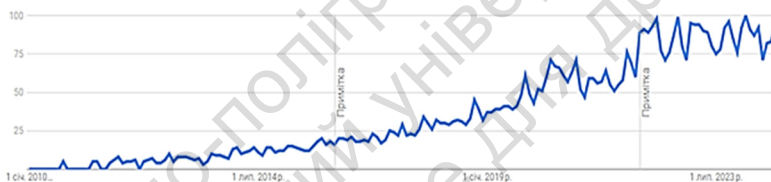


Рис. 9. Динаміка кількості пошукового запиту "Mental health app"

Джерело: Google Trends

У контексті зростання розповсюдженості психічних розладів серед молоді цифрові технології все активніше позиціонуються як перспективний канал надання психологічної допомоги, підтримки та профілактики. До 50 % психічних розладів виникають у віці до 14 років, а близько $\frac{3}{4}$ усіх випадків – до 24 років (8). Це зумовлює критичну потребу в доступних і масштабованих інтервенціях, що орієнтовані на цю вікову групу. Водночас молодь вирізняється високим рівнем цифрової компетентності, що робить її найбільш відкритою до прийняття технологічних рішень у сфері психічного здоров'я.

Цифрові інструменти відкривають нові можливості для комплексного впливу на психоемоційний стан студентської молоді. Вони не лише підвищують доступність фахової психологічної допомоги, а й сприяють ранньому виявленню психічних проблем, розвитку навичок саморегуляції, зростанню ментальної обізнаності та залученню до мереж соціальної підтримки.

Нижче представлено основні функції цифрових рішень, що орієнтовані на підтримку ментального здоров'я молоді (рис. 10).

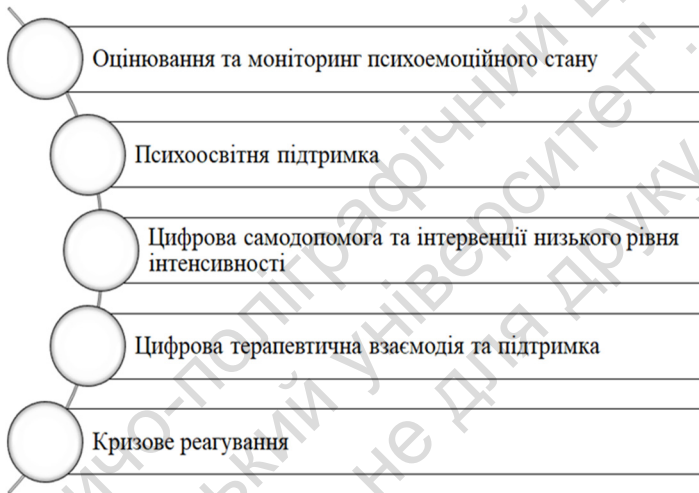


Рис. 10. Функціональні напрями цифрових інструментів підтримки ментального здоров'я

Розроблено автором

Оцінювання та моніторинг психоемоційного стану

Функція оцінювання та моніторингу психоемоційного стану є ключовим компонентом цифрових інструментів у сфері ментального здоров'я молоді, зокрема студентської. Її реалізація забезпечує як первинне виявлення симптомів емоційного неблагополуччя, так і динамічне відстеження змін психічного стану впродовж часу. Згідно із сучасними підходами у сфері цифрової психічної охорони здоров'я (digital mental health), регулярний самозвіт користувача та аналіз

поведінкових даних можуть виступати альтернативою або доповненням до традиційних клінічних процедур скринінгу, підвищуючи їх доступність і контекстуальну чутливість.

Цифрові інструменти використовують як стандартизовані психометричні шкали, так і власні алгоритмічні моделі, що побудовані на самооцінюванні настрою, сну, активності, харчової поведінки тощо. Багато платформ поєднують кількісні показники з якісними даними: зокрема, щоденниками емоцій, відкритими відповідями чи мовними патернами у чатах, що дозволяє створити комплексний профіль психоемоційного благополуччя людини. Моніторингова складова цифрових інтервенцій часто реалізується через інструменти:

- ♦ щоденних або щотижневих опитувань із візуалізацією динаміки на графіках;
- ♦ push-нагадувань для регулярного самопостереження;
- ♦ адаптивних інтерпретацій результатів з рекомендаціями;
- ♦ використання сенсорних даних зі смартфонів або фітнес-браслетів (пульс, рівень активності, якість сну тощо).

На основі таких даних інструменти можуть формувати ризикові профілі користувачів, надсилати рекомендації або активізувати попереджувальні механізми, якщо спостерігається стійке погіршення показників.

Приклади цифрових ресурсів, що інтегрують інструменти оцінювання та моніторингу психоемоційного стану:

- ♦ MindDoc – мобільний застосунок, який щодня пропонує користувачу серію запитань для оцінювання емоційного стану, створює аналітичні звіти та може бути використаний у терапевтичному процесі;
- ♦ Youper – платформа, яка поєднує ШІ-чат із інструментами моніторингу тривожності, депресії та емоційної реактивності, використовуючи клінічно валідовані шкали;
- ♦ Sanvello – мобільний застосунок із трекером настрою та стану, що включає графіки змін і можливість поділитися результатами з фахівцем.

Психоосвітня підтримка

Психоедукація є невід'ємною складовою профілактичних та підтримувальних стратегій у сфері охорони психічного

здоров'я. У цифрових інструментах, що орієнтовані на молодіжну аудиторію, цей напрям реалізується через інтерактивні формати подання знань, що сприяють формуванню ментальної обізнаності (mental health literacy), зниженню рівня стигматизації та розвитку навичок самодопомоги.

У науковій літературі психоосвіту розглядають як систематизоване інформування про природу психічних розладів, їх симптоматику, механізми виникнення, можливості лікування, а також ефективні coping-стратегії (9). Особливої актуальності вона набуває в умовах інформаційного навантаження, що зростає, та водночас браку достовірних знань серед молоді, що підсилює ризики пізньої діагностики та самостигматизації.

Цифрові інтерфейси дозволяють реалізувати психоосвітні модулі у форматах:

- ♦ коротких відео з поясненнями психологічних явищ;
- ♦ інтерактивних курсів із перевіркою знань (quiz, flashcards);
- ♦ гейміфікованих сценаріїв (зокрема, проходження "ментального квесту");
- ♦ візуальних інфографік;
- ♦ аудіоформатів (подкасти, міні-лекції).

У платформах для самодопомоги психоосвітня функція часто передує терапевтичним інтервенціям, пояснюючи користувачу суть пропонованих технік. Для молодіжної цільової аудиторії ефективними виявляються саме мультимедійні формати подання, що адаптовані до короткотривалого зосередження уваги та специфіки цифрової комунікації.

Приклади цифрових платформ з психоосвітнім компонентом:

- ♦ Headspace – пропонує короткі анімовані відео та аудіогіди з поясненнями основ майндфулнесу, стрес-менеджменту та сну;
- ♦ Happify – використовує гейміфіковані вправи й курси на основі позитивної психології та когнітивно-поведінкової терапії;
- ♦ BeMe Health – інноваційна платформа для підлітків, яка поєднує психоосвітні мікровідео з практичними порадами щодо емоційного благополуччя;
- ♦ PsyToolkit – ресурс з інтерактивними вправами, що супроводжують наукові пояснення базових психологічних процесів.

Цифрова самодопомога та інтервенції низького рівня інтенсивності

У контексті зростаючої потреби у масштабованих рішеннях для підтримки ментального здоров'я студентів особливої актуальності набувають цифрові інтервенції низького рівня інтенсивності, що орієнтовані на самодопомогу. Цей підхід базується на ідеї забезпечення психологічної підтримки без обов'язкової участі фахівця, із залученням алгоритмізованих програм, інтерактивних вправ, гейміфікаційних механізмів або інструментів когнітивної реконструкції.

У науковому дискурсі цифрову самодопомогу визначають як систему структурованих дій користувача, що спрямовані на покращення власного психоемоційного стану за допомогою цифрових засобів (10). Основою таких інтервенцій є модулі, які відображають ключові принципи доказових психотерапевтичних практик, зокрема, когнітивно-поведінкової терапії, технік емоційної саморегуляції, мотиваційного інтерв'ювання.

Завдяки асинхронному та автономному характеру цифрові програми самодопомоги є особливо зручними для студентської молоді, яка водночас прагне автономії у вирішенні особистісних труднощів і відчуває бар'єри у зверненні до фахівців.

Основні елементи таких інтервенцій включають:

- ♦ ведення журналу настрою або думок;
- ♦ виконання вправ з когнітивної реструктуризації;
- ♦ медитації, дихальні практики та вправи на тілесну усвідомленість;
- ♦ постановку цілей, відстеження звичок, підсилення мотивації;
- ♦ інтерактивні сценарії для подолання тривожності, апатії, прокрастинації.

Приклади цифрових інструментів самодопомоги:

- ♦ Woebot – ШІ-бот, що заснований на техніках когнітивно-поведінкової терапії; допомагає користувачу у реальному часі рефлексувати над своїми думками, пропонуючи індивідуалізовані мікроінтервенції;

- ♦ MoodMission – застосунок, який пропонує конкретні дії для зменшення тривожності або покращення настрою, базуючись на попередньо виявленому стані користувача;

- ♦ CBT-i Coach – інструмент для самостійного подолання порушень сну, що розроблений фахівцями Департаменту у справах ветеранів США;

- ♦ Smiling Mind – програма з майндфулнес-медитаціями для молоді та підлітків, яка пропонує адаптовані до віку сценарії на базі емпірично перевірених технік.

Цифрова терапевтична взаємодія та підтримка

Розвиток цифрових технологій у сфері ментального здоров'я відкриває нові формати терапевтичної взаємодії, які долають традиційні бар'єри доступу до психологічної допомоги – часові, географічні, економічні та соціокультурні. Цифрова терапевтична взаємодія охоплює широкий спектр форм – від синхронної (реального часу) до асинхронної комунікації з фахівцем, а також моделі, що базуються на гібридній підтримці, поєднуючи автоматизовані інтервенції з людською участю.

У контексті студентської та загалом молодіжної аудиторії такі рішення є особливо релевантними, зважаючи на схильність до онлайн-комунікації, прагнення анонімності та бажання самостійно контролювати інтенсивність терапевтичного контакту (11). Крім того, цифрова взаємодія розширює потенціал "раннього втручання", дозволяючи фахівцю виявити симптоми ще до їх клінічного загострення. Дослідження свідчать, що ефективність цифрової терапевтичної взаємодії у форматі текстової або відеоконунікації може бути сумірною з традиційною очною терапією, особливо за розладів на рівні легкої та помірної інтенсивності (12).

Функціонально цифрова терапевтична підтримка може бути реалізована у форматі:

- ♦ чату або месенджер-комунікації з психологом;
- ♦ відео- або аудіосесій через захищені платформи;
- ♦ надання фахових коментарів до даних користувача (щоденники, оцінки стану);

- ♦ регулярного check-in спеціаліста з моніторингу динаміки;
- ♦ групової терапії у віртуальному форматі (peer-moderated або фахово модеровані сесії).

Платформи цифрової терапевтичної взаємодії:

- ♦ BetterHelp – одна з найбільших платформ для онлайн-консультацій з ліцензованими психотерапевтами у форматах чату, аудіо та відео;
- ♦ Talkspace – надає доступ до фахівців із можливістю постійного листування та призначення сесій, має окремі модулі для підлітків і студентів;
- ♦ Plumt – спеціалізована британська платформа, що забезпечує короткотривалу терапевтичну підтримку молоді через текстові повідомлення та Zoom-сесії.

Кризове реагування

Функція кризового реагування у цифрових інструментах психічного здоров'я є критично важливою з огляду на потенційно небезпечні стани, які можуть виявлятися у молоді, зокрема суїцидальні думки, акти самоушкодження, панічні напади або гостра дезорганізація поведінки. Згідно з даними ВООЗ, самогубство є четвертою за поширеністю причиною смерті серед молоді віком 15–29 років (13), що підкреслює необхідність оперативного реагування та захисту вразливих груп.

У цифрових середовищах кризове реагування реалізують за допомогою комплексних технологічних і комунікаційних механізмів, які включають:

- ♦ автоматизоване виявлення кризових маркерів (за текстовими, поведінковими чи біометричними сигналами);
- ♦ контекстуальне інформування користувача про доступні ресурси (гарячі лінії, чати підтримки, SOS-функції);
- ♦ алгоритмічне перенаправлення до фахівця або модератора у випадку виявлення високого ризику;
- ♦ інтеграцію функцій "панічної кнопки" або миттєвого зв'язку з довіреною особою;
- ♦ надання стабілізаційних інтервенцій (дихальні вправи, техніки заземлення) у реальному часі.

Особливої ваги набуває етичний аспект – баланс між конфіденційністю користувача та необхідністю інтервенції за ситуацій, що загрожують життю. Практика багатьох платформ демонструє можливість гнучких протоколів реагування, які не порушують автономії, але забезпечують профілактику критичних станів.

Серед цифрових ресурсів з функціями кризового реагування варто виокремити наступні:

- ♦ Crisis Text Line – безкоштовна служба кризового текстового супроводу, яка працює цілодобово у США, Канаді, Великій Британії та Ірландії. Використовує спеціально навчений ШІ для виявлення пріоритетних повідомлень;

- ♦ Calm Harm – застосунок для підлітків, що схильні до самошкодження; містить швидкодоступні вправи з емоційної стабілізації й кризового самоконтролю;

- ♦ Mindstrong – система, яка за допомогою пасивного моніторингу (аналіз патернів поведінки в смартфоні) прогнозує потенційні епізоди психічної декомпенсації та попереджає фахівців;

- ♦ Wysa – ШІ-чатбот, що виявляє ризикові висловлювання користувача та пропонує негайні інтервенції, зокрема, пере-направлення до гарячих ліній.

Таким чином, узагальнюючи функціональні характеристики, принципи дії та контексти застосування цифрових інструментів, що спрямовані на підтримку ментального здоров'я студентської молоді, постає потреба їх систематизації за низкою змістових і технологічних ознак. Типологізація таких інструментів дає змогу не лише структурувати їх, відповідно до функціонального призначення, форм взаємодії та ступеня професійного супроводу, а й оцінити рівень технічної складності, масштабованість і потенціал персоналізації. У наведеній нижче класифікації окреслено ключові вектори аналізу, що відображають багатовимірну природу сучасних цифрових рішень у сфері психічного здоров'я (рис. 11).



Рис. 11. Класифікація цифрових інструментів у сфері психічного здоров'я

Розроблено автором

Питання етичності та конфіденційності у цифрових інтервенціях ментального здоров'я молоді

Активне впровадження цифрових інструментів до сфери психічного здоров'я супроводжує комплекс етичних викликів, що мають особливу значущість у роботі з молоддю – віковою групою, яка є водночас є вразливою та глибоко інтегрованою до цифрових комунікаційних середовищ. Проблема конфіденційності, етичного використання даних, прозорості алгоритмів і відповідальності за прийняття рішень набуває критичного значення у випадках, за яких ідеться про

роботу з особистими психоемоційними профілями, суїцидальними ризиками, а також залученням алгоритмічних систем у прийняття рішень.

Етичні ризики у цій сфері умовно поділяють на чотири рівні: а) ризики збирання й обробки даних; б) ризики у взаємодії інтерфейсу з користувачем; в) ризики алгоритмічної інтерпретації; г) ризики передавання чи втрати контролю над даними.

А) Конфіденційність і захист персональних даних

Користувачі цифрових інструментів ментального здоров'я нерідко надають надзвичайно чутливу інформацію, що може охоплювати епізоди самоушкодження, тривожні або суїцидальні думки, випадки насильства, сімейні конфлікти чи інші психотравмуючі обставини. У цьому контексті питання конфіденційності постає як фундаментальний етичний принцип, який має бути забезпечений на всіх етапах функціонування інструменту. Зокрема, необхідним є застосування сучасних методів шифрування даних як під час їх передавання, так і при збереженні на серверах.

Б) Інформована згода та цифрова компетентність

Інформована згода є базовим етичним і правовим принципом у сфері цифрових технологій, що стосуються ментального здоров'я. Етично припустиме використання цифрового інструменту передбачає, що кожен користувач надає згоду добровільно, свідомо й на основі повного розуміння того, як саме функціонує система. Така згода має ґрунтуватися на чіткому усвідомленні: які саме дані збирають, у який спосіб і хто може мати до них доступ, які потенційні ризики пов'язані з обробкою цих даних, як можна відкликати згоду або повністю видалити особисту інформацію з платформи.

В) Етичність алгоритмічних рішень

Особливе етичне навантаження несуть цифрові інструменти, які використовують алгоритмічні компоненти, зокрема, штучний інтелект або машинне навчання для прийняття рішень, що безпосередньо впливають на емоційний стан користувача. Ідеться, зокрема, про чат-боти, які реагують на маркери

дистресу, або про системи, що прогнозують ризик суїцидальної поведінки та автоматично ініціюють кризову інтервенцію. Застосування таких технологій породжує низку складних етичних викликів. Насамперед це проблема непрозорості алгоритмів, коли принципи прийняття рішень незрозумілі як для користувачів, так і для фахівців (феномен т. зв. "black box AI"). Іншою проблемою є відсутність механізмів апеляції чи оскарження дій системи, що позбавляє користувача права на критичну рефлексію або втручання.

Г) Цифрова безпека та кіберризик

Цифрова безпека є ключовим аспектом етичного функціонування інструментів ментального здоров'я, особливо в роботі з молоддю, яка активно використовує онлайн-середовища, але не завжди усвідомлює пов'язані з цим ризики. Незахищені цифрові сервіси можуть стати мішенню для кібератак, несанкціонованого доступу або втрати даних, що становить реальну загрозу для психоемоційного стану користувача. Витік чутливої інформації, зокрема даних про психічне здоров'я, історію кризових епізодів або особисті переживання, може призвести до глибокого почуття уразливості, сорому чи навіть стигматизації. Саме тому безпека цифрових інструментів має включати багаторівневе шифрування даних, обов'язкову автентифікацію користувача, регулярні технічні аудити та тестування на вразливість системи.

Персоналізація та адаптивність інтерфейсів у цифрових інструментах ментального здоров'я студентів

У контексті роботи з різномірною за віком студентською спільнотою, когнітивними стилями, рівнем емоційної регуляції тощо, персоналізація набуває особливого значення для підвищення ефективності втручання, залученості користувача та зниження ризиків відторгнення від платформи. Для українських студентів, що навчаються в умовах повномасштабної війни, персоналізований підхід до цифрової підтримки є не просто бажаним, а необхідним. Психоемоційний стан студентів часто ускладнений досвідом внутрішнього переміщення, розривом соціальних зв'язків або втратою відчуття

стабільності. За таких умов персоналізація передбачає не лише адаптацію контенту до індивідуально-психологічних параметрів, а й урахування просторово-соціального контексту, в якому перебуває користувач.

Цифрові платформи мають бути здатні реагувати на змінні зовнішні умови, як-от обмежений або нестабільний доступ до інтернету, перебування в укритті, навчання в умовах тривалих повітряних тривог. Це потребує створення асинхронних, малоресурсних інтервенцій, які можуть бути виконані фрагментарно, з можливістю паузи або повернення до попередніх кроків.

Водночас адаптивність інтерфейсу має враховувати можливі наслідки психологічної травматизації, зокрема емоційне виснаження, знижений рівень мотивації, підвищену вразливість до директивних формулювань. У цьому контексті перевагу надають гнучким емпатичним форматам взаємодії, які залишають за користувачем право контролювати темп, інтенсивність і форму комунікації.

Представлена нижче модель відображає багаторівневу структуру чинників, що мають бути інтегровані до дизайну персоналізованих цифрових інтервенцій для підтримки психічного здоров'я студентської молоді в умовах війни (рис. 12). Модель репрезентує принцип ієрархічної адаптації цифрових рішень, де кожен рівень обумовлює специфіку функціонування наступного.

Базовим шаром виступає контекст перебування студента, який визначає зовнішні обставини його життєдіяльності (досвід внутрішнього переміщення, проживання в прифронтовій зоні) й опосередковує вплив на психоемоційний стан. Наступні рівні – емоційно-поведінковий профіль і ресурсність – фіксують динаміку психологічного реагування, доступ до внутрішніх адаптаційних механізмів і здатність до залучення в інтервенційний процес. Зовнішній рівень, що стосується формату взаємодії, репрезентує техніко-комунікативні параметри, які повинні відповідати як функціональному стану користувача, так і зовнішнім обмеженням.

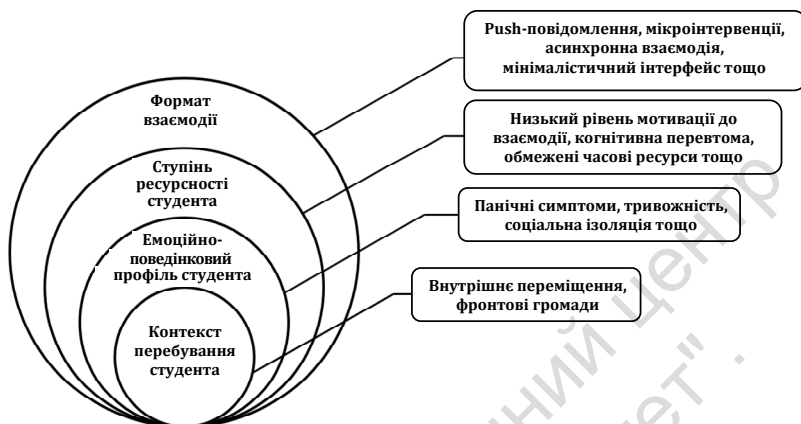


Рис. 12. Модель персоналізації цифрової підтримки студента в умовах війни в Україні

Розроблено автором за (14)

Модель ілюструє необхідність інтегративного, контекстуально чутливого підходу до персоналізації цифрових сервісів за ситуацій гуманітарної та безпекової нестабільності з урахуванням як індивідуальних, так і системних чинників уразливості.

Інституціоналізація цифрових інструментів з охорони психічного здоров'я студентської молоді

В умовах цифровізації суспільних сервісів дедалі актуальнішим постає питання інституціоналізації цифрових інструментів психічного здоров'я, тобто їх інтеграції до формальних структур охорони здоров'я та освіти. Інтеграція передбачає як технічну сумісність цифрових рішень із наявними структурами, так і нормативно-організаційну та професійно-етичну узгодженість.

У сфері охорони здоров'я одним серед ключових напрямів є впровадження цифрових інструментів до систем електронного здоров'я, зокрема шляхом синхронізації даних користувача з профілем пацієнта, формування електронних карт психоемоційного стану, можливості дистанційного моніторингу динаміки

симптомів та передавання інформації між фахівцями за умови дотримання конфіденційності та інформованої згоди.

У сфері освіти цифрові інтервенції мають потенціал стати інтегрованими до університетських систем психологічної підтримки студентів через інституційно затверджені програми, які підтримують адміністрація, центрами психосоціального супроводу, студентськими службами. Це дозволяє створити екосистему підтримки, в якій цифрові сервіси функціонують не ізольовано, а як частина загальної інфраструктури добробуту. Важливою умовою такої інтеграції є наявність професійного супроводу (супервізія, навчання персоналу) та узгодженість між цифровими та клінічними форматами допомоги.

Окрему роль у процесах впровадження відіграють недержавні організації та муніципальні структури, які можуть ініціювати використання цифрових платформ на місцевому рівні, зокрема для підтримки студентів з уразливих категорій (внутрішньо переміщених осіб, учасників освітнього процесу в зоні бойових дій, студентів із психосоціальними ризиками). Співпраця з такими інституціями дозволяє масштабувати цифрові інтервенції, запроваджуючи їх через доступні канали – освітні заклади, мобільні центри підтримки, телемедичні сервіси тощо.

На рівні стратегічного планування доцільним є включення цифрових інструментів до національних стратегій з охорони психічного здоров'я, зокрема як частини системної відповіді на довготривалі наслідки війни. Інституціоналізація цифрових сервісів на державному рівні передбачає розроблення етичних стандартів, механізмів сертифікації, а також створення відкритих платформ, що доступні для університетів, медичних закладів і громад.

Нижче подано модель, яка ілюструє інституційну екосистему інтеграції цифрових інструментів психічного здоров'я студентської молоді. Чотири ключові сектори взаємодіють із центральним елементом цифрової підтримки, забезпечуючи її ефективне функціонування, масштабованість і стійкість у суспільному просторі (рис. 13).



Рис. 13. Модель міжсекторальної інтеграції цифрового інструменту підтримки ментального здоров'я студентів

Розроблено автором

Узагальнення представлених теоретичних положень, емпіричних прикладів і практичних моделей дозволяє стверджувати, що цифрові інструменти є перспективним і багатомірним ресурсом підтримки психічного здоров'я студентської молоді, особливо в умовах тривалих криз, збройних конфліктів і нестабільності. Вони не лише забезпечують доступність психологічної допомоги в реальному часі, але й здатні масштабувати профілактичні, психоосвітні та терапевтичні втручання без необхідності безпосереднього контакту з фахівцем. Рівнозначна типологізація таких рішень дозволяє системно осмислити їх роль у сучасному підході до охорони ментального здоров'я студентів.

6.2. Використання цифрових інструментів з метою захисту психічного здоров'я студентської молоді

Студентська аудиторія є однією серед найактивніших і вночі найбільш специфічних груп користувачів у багатьох аспектах життя, зокрема у сфері використання технологій і підходів до підтримки психічного здоров'я. Студентська молодь є поколінням, яке зростало разом із цифровими технологіями, а отже його основною медіазвичкою є активне користування смартфонами та мобільними застосунками. Студенти використовують онлайн-платформи для навчання, спілкування та розваг, тому застосунки для підтримки ментального здоров'я мають великий потенціал для поширення серед цієї аудиторії. Серед користувачів цифрових технологій саме молоді найбільшою мірою притаманне *кліпове* мислення. Отже, для задоволення потреб студентства, важливо щоб технології були інтуїтивно зрозумілі, швидкі у використанні та прості з щодо інтеграції до свого щоденного життя.

Огляд найбільш поширених на сьогодні мобільних застосунків, що спеціалізуються на підтримці психічного благополуччя, дає змогу здійснити систематичний аналіз їхнього функціоналу, а також виявити ключові переваги й обмеження. Це, своєю чергою, формує аналітичне підґрунтя для розроблення концептуальних засад мобільного застосунку, що спрямований на скринінг психічного стану українських студентів.

MINDLY (Україна) є цифровою платформою для пошуку та дистанційної взаємодії з психологами¹³. Застосунок здійснює збирання та аналіз соціально-демографічних характеристик користувача, проводить базовий скринінг загального ментального стану та ідентифікує мету психологічної підтримки, що сформульована самим користувачем. На підставі отриманих даних система формує персоналізований перелік фахівців з урахуванням запитів користувача та обраного цінового діапазону.

До основних переваг платформи слід зарахувати різноманітність представлених фахівців, а також можливість отримання

¹³ <https://app.mindlyspace.com/>

психологічних консультацій у кількох комунікаційних форматах, зокрема у вигляді відео-, аудіосеансів і текстової взаємодії. Водночас істотним обмеженням є неповний вибірковий характер скринінгу психічного здоров'я, який не забезпечує всебічного охоплення потенційних психічних розладів і не дозволяє сформувати цілісну оцінку психічного стану користувача. Додатковим стримувальним чинником є організаційна логіка співпраці зі спеціалістами, зокрема, функціонування рейтингової системи, що стимулює довготривалу взаємодію з клієнтом і може виявлятися неефективною або надмірною за короткострокових або чітко окреслених психологічних запитів.

Цільову аудиторію платформи становлять особи, які потребують оперативної психологічної допомоги, але з різних причин не мають можливості або бажання звертатися до фахівця в офлайн, а також користувачі з обмеженим доступом до психологічних послуг у місці проживання.

CALM (США) є мобільним застосунком, що орієнтований на практики медитації, релаксації та покращення якості сну¹⁴. Функціонал програми охоплює музичні треки для медитацій, аудіорозповіді, що спрямовані на полегшення засинання, а також вправи з розвитку усвідомленості.

Застосунок пропонує тематично диференційовані медитації, зокрема для зниження рівня тривожності та стресу, оптимізації сну, підвищення концентрації та налаштування на навчальну чи робочу діяльність. Передбачено можливість фільтрації контенту за цільовим призначенням і тривалістю.

Додатково платформа містить низку безкоштовних інструментів, зокрема дихальні вправи, практики для розслаблення й тест для оцінювання якості сну. Медіатека застосунку включає різноманітні аудіооповідання, що сприяють швидшому засинанню та окрему серію аудіоматеріалів едукативного характеру, що орієнтована на студентську аудиторію.

До основних переваг CALM належать значний обсяг мультимедійного контенту та залучення відомих публічних осіб до його створення, що підвищує привабливість і впізнаваність

¹⁴ <https://www.calm.com/>

платформи. Водночас серед недоліків слід зазначити недостатню структурованість інтерфейсу користувача, а також обмежений безкоштовний доступ до більшості функцій і ресурсів, зокрема платний характер спеціалізованої серії для студентів.

Цільовою аудиторією застосунку є широка група користувачів, що зацікавлені у зниженні рівня стресу, покращенні якості сну та інтеграції практик медитації й усвідомленості до повсякденного життя.

BETTER ME (Україна) є мобільним застосунком, спрямованим на підтримку фізичного та психічного здоров'я, який інтегрує програми з медитації, здорового харчування, фітнесу та стабілізації емоційного стану¹⁵. Функціонал платформи охоплює програми зі зниження рівня стресу та покращення якості сну, а також медитативні практики, що орієнтовані на підвищення концентрації, емоційне заспокоєння та зняття психоемоційної напруги. Додатково застосунок пропонує дихальні вправи, що спрямовані на регуляцію тривожності та загальне покращення самопочуття.

У структурі застосунку передбачено трекер сну, який відстежує фази та цикли сну для оцінювання рівня відновлення організму після відпочинку. Визначальною перевагою Better Me є комплексний, інтегрований підхід до фізичного та психічного благополуччя користувачів. Разом із тим суттєвими обмеженнями виступають звужений функціонал безкоштовної версії та необхідність платного доступу до більшості програм та інструментів. До того ж, реалізований у застосунку скринінг психічного здоров'я має вибірковий характер і не забезпечує комплексного та поглибленого оцінювання психічного стану.

Цільовою аудиторією застосунку є користувачі, що зацікавлені у паралельному покращенні фізичного стану та психічного благополуччя з використанням цифрових інструментів самопідтримки.

HEADSPACE (Велика Британія) – застосунок, що орієнтований на практики медитації та усвідомленості, метою якого є зниження рівня стресу, покращення концентрації, якості сну

¹⁵ <https://betterme.world/>

та загального психічного благополуччя користувачів через регулярні структуровані практики¹⁶. Функціональні можливості платформи охоплюють щоденні короткотривалі сесії медитацій, що спрямовані на розвиток усвідомленості та регуляцію стресових станів, а також спеціалізовані медитативні програми з орієнтацією на конкретні запити користувачів, зокрема підвищення концентрації у навчальній або професійній діяльності та зменшення рівня тривожності.

Застосунок містить інструменти для відстеження індивідуального прогресу, що дають змогу оцінювати динаміку залученості та суб'єктивну ефективність медитативних практик. До ключових переваг Headspace належать різноманітність контенту, який охоплює широкий спектр життєвих ситуацій, а також науково обґрунтований підхід до розроблення програм, що зумовлено співпрацею команди застосунку з фахівцями у сфері психічного здоров'я. Суттєвим обмеженням платформи є відсутність глибокої персоналізації рекомендацій, оскільки запропоновані практики не повною мірою адаптуються до індивідуальних особливостей і потреб окремих користувачів.

Застосунок орієнтований на осіб, які шукають практично орієнтовані інструменти для зниження рівня стресу, розвитку усвідомленості та підвищення концентрації у повсякденному житті.

MINDDOC (Німеччина) є мобільним застосунком, що спрямований на моніторинг психічного здоров'я та надання онлайн-консультацій із фахівцями у сфері психологічної допомоги¹⁷. Ключовим призначенням платформи є сприяння систематичному моніторингу емоційного стану користувачів, ранньому виявленню потенційних ризиків для психічного здоров'я та забезпеченню доступу до професійної психологічної підтримки.

Можливості платформи охоплюють регулярний скринінг настрою та загального психічного стану, візуалізацію отриманих даних у вигляді графічних та інтерактивних звітів, що

¹⁶ <https://www.headspace.com/>

¹⁷ <https://minddoc.com/us/en>

демонструють динаміку емоційних показників у часі, а також можливість організації онлайн-консультацій із кваліфікованими фахівцями у сфері психологічної допомоги. Додатково платформа пропонує поради та вправи для самопомоги, а також персоналізовані рекомендації, що сформовані на основі результатів скринінгу та відповідей користувача.

Серед ключових переваг застосунку – високий рівень персоналізації, оскільки рекомендації та вправи адаптуються до актуального емоційного стану користувача. Водночас платформа має доволі обмежені діагностичні можливості, що не дозволяє здійснювати повноцінне клінічне оцінювання психічних розладів. Цільовим сегментом цього цифрового ресурсу є користувачі, що зацікавлені у ранньому виявленні симптомів психоемоційних порушень і профілактиці серйозніших проблем психічного здоров'я за допомогою інструментів самостереження та цифрової підтримки.

Основні напрямки використання цифрових технологій для підтримки психічного здоров'я студентів в умовах війни охоплюють онлайн-консультації з психологами, функціонування чатів і гарячих ліній психологічної підтримки, використання онлайн-платформ з освітніми та просвітницькими матеріалами, діяльність форумів і спільнот взаємної підтримки, застосування віртуальних помічників (чат-ботів), інтерактивних журналів і трекерів настрою, інструментів на основі штучного інтелекту, а також спеціалізованих мобільних застосунків. Сукупність цих інструментів формує цифрове середовище, що здатне частково компенсувати обмежений доступ до традиційних форм психологічної допомоги в кризових умовах.

Одним серед найбільш поширених і затребуваних форматів є онлайн-психологічні консультації як в індивідуальному форматі, так і у вигляді групової терапії. Платформи відеозв'язку, зокрема Zoom, Google Meet та Microsoft Teams, набули статусу стандартного інструментарію для організації та надання психологічної допомоги в закладах вищої освіти, забезпечуючи відносну доступність і безперервність підтримки студентів.

Водночас в Україні використання цифрових технологій для підтримки психічного здоров'я студентів наразі не має

системного характеру. Більшість ініціатив перебувають на стадії апробації, відрізняються фрагментарністю й тестовим форматом, що обмежує їхню масштабованість і довготривалу ефективність у контексті формування стійкої інфраструктури психологічної підтримки у сфері вищої освіти.

Останніми роками спостерігається інтенсивний розвиток цифрових сервісів, що базуються на використанні штучного інтелекту та орієнтовані на моніторинг, профілактику й підтримку ментального благополуччя студентської молоді. Особливого поширення набули AI-помічники та чат-боти, зокрема Wusa, Woebot і Youper, які функціонують переважно на засадах когнітивно-поведінкової терапії та пропонують користувачам структуровані діалоги, вправи з емоційної саморегуляції, техніки управління стресом і тривожністю, а також елементи психоедукації. Такі застосунки здатні адаптувати взаємодію, відповідно до відповідей користувача, формуючи індивідуалізовані траєкторії підтримки.

Університети США, Канади та Великої Британії дедалі активніше інтегрують подібні цифрові рішення до власних систем студентської підтримки, розглядаючи їх як доповнення до традиційних служб психологічного консультування. Використання ШІ у сфері ментального здоров'я студентів дозволяє забезпечити цілодобову доступність психологічної підтримки, що є критично важливим в умовах високого навчального навантаження, соціальної нестабільності та обмеженого доступу до фахівців. Крім того, алгоритми ШІ можуть виконувати функції первинного скринінгу психоемоційного стану, виявляти тривожні патерни поведінки або настрою, надавати рекомендації з самодопомоги та, за виявлення ознак більш серйозних психічних порушень, спрямовувати користувачів до професійної допомоги.

Водночас широке впровадження ШІ-технологій до сфери психічного здоров'я супроводжує низка суттєвих викликів. Насамперед ідеться про питання конфіденційності, безпеки та етичного використання персональних даних, оскільки інформація про психоемоційний стан користувачів є надзви-

чайно чутливою. Додатковим обмеженням виступає алгоритмічна природа таких систем: ШІ не здатен повною мірою врахувати всю складність людського досвіду, контекстуальних чинників та унікальних життєвих ситуацій, з якими може звернутися користувач. Існує також ризик надмірної технологізації психологічної допомоги та потенційної підміни живої терапевтичної взаємодії автоматизованими рішеннями.

Попри зазначені обмеження, за умови дотримання етичних стандартів, забезпечення належного захисту даних і впровадження інтегрованого підходу, ШІ-технології можуть виступати потужним інструментом підвищення ефективності психосоціальної підтримки студентів. У поєднанні з роботою фахівців-психологів та інституційними механізмами підтримки закладів вищої освіти такі цифрові рішення здатні сприяти ранньому виявленню психоемоційних труднощів, зниженню стигматизації звернення по допомогу та формуванню стійкішої системи збереження психічного благополуччя студентської спільноти в умовах тривалих кризових викликів.

6.3. Концепція мобільного застосунку для скринінгу та підтримки психічного здоров'я українських студентів

Сучасні студенти майже постійно перебувають у взаємодії зі своїми мобільними пристроями, використовуючи їх для навчання, спілкування та вирішення повсякденних завдань. Мобільний застосунок для скринінгу психічного здоров'я може відігравати ключову роль у подоланні студентами бар'єрів для отримання психологічної підтримки.

Одним серед ключових аспектів для студентів є також можливість отримання допомоги конфіденційно, адже традиційні форми допомоги, такі як візит до психолога, можуть бути сприйняті як бар'єр через страх осуду або недостатню довіру до професійних консультацій. Мобільні застосунки дозволяють уникнути цих проблем, забезпечуючи анонімність

і доступність. Крім того, такі інструменти можна використати у будь-який час, у будь-якому місці, що особливо важливо для студентів, які мають напружений графік навчання та соціальної активності.

Таким чином, розробка мобільних платформ для підтримки психічного здоров'я студентів має враховувати їх специфічні потреби: швидкість доступу, анонімність, інтерактивність і можливість самостійного моніторингу власного психоемоційного стану.

Попри загальновідомість більшості мобільних застосунків для підтримки ментального здоров'я, вони не адаптовані саме для студентської спільноти насамперед через орієнтованість на комерціалізацію та платність більшості сервісів. До того ж, ці застосунки здебільшого розраховані на широку аудиторію та не враховують специфіку способу життя студентської спільноти. Оскільки метою нашого проекту є не лише підтримка та відновлення психічного благополуччя українських студентів у воєнний і повоєнний періоди, але й збереження людського капіталу й трудового потенціалу України, важливим компонентом застосунку (крім скринінгу психічного здоров'я та рекомендацій) має стати моніторинг академічної успішності.

Основні функції інтерфейсу майбутнього застосунку:

- ◆ Простота та інтуїтивність: інтерфейс має бути максимально простим для розуміння та не створювати додаткового розумового навантаження на студентів.
- ◆ Інтерактивність: використання графіків, смайлів та анімацій для підвищення залученості користувачів.
- ◆ Комплексність: комбінація скринінгу психічного здоров'я та академічної продуктивності студентів.
- ◆ Персоналізація: можливість налаштування рекомендацій під індивідуальні показники скринінгу психічного здоров'я та академічної продуктивності, відображення динаміки змін у самооцінюванні психічного стану та навчальної успішності.
- ◆ Конфіденційність: важливим елементом є забезпечення конфіденційності результатів скринінгу.

Такий застосунок допоможе студентам вчасно реагувати на проблеми психічного здоров'я, отримувати індивідуальні рекомендації та підтримувати високий рівень академічної успішності, що зрештою сприятиме підтримці та збереженню людського капіталу в Україні, що критично важливо для повоєнного відновлення національної економіки.

Нижче змодельовано можливий функціонал застосунку (рис. 14).

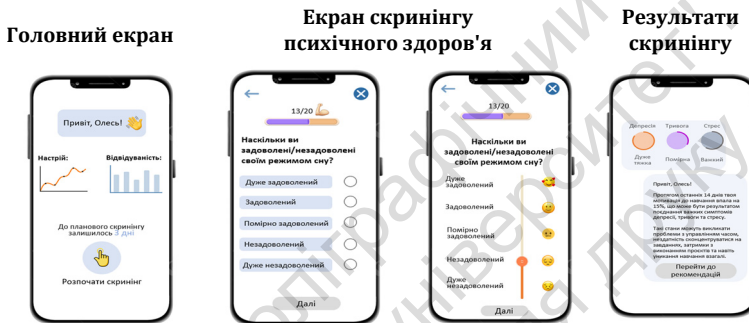


Рис. 14. Інтерфейс майбутнього застосунку

Розроблено автором

1. Головний екран

- ♦ **вітальний блок:** персоналізоване звернення до користувача з іменем і поточною датою;
- ♦ **статистичний блок:** графік настрою за останні 14 днів (на основі попередніх скринінгів) і відображення загальної академічності продуктивності (зокрема, відсоток відвідуваних занять);
- ♦ **нагадування:** секція зі сповіщенням про необхідність пройти наступний скринінг або рекомендації після останнього тестування;
- ♦ **кнопка "Пройти скринінг"** зручно розташована на головному екрані для легкого доступу.

2. Екран скринінгу психічного здоров'я

- ♦ *тест*: опитування з інтегрованими шкалами для оцінювання симптомів психічного стану (депресія, тривога, безсоння тощо), а також для самооцінювання результативності навчання;

- ♦ *прогрес-бар*: відображення відсотку завершення скринінгу, щоб користувач знав, скільки залишилося питань;

- ♦ *інтерактивні індикатори настрою*: можливість додаткового вибору емодзі або зображення, що відображають поточний емоційний стан;

- ♦ *кнопка "Зберегти й продовжити пізніше"*: за неможливості завершення скринінгу користувач може зберегти прогрес і повернутися до тесту пізніше;

- ♦ *кнопка "Далі"* спрямовує користувача до наступного запитання.

3. Результати скринінгу

- ♦ *графічна візуалізація результатів*: діаграма з показниками за основними категоріями (тривога, депресія, безсоння, академічна втома, самооцінювання ментального стану). Користувач може переглянути зміну свого стану з часом;

- ♦ *секція інтерпретації результатів*: стислі пояснення отриманих результатів (зокрема: "Ви пропустили 10 год. навчання через погану якість сну, що може вказувати на підвищений рівень втоми, яка впливає на Вашу продуктивність");

- ♦ *кнопка "Перейти до рекомендацій"*.

4. Індивідуальні рекомендації

Залежно від результатів користувачу пропонують:

- ♦ *задовільний стан* – поради для підтримки позитивного настрою, такі як прості техніки релаксації або організація часу;

- ♦ *середній стан* – практичні рекомендації з самопомоги;

- ♦ *критичний рівень* – пропозиція звернутися до фахівця через платформу або контакт професійної допомоги у вищому навчальному закладі.

Очікувані результати та перспективи

Розробка та впровадження мобільного застосунку для скринінгу та підтримки психічного здоров'я студентів в Україні може забезпечити низку важливих результатів:

- ♦ Підвищення обізнаності про стан психічного здоров'я: завдяки регулярним скринінгам і доступним інструментам

для самоконтролю студенти отримують можливість більш усвідомлено підходити до свого психічного стану. Це сприятиме подоланню стигматизації питань психічного здоров'я серед молоді, що є важливим кроком до покращення загальної обізнаності в суспільстві про психічного розладу.

- ♦ Своєчасна допомога та підтримка: застосунок надає студентам можливість вчасно ідентифікувати симптоми депресії, тривоги, стресу та інших психічних розладів, а також отримати індивідуальні рекомендації для їх подолання. За критичних станів додаток допоможе швидко звернутися до фахівців, що може запобігти розвитку серйозних проблем психічного здоров'я.

- ♦ Покращення академічної продуктивності: застосунок здійснює також і моніторинг академічної успішності та вмотивованості студентів, дозволяє аналізувати взаємозв'язок між психічним станом і продуктивністю, допоможе вчасно реагувати на фактори, що негативно впливають на навчання. Це сприятиме покращенню академічної успішності та загальної продуктивності в умовах складних життєвих обставин.

- ♦ Збереження людського капіталу: у воєнний і повоєнний періоди особливо важливим є збереження здоров'я та працездатності молодих людей, які в подальшому будуть ключовими рушіями економічного відновлення України. Застосунок сприятиме зменшенню психологічного навантаження на студентів, що допоможе їм зберегти фізичне та психічне здоров'я та успішно завершити навчання.

- ♦ Довготривале зниження навантаження на систему охорони здоров'я: своєчасна профілактика та раннє втручання за психічних розладів зменшить необхідність звернень до спеціалізованих медичних закладів, що знизить загальне навантаження на систему охорони здоров'я. Це також дозволить заощадити ресурси держави, що спрямовані на лікування важких психічних розладів.

Перспективи розвитку застосунку

- ♦ Розширення функціоналу: у майбутньому застосунок може отримати нові інструменти, такі як інтеграція з навчальними платформами для автоматичного аналізу відвідуваності та результатів навчання. Може бути також доданий функціонал

підтримки групової терапії або інтеграція з міжнародними платформами психологічної допомоги.

- ♦ Співпраця з навчальними закладами: довготривалою перспективою є інтеграція застосування з навчальними закладами. Це дозволить вищим навчальним закладам забезпечувати студентів додатковою психологічною підтримкою, а також отримувати анонімну статистику для оцінювання рівня психічного здоров'я студентської спільноти.

- ♦ Інтернаціоналізація: застосунок може бути адаптований для використання в інших країнах, що дозволить масштабувати його функціонал і допомогти студентам у всьому світі, які стикаються зі схожими проблемами.

Цифрові технології суттєво трансформували підходи до збереження та підтримки психічного здоров'я студентської молоді. Онлайн-консультації, мобільні додатки для самопомоги, чат-боти на основі штучного інтелекту та віртуальні психоосвітні простори стали невід'ємною частиною сучасної системи психосоціальної підтримки в університетському середовищі.

Водночас ефективність таких інструментів залежить від їх правильного впровадження, дотримання етичних норм і конфіденційності. Використання цифрових сервісів мають супроводжувати чіткі правила, належна підготовка фахівців і підтримка цифрової грамотності студентів.

Джерела та література

1. Torous, J., Myrick, K. J., Rauseo-Ricupero, N., Firth, J. (2021). Digital mental health and COVID-19: Using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Mental Health*, 8(3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>

2. Hollis C., Falconer C. J., Martin J. L. et al. Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2017; 58(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>

3. NHS England. (2023). Digital mental health services. <https://www.england.nhs.uk>

4. Government of Australia, Department of Health. (2022). E-Mental Health Strategy for Australia. <https://www.health.gov.au>

7. Government of Canada. (2023). Wellness Together Canada. <https://www.wellnesstogether.ca>
6. World Health Organization. (2021). Guidance on digital mental health interventions. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
7. European Commission. (2023). A comprehensive approach to mental health: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf
8. Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005; 62 (6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
9. Donker T., Griffiths K.M., Cuijpers P., Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009 Dec 16;7:79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
10. Taylor H., Strauss C., Cavanagh K. Can a little bit of mindfulness do you good? A systematic review and meta-analyses of unguided mindfulness-based self-help interventions. *Clin Psychol Rev.* 2021 Nov;89:102078. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102078>
11. Mohr D.C., Burns M.N., Schueller S.M. et al. Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013 Jul-Aug;35(4):332-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.008>
12. Andersson G., Cuijpers P., Carlbring P. et al. Guided Internet-based vs. Face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis // *World Psychiatry.* 2014. Oct.13(3):288-95. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
13. World Health Organization. (2021). Live Life: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf>
14. Mohr D., Cuijpers P., Lehman K. Supportive Accountability: A Model for Providing Human Support to Enhance Adherence to eHealth Interventions // *Journal of Medical Internet Research.* 2011. 13 (1). <https://doi.org/10.2196/jmir.1602>

Розділ 7

КІЛЬКІСНЕ ОЦІНЮВАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ПРОДУКТИВНІСТЬ НАВЧАЛЬНОЇ І НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ

7.1. Механізм впливу психічних порушень на продуктивність навчальної та наукової діяльності студентів

Здобувачі вищої освіти є основою формування трудового потенціалу та людського капіталу країни, адже кожен студент після завершення навчання та здобуття кваліфікації потрапляє на ринок праці, заповнює робочі вакансії та починає брати безпосередню участь у наданні послуг або виробництві продукції, долучаючись у такий спосіб до формування людського капіталу та збільшення розміру внутрішнього валового продукту країни. Зниження продуктивності академічної діяльності студентів через проблеми у сфері психічного здоров'я створює бар'єри на шляху засвоєння знань і формування необхідних компетентностей студентською молоддю.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічне здоров'я не лише характеризує відсутність психічних розладів, а й передбачає особливий стан психологічного благополуччя, за якого людина здатна повною мірою використовувати свої знання та здібності, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно працювати та робити внесок до життя своєї сім'ї та громади. Застосовуючи це поняття до студентів та їх академічної діяльності, потрібно зазначити, що проблеми у сфері психічного здоров'я не дозволяють студентам підвищувати працездатність, використовувати набуті компетенції та успішно досягати поставлених навчальних цілей.

Для кращого розуміння продуктивності навчальної та наукової діяльності, тобто академічної продуктивності студентів потрібно чітко визначити її зміст та основні компоненти.

Т. York та співавт. (1) визначають академічну продуктивність як систему формальних навчальних досягнень (оцінок), успішне виконання завдань навчання, набуття бажаних навичок і компетентностей, задоволення, наполегливість та успішність після закінчення навчання. Інші автори під академічною продуктивністю розуміють досягнення цілей та успішне виконання завдань, що передбачені освітньою програмою, яку віддзеркалюють оцінки як результат контролю знань і компетентностей у межах окремих предметів шляхом тестування (2).

На нашу думку, *академічна продуктивність є складним поняттям, яке визначає успішність навчальної та наукової діяльності здобувача освіти у контексті набутих знань і компетентностей, досягнутих завдань освітньої програми, отриманих підсумкових оцінок з дисциплін і здобутої у процесі заключного контролю освітньої кваліфікації* (рис. 15).



Рис. 15. Компоненти академічної продуктивності студентів

Розроблено авторами

Таким чином, здобуті оцінки з навчальних дисциплін не можуть бути єдиним мірилом академічної продуктивності, адже успішність майбутньої професійної діяльності студентів визначають набуті знання, навички та компетентності, що сформовані програмними результатами навчання на відповідній освітній програмі. Відповідно, виміряти академічну продуктивність та ефективно здійснювати її моніторинг можливо лише тоді, коли в закладі освіти наявні дієві системи поточного та заключного контролю знань.

Теоретичний аналіз і дослідження передавального механізму впливу психічних порушень на продуктивність навчальної та наукової діяльності здобувачів освіти ґрунтується на припущенні про те, що симптоми психічних розладів, такі як інтенсивні тривожні думки, психоемоційне виснаження та втома зумовлені порушеннями сну, погана концентрація уваги та погіршення пам'яті, намагання впоратися зі стресовим навантаженням шляхом уживання речовин прямо впливають на когнітивну систему людини, що призводить до презентеїзму під час навчання, абсетнеїзму та пропусків занять через хворобу, прокрастинації, брак часу на навчання через необхідність відвідування фахівців та отримання терапії.

Таке припущення є абсолютно реалістичним і прямо впливає із принципів теорії когнітивного розвитку, що розроблена Ж. Піаже, який розглядав розум як систему осмислення та обробки інформації та підкреслював важливість ефективних стратегій навчання, таких як опрацювання, повторення та організація для покращення навчання та пам'яті (3). Здобувачі освіти формують систему знань і навичок, використовуючи когнітивні підсистеми та процеси. Тому будь-які фактори, що негативно впливають на когнітивну систему, ускладнюватимуть процес навчання. Таке твердження прямо стосується ментальних порушень.

Під когнітивною системою розуміють систему пізнання, що склалася в свідомості людини в результаті становлення її характеру, виховання, навчання, спостереження навколиш-

нього світу. Використовуючи ресурси когнітивної системи людина ставить собі цілі та приймає рішення про дії в тій чи іншій ситуації. Когнітивна система базується на функціонуванні центральної нервової системи, зокрема головного та спинного мозку, які забезпечують сприйняття інформації, свідому її обробку, збереження в пам'яті та її передання засобами мови. У рамках когнітивної системи перебувають усі основні компоненти процесу пізнання, включаючи низку підсистем (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення), які, у свою чергу, складають когнітивні структури, з якими пов'язуються певні когнітивні процеси, що належать до наборів функцій. Реалізація когнітивних процесів дозволяє мозку отримувати, аналізувати, змінювати та переробляти інформацію (4). У контексті предмету дослідження це означає, що студенти у процесі академічної (навчально-наукової) діяльності осмислюють отриману в ході навчання інформацію, формують систему знань і навичок, використовуючи при цьому когнітивні функції мозку та послідовно здійснюючи взаємопов'язані когнітивні процеси, що об'єднуються до цілісної когнітивної системи.

Дослідження науковців, що проведені в різних країнах (5), демонструють: труднощі із пам'яттю, сприйняттям та обробкою інформації спостерігають у людей з психічними порушеннями внаслідок їх деструктивного впливу на когнітивну систему. *Психічні порушення знижують ефективність когнітивної системи як в навчальній, так і повсякденній діяльності* через психічне виснаження та погане самопочуття (6).

На наш погляд, завдяки своїм основним положенням, теорія когнітивного розвитку забезпечує концептуальний каркас для пояснення передавального механізму негативного впливу психічних порушень на навчальну діяльність здобувачів освіти.

Академічна продуктивність студентів не лише зумовлена їх ментальним здоров'ям, а й пов'язана із впливом низки інших факторів, зокрема соціально-економічним благополуччям, яке передбачає наявність необхідних соціально-економічних умов проживання та забезпеченість необхідними економічними

благами для нормальної життєдіяльності, а також продуктивністю у повсякденному житті, що включає здатність оперативно та ефективно вирішувати питання та долати проблеми, які постають у повсякденному житті. Кожен із цих факторів, залежно від контексту, може як позитивно, так і негативно впливати академічну продуктивність студентів.

Варто звернути увагу на те, що академічна продуктивність також залежатиме від базової ефективності когнітивної системи конкретної людини, яка включатиме певний рівень розвитку мовних і математичних навичок, здатність до соціального навчання, а також наявність основоположних когнітивних навичок, включаючи увагу, візуальну обробку, сенсорну інтеграцію, слухову обробку та пам'ять (рис. 16).

Навчання починається з процесу отримання (рецепції) інформації із зовнішнього світу. Студенти, які потрапляють до освітнього середовища, сприймають інформацію по-різному, оскільки їхній мозок розставляє пріоритети на основі попереднього досвіду. Наступною стадією стає сприйняття, коли інформації надається значення на основі попередніх знань і обставин, в яких вона отримана (7). Якщо інформація має достатню релевантність і важливість, мозок кодує її та підключає до вже наявних знань у процесі запам'ятовування. Заключною стадією навчання стає спрямування (застосування), за якого набуті знання та інформація використовують у подальшій роботі, вони стають основою для планування дій, прийняття рішень, аргументації певних кроків або розв'язання наявних проблем (табл. 21).

Таким чином, розвиток когнітивних навичок впливає на швидкість і продуктивність навчання. При цьому *ефективність когнітивної системи, як й окремих когнітивних процесів, залежить не лише від базового (набутого) рівня когнітивних навичок, а й від зовнішніх факторів, до яких належать симптоми психічних порушень*. Зниження ефективності когнітивної системи призводить до складнощів у навчанні, засвоєнні знань і набутті фахових компетенцій, що зумовлює необхідність систематичного моніторингу стану ментального здоров'я студентів, виявлення симптомів психічних порушень та оцінювання їх впливу на академічну продуктивність здобувачів освіти.

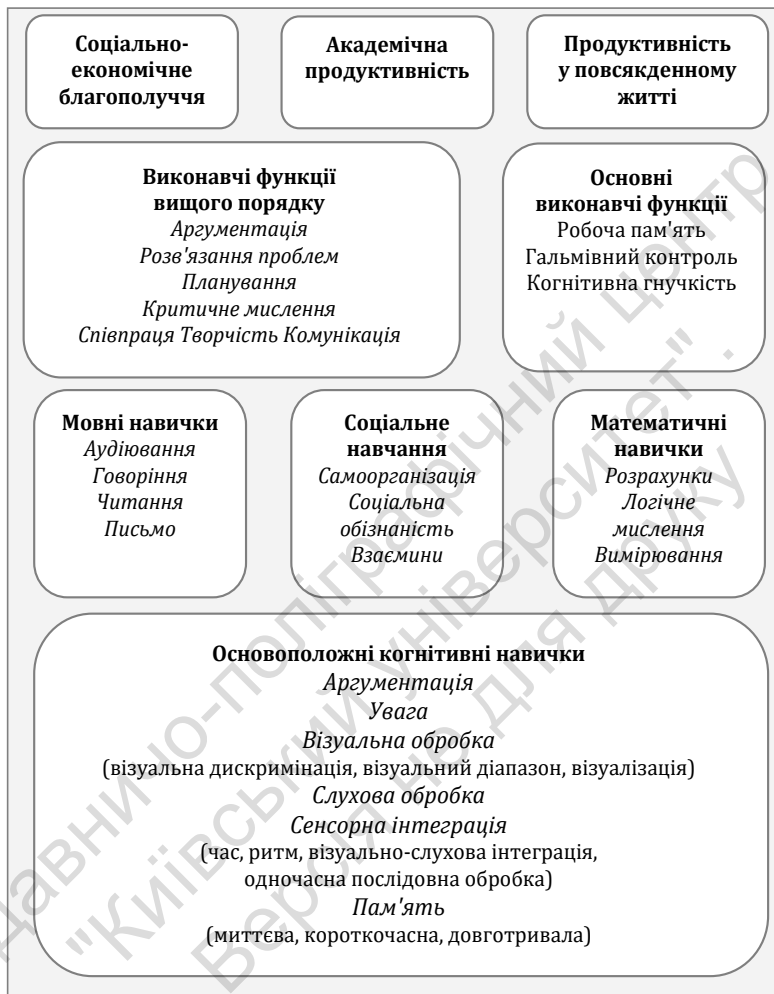


Рис. 16. Зв'язок академічної продуктивності студентів із іншими видами продуктивності та когнітивними підсистемами

Розроблено авторами за (7)

**Таблиця 21. Роль когнітивних навичок
на різних стадіях навчання**

Стадія навчання	Когнітивні процеси	Приклади когнітивних навичок
Рецепція	Початкове збирання та відбір інформації для подальшого опрацювання	Стійка увага Вибіркова увага Візуальна дискримінація Слухова дискримінація Візуальний діапазон
Сприйняття	Ідентифікація стимулів та інтерпретація (обробка) інформації	Сенсорна інтеграція Послідовна обробка Одночасна обробка Спрямування
Запам'ятовування	Зберігання, модифікація та отримання інформації та знань з пам'яті, зв'язування їх із поточними стимулами	Сенсорна пам'ять Короткочасна пам'ять Робоча пам'ять Довготривала пам'ять
Спрямування (застосування)	Виконання планів, дій і рішень з використанням набутих знань	Гальмівний контроль Когнітивна гнучкість Планування Формування понять Вирішення проблем Аргументація

Розроблено авторами за (7)

Основою передавального механізму є порушення основних когнітивних навичок, включаючи увагу, візуальну обробку, сенсорну інтеграцію та пам'ять унаслідок симптомів депресії, ПТСР, розладу сну, тривожного розладу, залежності від речовин.

Передавальний механізм впливу психічних порушень на академічну продуктивність студентів:

1. Виникнення психічних порушень, зокрема, депресії, пост-травматичного стресового розладу, розладу сну, тривожного розладу, залежності від речовин.

2. Порушення основних когнітивних навичок, зокрема, уваги, візуальної обробки, сенсорної інтеграції, слухової обробки інформації та пам'яті.

3. Зниження ефективності когнітивних підсистем, які включають робочу пам'ять, когнітивну гнучкість, планування, критичне мислення, творчість, комунікацію.

4. Ускладнення проходження основних стадій навчання: рецепція інформації, її сприйняття, запам'ятовування та застосування.

5. Виникнення абсентеїзму (пропусків навчальних занять), презентеїзму, що пов'язаний із низькою ефективністю роботи на заняттях.

6. Ускладнення процесу засвоєння здобувачами освіти знань і формування необхідних компетентностей.

7. Зниження академічної продуктивності, що супроводжує зростання витрат часу на навчання та погіршення результативності навчання.

Зниження загальної ефективності когнітивної системи ускладнює проходження основних стадій навчання, що у підсумку призводить до абсентеїзму, презентеїзму, а також зниження результативності навчання, формування навичок і засвоєння знань.

7.2. Методика оцінювання та кількісний аналіз негативного впливу психічних порушень на академічну продуктивність студентів

Науково обґрунтована методика дослідження впливу психічних порушень на продуктивність наукової та навчальної діяльності студентів під час війни є важливою складовою об'єктивного оцінювання руйнівних наслідків повномасштабного вторгнення росії в Україну для вітчизняної молоді.

Отримані за результатами дослідження дані можуть бути використані для комплексного оцінювання руйнівних соціо-гуманітарних наслідків війни в Україні та масштабів негативного впливу проблем у сфері психічного здоров'я на продуктивність студентської молоді, що повністю відповідає принципам доказового підходу (*evidence based approach*).

У свою чергу, наявність даних, які прямо свідчать про масштаби негативного впливу психічних порушень на продуктивність академічної діяльності здобувачів освіти забезпечить надійну емпіричну основу для розробки і реалізації на рівні ЗВО комплексної стратегії захисту психічного здоров'я студентів, що забезпечуватиме можливості для виявлення психічних порушень і надання допомоги особам, що страждають від проблем у сфері психічного здоров'я з одночасним забезпеченням їх інклюзії у навчальний процес і підтримкою продуктивності їх академічної діяльності на рівні, що є достатнім для отримання необхідних знань і навичок.

Методика оцінювання впливу психічних порушень на продуктивність навчальної і наукової діяльності студентів передбачає перевірку гіпотези про негативний вплив психічних порушень на академічну діяльність здобувачів освіти. При цьому за допомогою кількісного аналізу емпіричних даних буде перевірено, тобто підтверджено або спростовано дві гіпотези:

- ♦ Гіпотеза H1 – психічні порушення негативно впливають на академічну діяльність студентів, знижуючи продуктивність їх навчання та ускладнюючи засвоєння ними знань і формування студентами необхідних компетентностей;
- ♦ Гіпотеза H0 – психічні порушення не здійснюють негативного впливу на академічну діяльність студентів, не впливають на процес засвоєння ними знань і формування необхідних компетентностей.

Дизайн дослідження впливу психічних порушень на продуктивність навчальної і наукової діяльності студентів включає послідовність етапів, реалізація яких має підтвердити або спростувати гіпотези (табл. 22). Послідовне проходження

етапів дослідження від теоретичного аналізу механізму впливу психічних порушень на продуктивність до кількісної оцінки та інтерпретації її результатів дозволить спростувати або підтвердити визначені вище дослідні гіпотези.

Таблиця 22. Дизайн дослідження впливу психічних порушень на продуктивність навчальної і наукової діяльності студентів

Теоретичний аналіз	Теоретичний аналіз і дослідження передавального механізму впливу психічних порушень на продуктивність навчальної та наукової діяльності здобувачів освіти
Підготовка інструментарію	Підготовка опитувальника для збирання первинних кількісних даних щодо поширеності симптомів психічних порушень та їх впливу на академічну продуктивність здобувачів освіти
Збирання емпіричних даних	Проведення опитування та отримання відповідей респондентів на запитання про вплив психічних порушень на академічну продуктивність їх навчальної і наукової діяльності
Перевірка надійності	Перевірка опитувальника на основі кількісного аналізу даних за допомогою альфа-критерію Кронбаха та омега-критерію Мак-Дональда за допомогою програмного забезпечення JASP 0.17.3
Регресійний аналіз	Моделювання впливу психічних порушень на продуктивність навчальної та наукової діяльності студентів за допомогою регресійного аналізу у програмному середовищі Eviews12
Перевірка валідності	Перевірка валідності результатів регресійного аналізу та моделювання впливу порушень на продуктивність із застосуванням комплексу показників і програмних можливостей пакету
Інтерпретація результатів	Визначення характеру та кількісних показників впливу окремих психічних порушень на академічну продуктивність студентів на основі даних попереднього регресійного аналізу
Підготовка висновків	Формування загального висновку щодо підтвердження або спростування визначених гіпотез (H0 і H1) про вплив психічних порушень на академічну продуктивність студентів

Розроблено авторами

Для формування масиву кількісних первинних даних, що необхідні для об'єктивного оцінювання впливу різних психічних порушень на академічну продуктивність навчальної і наукової діяльності студентів використано інструментарій крос-секційного соціологічного опитування студентів українських університетів із різних регіонів України.

До структури опитувальника, який включав соціально-демографічні характеристики, питання щодо звернення до фахівців по допомогу, а також психодіагностичні шкали для скринінгу психічних порушень (PC-PTSD-5 для скринінгу пост-травматичного стресового розладу, PHQ-9 для виявлення симптомів депресії, GAD-7 для скринінгу тривожного розладу, CRAFFT для скринінгу ризику вживання психоактивних речовин, ISI – скринінгу симптомів порушення сну) додано окрему секцію з шести запитань щодо оцінювання впливу психічних порушень на продуктивність академічної діяльності студентів.

Основою для підготовки інструменту збирання даних щодо впливу психічних порушень на продуктивність академічної діяльності студентів став апробований опитувальник "Анкета щодо продуктивності праці та порушення активності" (*Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire – WPAI*) (8). Опитувальник дозволяє оцінювати вплив проблем зі здоров'ям на продуктивність праці та активність працівників. У нашому дослідженні використано версію 2.0 опитувальника "Особливі проблеми зі здоров'ям" (*Special Health Problems – SHP*), який дає змогу оцінити вплив будь-яких специфічних проблем зі здоров'ям на продуктивність праці та активність працівників. Цим він відрізнявся від першої, оригінальної версії опитувальника, яка була розроблена для вивчення впливу загальних проблем зі здоров'ям "Загальне здоров'я" (*General Health – GH*) на продуктивність праці.

Для цілей дослідження в опитувальнику WPAI: SHP версії 2.0. замінено такі словосполучення:

- ♦ *продуктивність праці на академічна продуктивність;*
- ♦ *наразі працюєте на наразі навчається в університеті;*

- ♦ *годин роботи на годин навчання;*
- ♦ *специфічні проблеми зі здоров'ям на проблеми психічного здоров'я.*

Крім того, спираючись на результати обговорення цього питання з фахівцями, збільшено часові рамки з *протягом останніх семи днів до протягом останніх 14 днів*, оскільки симптоми деяких психічних порушень зазвичай виявляються більш ніж за сім днів, і їх вплив на продуктивність виявляють за триваліший термін.

Фінальний варіант опитувальника, який було використано як інструментарій для збирання даних, містив наступні запитання:

1. Чи навчаєтеся ви наразі у закладі вищої освіти?
2. Скільки годин навчання за останні 14 днів ви пропустили через проблеми у сфері психічного здоров'я, включаючи пропущені години навчання, години запізнення на заняття, періоди Вашої повної відчуженості від навчального процесу під час перебування на заняттях, періоди дострокового припинення роботи на заняттях, що були зумовлені негативними змінами у емоційному, ментальному та фізичному стані, які спричинені погіршенням психічного здоров'я. Будь-ласка, не враховуйте час, який Ви пропустили для участі в цьому дослідженні.
3. Скільки годин навчання за останні 14 днів Ви пропустили з будь-якої іншої причини, зокрема, через відпустку, свята, повітряну тривогу та перебування у бомбосховищі, вихідні, а також для участі у цьому або іншому дослідженні?
4. Скільки годин Ви навчалися протягом останніх 14 днів?
5. Наскільки Ваші проблеми у сфері психічного здоров'я протягом останніх 14 днів вплинули на Вашу продуктивність під час навчання? Оберіть число від 1 до 10. Відповідаючи на запитання врахуйте періоди часу, коли Ви були обмежені в обов'язках або типі навчальної роботи, яку могли виконати; дні, коли ви зробили менше, ніж хотіли або дні, коли Ви не могли виконувати свої навчальні завдання так ретельно, як зазвичай. Якщо проблеми у сфері психічного здоров'я вплинули на

Ваше навчання лише незначною мірою, оберіть мале число. Якщо дані проблеми вплинули на Ваше навчання дуже сильно, оберіть велике число (максимум 10).

6. наскільки Ваші проблеми у сфері психічного здоров'я протягом останніх 14 днів вплинули на Вашу здатність виконувати звичайні повсякденні справи, крім процесу навчання та виконання навчальних завдань? Оберіть число від 1 до 10. Під повсякденною діяльністю розуміємо звичайну діяльність, яку Ви виконуєте, зокрема, роботу по дому, покупки, фізичні вправи, зустрічі із друзями тощо. Подумайте про випадки, за яких Ви були обмежені в кількості або видах діяльності, яку могли виконувати, а також про випадки, коли Ви робили менше, ніж хотіли. Якщо проблеми у сфері психічного здоров'я вплинули на Вашу повсякденну діяльність лише незначною мірою, оберіть мале число. Якщо проблеми значно знизили Вашу повсякденну активність, оберіть велике число (максимум 10). Ваша відповідь має стосуватися не навчання, а винятково вашої повсякденної діяльності.

Після включення даних питань до окремої секції опитувальника проведено збирання даних протягом вересня-листопада 2023 року. Оскільки студенти мали можливість не відповідати на певні запитання, кількість студентів, які відповіли на запитання розділу WPAI:SHP, становила 1 398, тобто 59,1 % від загальної кількості респондентів (2 364 студенти). Вибірка стала основою для наступного кореляційно-регресійного економетричного аналізу з використанням спеціальних програмних комплексів JASP 0.17.3 та Eviews 12.

Перед початком регресійного аналізу всі секції опитувальника було перевірено на надійність за допомогою альфа-критерію Кронбаха та омега-критерію Мак-Дональда. Результати тестування за допомогою програмного забезпечення JASP 0.17.3 продемонстрували високу надійність секцій опитувальника, що базувалися на психодіагностичних шкалах GAD-7, PHQ-9, ISI. Натомість секції опитувальника, які включали психодіагностичні шкали PC-PTSD-5 і CRAFFT показали задовільну надійність.

Перевірка надійності основного інструменту збирання даних щодо академічної продуктивності студентів WPAI: SHP вимагала попередньої підготовки, оскільки питання два-чотири не повністю узгоджуються з питаннями п'ять і шість через різні одиниці та методи вимірювання. Запитання два-чотири не включали фіксовану шкалу, їх вимірювали в годинах, які можуть бути специфічними для різних університетів, тоді як запитання п'ять і шість включали шкалу від 1 до 10. Для узгодженості даних було перераховано відповіді на запитання два-чотири у відсотках від загальної кількості. Після цього проведено тест на надійність опитувальника WPAI: SHP, що показав достатньо високий результат:

α Кронбаха = 0,73 та ω Макдональда = 0,98.

Після перевірки надійності інструменту збирання даних сформований емпіричний базис використано для побудови регресійної моделі, яка дозволяє кількісно оцінити негативний вплив психічних порушень на академічну продуктивність студентів.

Зібрані дані узагальнено у програмі Microsoft Excel 2019, а потім проаналізовано за допомогою програмного забезпечення Eviews 12. Вплив проблем у сфері психічного здоров'я (психічних порушень) та окремих демографічних факторів на академічну продуктивність студентів оцінено за допомогою лінійного методу найменших квадратів у поєднанні з методом узгодженого оцінювання коваріаційної матриці МакКіннона та Уайта (9). Такий підхід дозволив врахувати гетероскедастичність збурень, а також уникнути зміщення та некоректності стандартних оцінок коваріаційної матриці.

Перед проведенням регресійного аналізу респонденти було розподілено за групами, залежно від ступеня вираженості симптомів психічних порушень. Критеріями розподілу виступали загальні бали, що отримані респондентами за відповідними психодіагностичними шкалами (табл. 23).

Таблиця 23. Методика визначення груп респондентів, залежно від вираженості симптомів психічних порушень

Проблеми у сфері психічного здоров'я	Назва змінної	Групи за ступенем вираженості симптомів		
		Група I	Група II	Група III
Тривога	A	<i>Симптоми відсутні або мінімальні</i> Результуючий показник GAD-7: 0-4 (значення змінної A = 0)	<i>Легкі або помірні симптоми</i> Результуючий показник GAD-7: 5-14 (значення змінної A = 1)	<i>Тяжкі симптоми</i> Результуючий показник GAD-7: 15-21 (значення змінної A = 2)
Депресія	D	<i>Симптоми відсутні або мінімальні</i> Результуючий показник PHQ-9: 0-4 (значення змінної D = 0)	<i>Легкі або помірні симптоми</i> Результуючий показник PHQ-9: 5-14 (значення змінної D = 1)	<i>Помірно тяжкі або тяжкі симптоми</i> Результуючий показник PHQ-9: 15-27 (значення змінної D = 2)
ПТСР	P	<i>Симптоми відсутні</i> Результуючий показник PC-PTSD-5: 02 (значення змінної P = 0)	<i>Симптоми наявні</i> Результуючий показник PC-PTSD-5: 3-5 (значення змінної P = 1)	
Розлад сну	SD	<i>Симптоми відсутні</i> Результуючий показник ISI: 0-7 (значення змінної SD = 0)	<i>Легкі симптоми</i> Результуючий показник ISI: 8-14 (значення змінної SD = 1)	<i>Помірні або тяжкі симптоми</i> Результуючий показник ISI: 15-28 (значення змінної SD = 2)
Уживання ПАР	SU		<i>Низький або помірний ризик уживання психоактивних речовин</i> Результуючий показник CRAFFT: 0-1 (значення змінної SU = 0)	<i>Високий ризик уживання психоактивних речовин</i> Результуючий показник CRAFFT: 2-6 (значення змінної SU = 1)

Розроблено авторами

Аналіз даних опитування продемонстрував, що серед 1 398 респондентів 75,5 % були жінками, середній вік респондентів становив 19 років ($19,55 \pm 3,18$). Більшість учасників навчалися на освітньому ступені бакалавра (53,3 %). Лише 6,8 % студентів проживали окремо, тоді як 82,7 % жили з родичами. Половина студентів жили та навчалися в Україні (50,7 %), решта переїхали до інших регіонів України (31,2 %) або виїхали за кордон (18,1 %) під час війни.

Узагальнення відповідей студентів на запитання опитувальника WPAI: SHP стосовно впливу психічних порушень на їх академічну продуктивність наведено в табл. 24.

Таблиця 24. Вплив проблем у сфері психічного здоров'я на академічну продуктивність здобувачів освіти

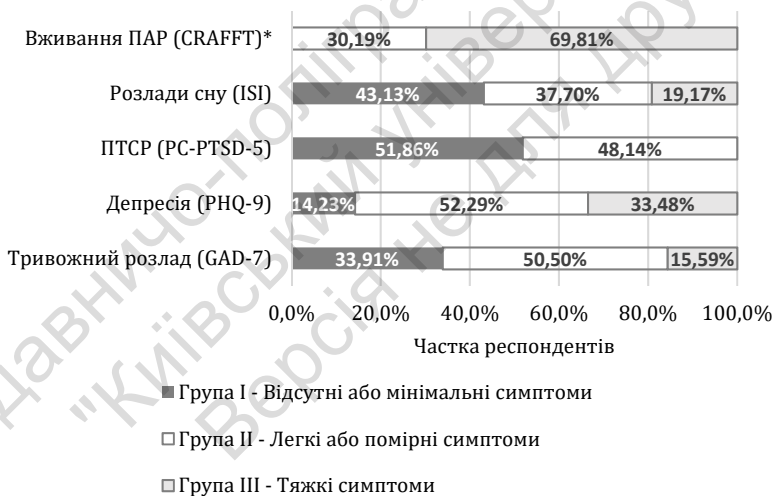
Показники впливу психічних порушень на академічну продуктивність студентів	Показники		
	середнє значення	медіанне значення	стандартне відхилення
Кількість годин, які студенти пропустили через проблеми психічного здоров'я упродовж останніх 14 днів	5.72	5	18.74
Кількість годин, які студенти фактично навчалися впродовж останніх 14 днів	34.99	30	25.72
Оцінювання негативного впливу проблем психічного здоров'я на здатність студентів виконувати звичайні повсякденні справи впродовж останніх 14 днів (за шкалою від 0 до 10)	3.43	3	2.94
Оцінювання негативного впливу проблем психічного здоров'я на академічну продуктивність студентів упродовж останніх 14 днів (за шкалою від 0 до 10)	3.41	3	2.96

Розроблено авторами за даними опитування

Протягом останніх 14 днів респонденти пропустили від двох до 72 навчальних годин через проблеми психічного здоров'я, витратили на навчання від 10 до 72 год. Оцінюючи рівень негативного впливу проблем психічного здоров'я на

здатність виконувати повсякденні справи протягом останніх 14 днів, респонденти найчастіше зазначали 3 серед 10 балів. Такий самий результат на рівні 3 серед 10 найчастіше траплявся серед відповідей респондентів щодо оцінювання негативного впливу проблем психічного здоров'я на академічну продуктивність. Тобто в середньому здобувачі освіти оцінили втрати академічної продуктивності через проблеми у сфері психічного здоров'я на рівні 30 %, що є доволі суттєвим за розміром значенням.

За даними вибірки, 66,1 % усіх респондентів мали симптоми тривожного розладу (легкі, помірні та тяжкі), 85,8 % – симптоми депресії (легкі, помірні, помірно-тяжкі та тяжкі), 48,1 % – симптоми ПТСП, 56,9 % – симптоми розладів сну (легкі, помірні та тяжкі), 100 % – ризик вживання психоактивних речовин (низький, помірний і високий) (рис. 17).



*для розладів, що пов'язані із вживанням ПАР:

Група II – низький або помірний ризик уживання ПАР;

Група III – високий ризик уживання ПАР.

Рис. 17. Виявлені симптоми психічних порушень серед студентів

Розроблено авторами за даними опитування

Важливо зазначити, що дані стосуються вибірки серед 1 398 респондентів, які відповіли на запитання розділу WPAI:SHP, тобто 59,1 % від загальної кількості респондентів (2364 студенти). Попри це, поширеність симптомів психічних порушень як в рамках загальної кількості респондентів, так і в рамках вибірки виявили майже повну ідентичність з відхиленнями на рівні однієї десятої.

На основі отриманих за результатами опитування кількісних даних розроблено систему змінних, що необхідні для регресійного моделювання. Зокрема, на основі відповідей респондентів на п'яте запитання опитувальника WPAI: SHP сформовано залежну змінну API (Academic Performance Impairment), яка могла набувати значень від 0 (відсутність негативного впливу проблем психічного здоров'я на академічну продуктивність) до 10 (максимальний негативний вплив проблем психічного здоров'я на академічну продуктивність). Цей показник дозволив кількісно оцінити негативний вплив психічних порушень серед студентів на їхню академічну продуктивність, а також у процесі моделювання визначити внесок різних психічних порушень до погіршення академічної продуктивності за допомогою регресійного аналізу.

Так само відповіді респондентів на запитання два-чотири використано для побудови змінної НМ – кількості годин навчання, які студенти пропустили через проблеми психічного здоров'я, у відсотках від загальної кількості годин, які студенти могли витратити на навчання протягом останніх 14 днів. Для отримання значення змінної НМ відповідь респондентів на друге запитання було поділено на суму відповідей на запитання два-чотири.

Зібрані дані узагальнено в програмі Microsoft Excel 2019, а потім проаналізовані за допомогою програмного забезпечення Eviews 12. Побудована у процесі аналізу регресійна модель дозволила оцінити зв'язок різних психічних порушень зі зниженням академічної продуктивності. Лінійна регресія завдяки широкому спектру застосувань посідає ключове місце серед методів математичної статистики. Цей інструмент успішно застосовують у дослідженнях психічного здоров'я, він

дозволяє оцінити закономірності, що спостерігаються на тлі випадкових коливань залежної змінної, і використати їх для подальшої інтерпретації результатів (10).

Використання лінійної регресії для кількісного оцінювання внеску різних психічних порушень до зниження академічної продуктивності студентів (API) обумовлено повною відповідністю зібраних кількісних даних умовам нормального розподілу. Лінійна регресія включала незалежні змінні, які показали значну кореляцію із залежною змінною. Незалежними змінними були вік респондентів (AGE), їх стать (GEN; 0 – жінка, 1 – чоловік), рік навчання (YEAR), кількість годин, що пропущені студентами через проблеми психічного здоров'я (у відсотках від загальної кількості годин, які студенти могли витратити на навчання протягом останніх 14 днів (HM)), вираженість симптомів тривожного розладу (A; 0 – мінімальні/відсутні, 1 – легкі/помірні, 2 – тяжкі), вираженість симптомів депресії (D; 0 – мінімальні/відсутні, 1 – легкі/помірні, 2 – помірні/тяжкі), вираженість симптомів ПТСР (P; 0 – відсутні, 1 – наявні), вираженість симптомів розладів сну (SD; 0 – відсутні, 1 – легкі, 2 – помірні/тяжкі), рівень ризику вживання психоактивних речовин (SU; 0 – низький/помірний ризик, 1 – високий ризик вживання речовин). Для оцінювання параметрів моделі методом найменших квадратів використано вибірку відповідей 1 398 респондентів.

На початковій стадії регресійного аналізу розроблено регресію, яка включала всі змінні, що мали значну кореляцію з залежною змінною API. Аналіз параметрів регресії продемонстрував проблему мультиколінеарності та недостатню значущість деяких незалежних змінних. Мультіколінеарність критично впливає на якісні показники моделі, а також її здатність правильно відображати наявні закономірності (11). Її наслідком є зміщення оцінок параметрів моделі, збільшення їх коваріації та незначущість параметрів моделі, коли t-статистика стає меншою за критичну. У такому випадку змінна YEAR мала значущу кореляцію зі змінною AGE, а змінна SU показала не-

достатній рівень статистики Стьюдента. Тому вирішено модифікувати регресійну модель і виключити змінні YEAR і SU. Після цього параметри моделі оцінено методом найменших квадратів за допомогою програмного забезпечення Eviews12 (табл. 25). Варто зазначити, що після оновлення структури незалежних змінних якісні показники моделі та надійність результатів регресійного аналізу покращилися, завдяки цьому модель набула завершеного математично визначеного вигляду:

$$API = 1,97 - 0,05*AGE - 0,40*GEN + 0,05*HM + \\ +0,87*D + 0,61*A + 0,55*SD + 0,38*P,$$

де API – показник негативного впливу психічних порушень серед студентів на їхню академічну продуктивність;

1,97 – константа моделі, яка відображає кумулятивний вплив усіх необлікованих факторів на залежну змінну;

AGE – вік студента (довільне ціле число);

GEN – стать студента (0 – жінка, 1 – чоловік);

HM – кількість годин, що пропущені студентами через проблеми психічного здоров'я, у відсотках;

D – вираженість симптомів депресії (0 – мінімальні/відсутні, 1 – легкі/помірні, 2 – помірні/тяжкі);

A – вираженість симптомів тривожного розладу (0 – мінімальні/відсутні, 1 – легкі/помірні, 2 – тяжкі);

SD – вираженість симптомів розладів сну (0 – відсутні, 1 – легкі, 2 – помірні/тяжкі);

P – вираженість симптомів ПТСР (0 – відсутні, 1 – наявні).

Результати аналізу продемонстрували валідність і належні якісні характеристики моделі. Стандартні помилки моделі доволі незначні, статистика Фішера та всі статистики Стьюдента є значущими, критерії Акайка, Шварца та Ханнана-Квінна мінімізовані. Результати тесту RESET у програмному середовищі Eviews 12 були позитивними, що свідчить про правильну функціональну форму моделі. Аналіз даних кореляційної матриці не показав мультиколінеарність, що є свідченням відсутності зміщення оцінок параметрів моделі.

Таблиця 25. Показники валідності й точності регресійної моделі

Залежна змінна: API		Метод: Найменших квадратів			
Вибірка: 1398		Включені спостереження: 1398			
Незалежна змінна	Значення показника	Статистична помилка	Статистика Стьюдента	Імовірність	
Константа (C)	1.976627	0.424105	4.660702	0.0000	
AGE	-0.052798	0.020098	-2.627038	0.0087	
GEN	-0.405565	0.153068	-2.649567	0.0082	
HM	0.047570	0.003906	12.17903	0.0000	
D	0.878346	0.130750	6.717727	0.0000	
A	0.608098	0.126115	4.821762	0.0000	
SD	0.553477	0.104777	5.282455	0.0000	
P	0.380994	0.147355	2.585550	0.0098	
Коефіцієнт детермінації	0.357661	Середня залежна змінна		3.406295	
Скоригований коефіцієнт детермінації	0.354426	Стандартне відхилення залежної змінної		2.961121	
Стандартна похибка регресії	2.379190	Критерій Акайка		4.577104	
Сума квадратів залишків	7868.160	Критерій Шварца		4.607105	
Логарифмічна правдоподібність	-3191.395	Критерій Ханнана-Квінна		4.588320	
Статистика Фішера (F-статистика)	110.5664	Статистика Дурбіна-Уогсона		1.758770	
Імовірність (F-статистика)	0.000000				

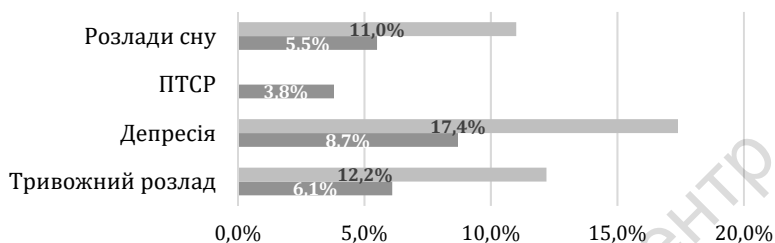
Розраховано авторами за Eviews 12.

Отримана регресійна модель підтвердила руйнівний вплив проблем у сфері психічного здоров'я на академічну продуктивність студентів закладів вищої освіти України під час війни. Як зазначалося, залежна змінна API кількісно вимірює негативний вплив психічних порушень на академічну продуктивність студентів і набуває значень від 10 (максимально негативний вплив) до 0 (негативний вплив відсутній). Таким чином, зростання значення API вказує на зниження академічної продуктивності здобувачів вищої освіти.

Інтерпретація даних регресійної моделі дозволяє зробити висновок про те, що легкі або помірні симптоми депресії підвищують значення API на 0,87, що свідчить про зниження академічної продуктивності студентів на 8,7 %.

Крім того, помірно тяжкі або тяжкі симптоми депресії призводять до зниження академічної продуктивності студентів на 17,4 %. Регресійне моделювання також підтвердило однаковий негативний вплив симптомів тривожного розладу, посттравматичного стресового розладу, розладів сну на академічну продуктивність студентів. Зокрема, тяжкі симптоми тривожного розладу призводять до зниження академічної продуктивності на 12,2 %, тоді як помірні або тяжкі симптоми розладів сну спричиняють зниження академічної здобувачів вищої освіти на 11 %. Посттравматичний стресовий розлад показав найменший негативний вплив на академічну успішність студентів (-3,8 %), порівняно з іншими психічними порушеннями (рис. 18).

На нашу думку, низькі оцінки негативного впливу ПТСР на академічну успішність студентів можна пояснити адаптацією здобувачів освіти до травмуючих подій, які пов'язані із повномасштабною війною, яка триває в Україні майже чотири роки. Значний негативний вплив депресії на академічну продуктивність узгоджується із симптомами даного психічного розладу, які пов'язані із втратою інтересу або задоволення, почуттям провини або низькою самооцінкою, порушенням сну або апетиту, втомую і поганою концентрацією уваги. Відповідно, депресія значно погіршує здатність людини працювати та навчатися, а також керувати власним життям.



Зростання значення змінної API свідчить про відповідне відсоткове зниження академічної продуктивності студентів

- Помірно тяжкі або тяжкі симптоми
- Легкі або помірні симптоми

Рис. 18. Зниження академічної продуктивності студентів, що зумовлене симптомами психічних порушень

Розроблено авторами за даними опитування

Оцінювання впливу окремих соціально-демографічних характеристик на академічну продуктивність продемонструвала, що вік і стать студентів відіграють важливу роль у передавальному механізмі впливу психічних порушень на продуктивність навчальної та наукової діяльності здобувачів освіти.

Фактично студенти старшого віку виявили більшу стійкість до впливу проблем у сфері психічного здоров'я. У випадку виявлення симптомів психічних порушень у студентів старшого віку вони демонстрували на 0,5 % менше зниження продуктивності, порівняно зі студентами молодшого віку. Крім того, студенти-чоловіки продемонстрували вищу стійкість до негативних наслідків психічних порушень. Унаслідок цього здобувачі освіти чоловічої статі демонстрували на 4,0 % менше падіння академічної продуктивності в умовах маніфестації симптомів психічних порушень.

Регресійна модель також підтвердила очевидний негативний вплив пропусків занять на академічну успішність, оскільки

збільшення відсотку годин, що пропущені студентами через проблеми психічного здоров'я, призводило на зниження академічної продуктивності їх навчальної та наукової діяльності на 0,5 %.

Таким чином, попри наявні об'єктивні обмеження результати проведеного регресійного моделювання, тестування валідності побудованих регресії та надійності опитувальника, безсумнівно та однозначно свідчать про деструктивний вплив психічних порушень на академічну продуктивність студентів під час війни. Це дозволяє дійти висновку про підтвердження гіпотези H1 та одночасне спростування гіпотези H0, які були визначені на початку дослідження.

Результати регресійного аналізу показали, що навіть легкі або помірні симптоми депресії, тривожного розладу, ПТСР і розладу сну пов'язані зі зниженням академічної продуктивності студентів на 8,7 %, 6,1, 3,8 і 5,5 %, відповідно. При цьому за тяжких симптомів даних психічних порушень їх негативний вплив на академічну діяльність студентів подвоюється та може сягати понад 17 % за депресії.

Комплексно оцінити масштаби та особливості впливу проблем у сфері психічного здоров'я на академічну продуктивність студентів складно без належного порівняння з результатами досліджень, які проводили серед студентів країн світу, які потерпали від війни. На жаль, наявні іноземні дослідження у цій сфері охоплюють або тільки доросле населення, або стосуються оцінювання наслідків поширення психічних порушень серед студентів на їх академічну продуктивність у мирний час, або охоплюють учнів шкіл і коледжів. Тому отримані в процесі аналізу результати мають становити особливий інтерес не лише для вітчизняних, а й для іноземних дослідників, адже заповнюють прогалину у цьому предметному полі і пропонують нову методiku дослідження.

Проведений аналіз показав, що значне погіршення психічного здоров'я студентів українських університетів під час війни не лише негативно впливає на їх академічну продуктивність, а й загрожує формуванню трудового потенціалу України, що вимагає швидкої реакції як на інституційному рівні, так і на рівні державної політики.

Українські заклади вищої освіти мають запроваджувати практику моніторингу ментального здоров'я студентів, регулярно оцінювати його вплив на академічну продуктивність, здійснювати профілактичні заходи та забезпечувати належну психосоціальну підтримку здобувачів освіти. Університетам потрібно визначити пріоритетність збереження ментального здоров'я студентів і перетворити його на стратегічну мету закладу, що сприятиме підготовці кваліфікованих фахівців і розвитку людського капіталу України.

Джерела та література

1. York T., Gibson C., Rankin S. Defining and Measuring Academic Success. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2015; 20(1):5. <https://doi.org/10.7275/hz5x-tx03>

2. Caballero C., Abello R., Palacio J. Relación de burnout y rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2007. 25(2), 98–111.

3. Byrnes J. Piaget's Cognitive-Developmental Theory. *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*. Elsev. 2020. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23519-0>

4. Sanghvi P. Piaget's theory of cognitive development: a review. *Indian Journal of Mental Health*. 2020. 7(2). <https://doi.org/10.30877/IJMH.7.2.2020.90-96>

5. Chavez-Baldini U., Nieman D., Keestra A. et al. The relationship between cognitive functioning and psychopathology in patients with psychiatric disorders: a transdiagnostic network analysis. *Psychological medicine*, 2023. 53(2), 476–485. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001781>

6. Jokela M. Why is cognitive ability associated with psychological distress and wellbeing? Exploring psychological, biological, and social mechanisms. *Pers. Individ. Differ.*, 2022. 192, 111592. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111592>

7. BrainWare. *Cognitive Learning Theory*. 2023. <https://mybrainware.com/cognitive-learning>

8. Reilly M., Zbrozek A., Dukes E. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment

measure. *Pharmacoeconomics*. 1993. <https://doi.org/10.2165/00019053-199304050-00006>

9. MacKinnon J., White H. Some heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimators with improved finite sample properties. *J. Econometrics*. 1985. [http://dx.doi.org/10.1016/0304-4076\(85\)90158-7](http://dx.doi.org/10.1016/0304-4076(85)90158-7)

10. Farahani H., Rahiminezhad A., Same L., Immanezhad K. A Comparison of Partial Least Squares (PLS) and Ordinary Least Squares (OLS) regressions in predicting of couples mental health based on their communicational patterns. *Procedia Soc and Behav Sci*. 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.308>

11. Marsh H., Dowson M., Pietsch J., Walker R. Why multicollinearity matters: A reexamination of relations between self-efficacy, self-concept, and achievement. *J. Educ. Psychol.*, 2004; 96(3), 518–522. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.96.3.518>

Сутність розробленої моделі полягає, з одного боку, в індивідуальному підході до кожного студента, з іншого – у системному комплексному підході до розв'язання загальних проблем психічного здоров'я здобувачів освіти. Такий багаторівневий підхід є запорукою психічного благополуччя, ефективного функціонування та академічної продуктивності студента. Чотири складові моделі об'єднують зусилля суспільства та визначають роль і місце ЗВО, родини та друзів, а також фахівців (клінічних психологів; сімейних лікарів; психотерапевтів і психіатрів) у здійсненні основної мети – збереження психічного здоров'я здобувачів освіти.

Інноваційність запропонованої моделі полягає в акценті на профілактичні втручання та психосоціальну підтримку психічного здоров'я студентів під час війни; використанні сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, зокрема, штучного інтелекту; комплексному підході до розв'язання індивідуальних проблем студента та створенні інклюзивного освітнього середовища, що позбавлене стигми, дискримінації та сприяє всебічній підтримці психічного здоров'я студентської молоді.

Розглянемо детальніше окремі складові цієї моделі.

1. Сектор "СУСПІЛЬСТВО"

Психосоціальна підтримка

Кризова ситуація, що відбувається в Україні, значно впливає на психоемоційний стан студентів, завдає шкоди їх здоров'ю. У довготривалій перспективі це може мати значні соціальні та психологічні наслідки. Вчасно та якісно надана психосоціальна підтримка (ПП) допоможе відновитись після кризових подій і мінімізувати ризик виникнення серйозних психологічних проблем, оскільки саме ПП сприяє розвитку механізмів подолання стресу та підвищує стійкість до нього (1).

Одним серед головних завдань ПП щодо студентів є формування психологічно безпечного середовища, в якому принципи конфіденційності, відсутність дискримінації та стигм навколо психічних і фізичних проблем має пріоритетне значення (2). Для цього необхідний багатогранний підхід, доступні та гнучкі системи надання послуг, які поєднують залучення спільноти та сучасні цифрові технології.

Низка заходів з ПП має включати:

- ♦ розповсюдження матеріалів з психічного здоров'я, стратегії самопомоги та доступних ресурсів (книг, брошур, онлайн-ресурсів);

- ♦ надання психосоціальних послуг (консультування, представництво інтересів, соціальний супровід та адаптація, соціальне відновлення), а також забезпечення соціально-психологічної підтримки учасників освітнього процесу, супровід під час інклюзивного навчання;

- ♦ розроблення онлайн і цифрових моделей надання підтримки з питань психічного здоров'я молоді, створення кризових гарячих ліній і служб підтримки та допомоги;

- ♦ створення програм раннього втручання для забезпечення цільової підтримки студентів, які мають проблеми психічного здоров'я; проведення інтенсивних заходів консультування в освітній і соціальній сфері, за потреби – скерування із груп ризику до відповідних медичних служб;

- ♦ створення мережі підтримки "рівний-рівному", де молоді люди з досвідом позитивного розв'язання проблем психічного здоров'я можуть надавати поради та емоційну підтримку іншим людям, які стикаються з подібними проблемами;

- ♦ розширення доступу до цифрових і телемедичних рішень, дистанційне консультування та підтримка студентів із субклінічними симптомами психічних розладів;

- ♦ проведення семінарів з управління стресом у закладах освіти для навчання студентів практичних стратегій управління стресом, тривогою тощо;

- ♦ проведення тренінгів з надання першої допомоги у сфері психічного здоров'я для студентів, викладачів та інших фахівців першої лінії контакту з тим, щоб вони були спроможні визначати ознаки субклінічних симптомів і запропонувати підтримку;

- ♦ співпраця з громадськими організаціями, закладами освіти, органами влади та місцевого самоврядування задля створення сприятливого середовища для молоді з проблемами психічного здоров'я, утворення громадських центрів, де студенти можуть отримати відповідні послуги психосоціальної підтримки;

- ♦ запровадження програм психосоціального відновлення, навчання стратегіям оздоровлення та розвитку стійкості, включаючи управління стресом, навичкам подолання та практикам самообслуговування;

- ♦ розроблення та впровадження комплексних програм профілактики вживання психоактивних речовин і запобігання самогубствам;

- ♦ підтримка студентів, які страждають на психічні розлади, у доступі та участі в громадських заходах і працевлаштуванні;

- ♦ надання комплексної медико-соціальної допомоги та довготривалої підтримки із забезпеченням "дружнього підходу" до студентів, які мають психічні розлади.

В умовах війни пріоритетами для ПП є:

1. Розроблення надійної системи реагування на надзвичайні ситуації та кризового втручання для вирішення негайних психосоціальних потреб (створення гарячих ліній, мобільних кризових груп і центрів невідкладної допомоги для надання швидкого оцінювання, стабілізації та підтримки тих, хто переживає гострий стрес або кризи психічного здоров'я).

2. Промоція важливості ПП і формування стійкості задля допомоги молодим людям упоратися з психологічними та соціальними наслідками війни. Підвищення обізнаності щодо наслідків війни для психічного здоров'я, важливості охорони психічного здоров'я та ПП. Втручання на рівні громади з метою зміцнення мережі соціальної підтримки, розвитку навичок подолання стресу та формування стресостійкості в ситуації постійних викликів війни.

3. Профілактика проблем психічного здоров'я молоді. Уживання заходів на ранній стадії, забезпечення найкращого старту у житті та переходу до першого досвіду роботи, підтримка стійкості молоді для вироблення в них ресурсу для повноцінного продуктивного та соціально активного життя.

4. Сприяння розв'язанню проблем психічного здоров'я студентів, які постраждали від війни. Підтримка у наданні спеціалізованих послуг з психічного здоров'я, а також поси-

лення співпраці з гуманітарними організаціями для розв'язання проблем переміщених осіб. Послуги з реабілітації та реінтеграції для тих, хто пережив тортури, сексуальне насильство та інші форми психологічних травм.

5. Створення та оновлення програм розвитку потенціалу та навчання для постачальників послуг психічного здоров'я та ПП (підвищення кваліфікації медичних працівників, громадських працівників, учителів тощо, які залучені до надання послуг з психічного здоров'я), що включає навчання з надання допомоги з урахуванням травм і першої психологічної допомоги.

6. Поліпшення доступності психосоціальних послуг для студентської молоді, наближення послуг до отримувачів, розширення спектру послуг, що впливають на якість життя та психічне здоров'я (освіта, робота, фінанси, дозвілля тощо).

Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 2118 "Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню"¹⁸ від 13 грудня 2023 року визначено механізм надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг з питань психічного здоров'я, зокрема, щодо запобігання суїциду та психосоціального компоненту реабілітації ветеранів війни та інших груп населення, встановлено вимоги до організації та забезпечення надання психосоціальної допомоги під час чи після надання медичної або реабілітаційної допомоги. До Наказу додано: а) перелік психосоціальних послуг, що можуть бути надані у складі психосоціальної допомоги; б) перелік валідних методів психологічної діагностики, які можна використовувати для проведення психологічної діагностики та оцінювання якості психологічної допомоги; в) перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю.

Просвітницькі кампанії та цифровізація послуг

Просвітницькі кампанії – це організовані заходи або дії, що спрямовані на підвищення рівня обізнаності громадськості щодо певної теми, проблеми чи явища. Їх основною метою є

¹⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0126-24>

інформування, навчання, зміна ставлення або поведінки людей. Стигматизація психічних розладів і брак інформації часто заважають людям звертатися по допомогу. У цьому контексті просвітницькі кампанії відіграють ключову роль, допомагаючи підвищити обізнаність суспільства, зменшити негативне ставлення до людей із психічними розладами та забезпечити доступ до необхідних ресурсів (3).

Для підтримки психічного здоров'я студентів в умовах війни основними цілями просвітницьких кампаній мають бути:

- ♦ *Дестигматизація проблем психічного здоров'я.* Просвітницька робота, яка спрямована на зміну суспільних стереотипів щодо проблем психічного здоров'я з тим, аби студенти не соромилися шукати допомогу. Це має бути досягнуто через поширення реальних історій студентів, які змогли подолати труднощі.

- ♦ *Інформування про ознаки розладів.* Інформаційно-просвітницькі та освітні компанії, які можуть навчати студентів розпізнавати ознаки депресії, тривоги та інші розлади, що дасть змогу вчасно звернутися до фахівців з психічного здоров'я.

- ♦ *Підтримка самопомоги та профілактика.* Розповсюдження інформації про способи підтримки психічного здоров'я, такі як фізична активність, медитація, техніки зниження стресу тощо.

- ♦ *Поширення інформації про доступ до допомоги.* Інформування студентів про наявні сервіси підтримки, зокрема, гарячі лінії, клініки, психологічні служби тощо. Прикладом таких кампаній є програми, що поширюють у соціальних мережах, засоби масової інформації, університеті. Вони можуть включати публічні лекції, вебінари, флешмоби, відеоролики з тим, щоб люди не боялися ділитися своїми проблемами з близькими, звертатися по допомогу до спеціалістів. Важливо також залучити до діалогу лідерів думок, таких як відомі особистості або інфлюенсери, які можуть вплинути на суспільну думку.

Цифрові можливості для підтримки психічного здоров'я студентів стають дедалі популярнішими та ефективнішими. Вони забезпечують доступ до інформації та допомоги в будь-

який час, що особливо важливо для студентів, які часто стикаються зі стресами, навчальним навантаженням та іншими викликами, що зумовлені війною.

Основними напрямками використання цифрових технологій для підтримки психічного здоров'я студентів в умовах війни є онлайн-консультації з психологом; чати та гарячі лінії підтримки; онлайн-платформи з освітніми ресурсами; форуми та спільноти підтримки; віртуальні помічники (чат-боти); інтерактивні журнали й трекери настрою; використання штучного інтелекту; мобільні додатки.

Подолання стигми та дискримінації

Стигматизація – це упереджене, негативне ставлення до окремої людини чи групи людей, що пов'язане з наявністю у неї/них особливих властивостей чи ознак (4). Вона виявляється опосередковано через поширення в суспільстві негативного ставлення, що пізніше призводить до дискримінації як прямого порушення прав. Одними серед найбільш стигматизованих у суспільстві є психічні захворювання та розлади внаслідок уживання психоактивних речовин (5).

Дискримінація виявляється в рішеннях і діях, що спрямовані на обмеження або привілеї щодо особи та/або групи осіб за ознаками раси, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження або іншими ознаками, якщо вони унеможливають визнання та реалізацію на рівних підставах прав і свобод людини та громадянина.

Стигма та дискримінація впливають на самосвідомість людини, викликаючи депресію, занижену самооцінку та відчай, оскільки зачіпають почуття власної гідності. Вони провокують нездатність будувати стосунки з людьми поза чи всередині власної групи, відчуття безпорадності, відсутності контролю над ситуацією. Стигма є не лише психологічною проблемою, вона має також соціальні та медичні наслідки (6). Негативне ставлення може підштовхнути людину до дій, які спроможні завдати шкоди іншим. Тому так важливо створювати безпечне середовище для молодих людей із розладами психіки як у сфері послуг з психічного здоров'я, так і в суспільстві.

Стигматизації та дискримінації сприяє недостатність знань про психічні захворювання, міфи та стереотипи щодо осіб з розладами психіки, упереджене ставлення до людей, які мають особливі властивості. Але кожна людина має право на повагу та гідність, незалежно від стану здоров'я та захворювання, тому вкрай важливо визнавати та підтримувати права осіб, які стикаються з проблемами психічного здоров'я, а також захищати їх персональні дані (7).

Для підвищення обізнаності, зменшення стигми та дискримінації, що пов'язані з проблемами психічного здоров'я, необхідно розроблення інформаційних кампаній, зокрема масової реклами через медіа, створення спеціалізованих веб-сайтів, заохочення відкритого діалогу про психічне здоров'я в закладах вищої освіти. Підвищення обізнаності та навчальні просвітницькі програми допоможуть розвіяти хибні уявлення та спонукають молодих людей звертатися по допомогу за потреби (8).

Для запобігання стигми та дискримінації в освітньому середовищі важливе значення має створення відносин, що побудовані на цінностях толерантності до інакшості учасників освітнього процесу (9). Заклад вищої освіти є найбільш придатним середовищем для підвищення обізнаності про стигму, а також про толерантність, емпатію, прийняття, асертивність. Тож ЗВО має бути лабораторією для плекання толерантності до інакшості інших осіб, запобігання приниженню людської гідності за певними ознаками, дотримання етичних норм за різних обставин і в міжособистісних стосунках.

Важливим компонентом подолання стигми та дискримінації в ЗВО є розширення знань і компетентності викладачів щодо варіативності виявлення стигматизації в освітньому середовищі, формування в них навичок запобігання поширенню такої стигматизації щодо студентів, які мають проблеми психічного здоров'я. Використання різних технік спілкування, таких як неосудна мова, активне слухання,

заохочення до спілкування позитивним підкріпленням допомагає зменшити стигму навколо проблем психічного здоров'я (10).

Викладацький і педагогічний персонал мають розуміти особливості виявлення певних психічних розладів для вчасного їх розпізнавання та коригування власної поведінки; мати здатність застосовувати нові знання та навички для формування толерантного освітнього середовища та запобігання стигматизації в освітньому середовищі.

Основними завданнями просвітницької роботи в цьому напрямку є:

- ♦ розкрити поняття *стигма, стигматизація, дискримінація*;
- ♦ визначити основні варіанти виявлення стигматизації в освітньому середовищі щодо осіб з психічними розладами;
- ♦ показати, наскільки поширені певні психічні розлади серед нашого оточення;
- ♦ розглянути основні способи запобігання стигматизації в освітньому середовищі щодо осіб з психічними розладами.

Очікується, що як результат цієї роботи викладацький і навчально-допоміжний персонал ЗВО отримує наступні компетентності:

- ♦ розуміння особливостей виявлення певних психічних розладів для вчасного їх розпізнавання та коригування поведінки;
- ♦ засвоєння інформації про способи запобігання стигматизації в освітньому середовищі та здатність застосовувати нові знання та навички для формування толерантного освітнього середовища і запобігання стигматизації.

З метою надання закладам вищої освіти України практичної допомоги у створенні, адаптації та впровадженні внутрішніх положень, що спрямовані на запобігання та протидію дискримінації, насильству, зокрема гендерно зумовленому, сексуальним домаганням, а також забезпечення рівності прав і можливостей усіх учасників освітнього процесу, Міністерство освіти і науки України розробило та затвердило Методичні рекомендації щодо впровадження політики протидії дискримінації, сексуальним домаганням та підтримки рівності

у закладах вищої освіти України (наказ №1275 від 23 вересня 2025 року)¹⁹. Наказ, зокрема, передбачає його доведення до ЗВО для врахування під час розроблення та впровадження внутрішніх положень, процедур і заходів, що спрямовані на створення безпечного інклюзивного та недискримінаційного освітнього середовища.

Серед ключових принципів Методичних рекомендацій:

- ♦ повага до людської гідності, приватного життя та прав кожної людини;
- ♦ нульова толерантність до будь-яких форм дискримінації та насильства, зокрема, сексуальних домагань;
- ♦ забезпечення травма-інформованого підходу та підходу, що орієнтований на постраждалого;
- ♦ забезпечення конфіденційності;
- ♦ неупереджене, своєчасне, комплексне та ефективне реагування на скарги.

2. Сектор "РОДИНА ТА ДРУЗІ"

Родина та друзі мають глибокий вплив на ментальне здоров'я студентів, виступаючи джерелом емоційної підтримки, розуміння та мотивації. Їхня присутність допомагає студентам справлятися з навчальними та соціальними викликами, зменшуючи рівень стресу й тривожності. Сім'я забезпечує відчуття безпеки, прийняття та розуміння. Водночас підтримка з боку близьких людей формує відчуття належності, підвищує самооцінку та стимулює особистий розвиток. Соціальні зв'язки з однолітками також дуже важливі для психологічного благополуччя людини. Друзі можуть бути джерелом взаємної підтримки, оскільки вони часто перебувають у подібних життєвих ситуаціях. Завдяки такій підтримці студенти можуть краще адаптуватися до змін, які відбуваються під час навчання, і долати труднощі більш ефективно (11).

¹⁹ <https://mon.gov.ua/npa/pro-zatverdzhennia-metodychnykh-rekomendatsii-shchodo-vprovadzhennia-polityky-protydii-dyskryminatsii-seksualnym-domahanniam-ta-pidtrymky-rivnosti-u-zakladakh-vyshchoi-osvity-ukrainy>

Залучення друзів і членів сім'ї до підтримки психічного здоров'я студентів може бути організоване за допомогою кількох стратегій:

- ♦ психоемоційна підтримка;
- ♦ підтримка в кризових ситуаціях;
- ♦ заохочення до здорового способу життя й саморозвитку;
- ♦ забезпечення відчуття належності.

Психоемоційна підтримка студентів з боку сім'ї та друзів під час війни є важливим фактором збереження психологічної стійкості та здатності адаптуватися до складних умов. У контексті війни стрес і тривога значно зростають через невизначеність, небезпеку, фізичну загрозу та постійне емоційне навантаження (12). Підтримка оточуючих допомагає студентам справлятися з цими викликами. Психоемоційна підтримка – це допомога в емоційному та психологічному аспектах життя, яка спрямована на зниження рівня стресу, тривоги, надання емоційного комфорту та впевненості. Вона включає як фізичну присутність, так і моральну підтримку через спілкування, взаєморозуміння та практичну допомогу (13).

Як саме виявляється підтримка з боку сім'ї та друзів?

1. Емоційна підтримка: вислуховування та співчуття, теплі дружні обійми та прості слова співчуття ("мені дуже шкода", "я так тобі співчую"). Коли студенти діляться своїми переживаннями та страхами, сім'я та друзі можуть просто вислухати, не оцінюючи чи даючи поради, а лише виявляючи розуміння; надання впевненості: "твої почуття абсолютно нормальні й виправдані", "ти не один/одна, я поруч із тобою" допомагає знизити рівень тривоги та надає надію на краще.

2. Фізична підтримка: забезпечення безпечного простору; сім'я може створити відчуття захищеності та стабільності, навіть якщо загальна ситуація є напруженою; допомога у побутових питаннях: друзі та родичі можуть допомогти розв'язувати повсякденні проблеми, такі, як забезпечення харчуванням, житлом, транспортом.

3. Практична допомога: під час війни студенти можуть стикатися з труднощами в навчанні через проблеми з інтернетом чи електроенергією. Родичі та друзі можуть надати

доступ до ресурсів або допомоги з організацією навчання; під час кризи важливо мати доступ до достовірної інформації. Друзі та родичі можуть допомогти віднайти точну інформацію та уникнути панічних чуток.

4. Соціальна підтримка: навіть в умовах ізоляції спілкування телефоном, відеозв'язком або через соціальні мережі допомагає студентам почуватися частиною спільноти; друзі можуть організовувати спільний відпочинок, невеликі тренування, онлайн-зустрічі, що допомагає відволіктися від постійного стресу.

5. Моральна підтримка: у складні часи родина та близькі можуть допомагати студентам знаходити сенс у тому, що відбувається, підтримувати моральні сили через спільні цінності та переконання.

Психоемоційна підтримка з боку сім'ї та друзів під час війни допомагає студентам зберегти стабільність, адаптуватися до нових умов і краще справлятися з наслідками подій, що травмують. Вона відіграє ключову роль у запобіганні психологічних травм, зменшує ризик розвитку депресій, тривожних розладів і сприяє емоційній стабільності (14).

Підтримка здорового способу життя. Родина та друзі можуть допомогти студенту навчитися справлятися зі стресом шляхом сумісної практики навичок, таких як дихальні вправи, медитація, фізична активність або ведення щоденника.

Дослідження доводять, що заняття спортом, особливо командними видами, покращують психологічне благополуччя та асоціюються з кращим психічним здоров'ям загалом (15). Регулярне тренування та будь-які фізичні вправи сприяють полегшенню симптомів депресії та стресу, покращують якість життя, зміцнюють самооцінку, соціальні навички та взаємодію з людьми, позитивно впливають на успіхи у навчанні та на роботі. У людей, в яких діагностовано захворювання, пов'язане із тривогою або стресом, покращуються когнітивні навички – пам'ять, словниковий запас і творче мислення.

Відповідно до рекомендації ВООЗ і Центру контролю та профілактики захворювань США, дорослим людям бажано займатись не менше 150 хв. аеробною активністю середньої

інтенсивності (зокрема, швидкою ходьбою) на тиждень. Якщо 150 хв. на тиждень здається забагато, то можна зайнятися інтенсивною анаеробною активністю протягом 75 хв. (16).

Родина може заохотити до занять фізичною активністю студента через власний приклад або через проведення спільного часу під час активного відпочинку чи занять груповим спортом (гра у футбол, кінний спорт, гірськолижні види спорту тощо).

Сімейне коло допомагає створити стабільне середовище, де студенти можуть зосередитися на навчанні та особистому розвитку. Це може бути допомога з організацією часу, побутові поради тощо. Проблема деяких студентів полягає в тому, що вони не об'єктивно оцінюють свою компетентність з того чи іншого питання, унаслідок чого неправильно планують свій час для його вирішення і потерпають від стресу за невдачі. За допомогою самоорганізації кожен студент має можливість ефективно спланувати свій розпорядок дня, місяця, року. Особливо важливо використовувати теоретичні основи самоменеджменту, починаючи з процесу оволодіння майбутньою професією. Це можливість успішно реалізувати поставлені плани і розв'язувати проблеми в майбутній професії, а головне – виділяти час для свого здоров'я та менше піддаватися стресу.

Забезпечення відчуття належності. Відчуття належності – важлива складова психічного та емоційного благополуччя; воно допомагає знизити рівень стресу, підвищує впевненість у собі та забезпечує внутрішню стабільність (17). Підтримка родини та друзів створює для студента середовище, в якому він відчувається частиною спільноти, де його люблять, розуміють і приймають. Батьки можуть сприяти розвитку здорових соціальних зв'язків, допомагаючи студенту брати участь у соціальних заходах і бути активним у спілкуванні з друзями.

Важливо, щоб студент почувався частиною родини та мав підтримку за будь-яких обставин. Це сприяє почуттю стабільності та допомагає знизити рівень самотності. Студенти часто стикаються з численними викликами, зокрема, навчальними,

соціальної взаємодії та життєвих змін. Почуття належності допомагає зменшити тривожність і стрес, оскільки студент знає, що його оточують люди, які можуть допомогти у важкі моменти.

Родина та друзі можуть регулярно цікавитися тим, як студент почувається, вислуховувати його без осуду та підтримувати за будь-яких труднощів, створюючи атмосферу безпеки. Коли студент відчуває, що є частиною групи, яка його підтримує, це позитивно впливає на його самооцінку. Він відчуває свою цінність і важливість для інших, що знижує ризик розвитку депресії й тривожних розладів. Друзі та родина мають наголошувати на сильних сторонах студента, підбадьорювати його, хвалити за досягнення та підтримувати за невдач.

Студент, який відчуває належність до сім'ї або дружнього кола, краще адаптується до нових соціальних умов. Це дає відчуття стабільності та безпеки, навіть у нестабільні періоди (зокрема, під час зміни місця проживання, нових соціальних груп). Родина може регулярно залучати студента до участі у сімейних заходах, а друзі – організовувати спільний відпочинок або заходи, під час яких студент почуватиметься потрібним і частиною колективу.

Сімейна підтримка допомагає студенту боротися з почуттям самотності, яке може виникати через ізоляцію або недостатню кількість контактів з іншими людьми. Відчуття належності допомагає студенту бути емоційно стійкішим і легше долати життєві виклики. Родина та друзі мають емоційно підтримувати відкриту комунікацію, допомагати студенту говорити про свої почуття, демонструвати готовність вислухати та надати допомогу.

Підтримка з боку близьких може мотивувати та надихати, надаючи відчуття належності до групи, і допомагає студентам відчувати, що його зусилля цінують.

3. Сектор "ПРОФЕСІЙНА ПІДТРИМКА"

Клінічний психолог

Фахова допомога клінічного психолога для відновлення психічного здоров'я молоді є важливим елементом у процесі

адаптації до стресових ситуацій, зокрема таких, як війна. Клінічний психолог – спеціаліст з діагностики, профілактики та лікування психічних розладів, надає кваліфіковану допомогу молоді, що переживає емоційні та психічні труднощі (18, 19).

Основні функції клінічного психолога:

- ♦ *Діагностика психічного стану.* Психолог проводить діагностичні тести, інтерв'ю та спостереження для оцінювання психічного стану пацієнта. Це включає виявлення симптомів депресії, тривожних, посттравматичних стресових розладів тощо.

- ♦ *Психологічне консультування.* Психолог надає консультації для розв'язання проблем, що пов'язані із життєвими стресорами, особистими кризами або емоційними труднощами. Консультування спрямоване на надання емоційної підтримки та розвиток стратегій для подолання складних життєвих ситуацій.

- ♦ *Психотерапія* – це глибший рівень допомоги, що включає роботу над внутрішніми конфліктами, травмами, тривалими емоційними проблемами. Клінічні психологи використовують різні методи психотерапії (когнітивно-поведінкову терапію, психоаналіз, гештальт-терапію тощо), щоб допомогти пацієнтам краще розуміти себе та змінювати поведінку або мислення.

- ♦ *Навчання навичок подолання стресу.* Клінічний психолог допомагає молодим людям розвивати стратегії для зниження стресу, включаючи техніки релаксації, управління емоціями та розвиток навичок розв'язання проблем.

- ♦ *Профілактика психічних розладів.* Клінічний психолог працює на запобігання розвитку серйозних психічних розладів шляхом регулярних консультацій, допомагаючи виявити та розв'язати проблеми на ранніх стадіях.

- ♦ *Підтримка під час криз.* Психологічна допомога є особливо важливою під час кризових ситуацій, таких як втрата близьких, травматичні події, раптові зміни в житті. Клінічний психолог допомагає впоратися з інтенсивними емоційними переживаннями та надає підтримку у процесі адаптації.

У чому виявляється допомога клінічного психолога:

- ♦ *Робота з емоційною травмою.* Клінічний психолог допомагає молодим людям, які пережили травматичні події, відновити емоційну рівновагу. Це може бути опрацювання психологічних травм, що спричинені війною, насильством або втратами. За допомогою терапії пацієнти вчаться краще розуміти свої емоції та реагувати на них здоровими способами.

- ♦ *Подолання депресії й тривожних розладів.* Психолог використовує різні методи лікування депресивних і тривожних станів, що є поширеними серед молоді під час стресових подій. Це включає як когнітивно-поведінкові техніки, так і глибинні психотерапевтичні методи для зміни нездорових шаблонів мислення (20).

- ♦ *Розвиток резиліентності (психологічної стійкості).* Психологічна стійкість дозволяє молоді адаптуватися до труднощів і зберігати душевну рівновагу у складних життєвих обставинах. Клінічний психолог допомагає розвивати внутрішні ресурси для подолання викликів, що можуть виникати через війну, навчання тощо.

- ♦ *Підтримка соціальних навичок.* Деякі молоді люди можуть відчувати ізоляцію або труднощі у спілкуванні. Клінічний психолог допомагає покращити соціальні навички, що сприяє зміцненню соціальних зв'язків і кращій адаптації до життя в колективі чи суспільстві.

- ♦ *Підтримка під час навчального процесу.* Психологічні проблеми, особливо у стресових умовах, можуть впливати на здатність до навчання (21). Клінічний психолог допомагає студентам управляти емоціями, покращувати концентрацію та продуктивність, що сприяє їхньому академічному успіху.

Фахова допомога клінічного психолога відіграє значну роль у процесі відновлення психічного здоров'я молоді, особливо в умовах стресу чи травматичних подій. Вона дозволяє не тільки зменшити рівень психічного та емоційного напруження, але й запобігти розвитку серйозних психічних розладів, надаючи можливість для повноцінного функціонування та збереження якості життя.

Сімейний лікар

Психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, що спрямовані на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах і в порядку, що передбачені Законом України "Про психіатричну допомогу"²⁰, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, зокрема, унаслідок уживання психоактивних речовин.

До сімейного лікаря можна звернутися за будь-яких виявів психічних порушень і розладів. У межах своєї компетенції сімейний лікар здійснює клінічне оцінювання психічного статусу, надає психологічну допомогу, проводить психосоціальні, фармакологічні та поведінкові втручання; за потреби дає направлення до лікаря-психіатра або психотерапевта (22).

Надання психіатричної допомоги на первинному рівні медичної допомоги в Україні здійснюють за програмою mhGAP²¹.

Програма дій з подолання розривів у психічному здоров'ї (*Mental Health Gap Action Programme – mhGAP*) – це глобальна флагманська програма ВООЗ, що спрямована на підвищення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я шляхом залучення неспеціалізованих щодо психічного здоров'я кадрів (зокрема, сімейних лікарів) до надання допомоги людям із психічними розладами.

Керівництво mhGAP і його версія для надзвичайних гуманітарних станів пропонує медичним працівникам загальної практики протоколи діагностики, ведення поширених психічних розладів та інші важливі для роботи інструменти та знання:

1. Надання допомоги людям із поширеними психічними розладами (депресія; гостра реакція на стрес; тривога; ПТСР; суїцидальна поведінка; розлади, що пов'язані з уживанням психоактивних речовин; інші скарги на стан психічного здоров'я).
2. Ефективне комунікування з пацієнтом, його близькими.
3. Оцінювання пріоритетних розладів.

²⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

²¹ <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241549790>

4. Супроводження розладів легкого або помірного ступеня важкості, коли людина не хоче йти до вузького спеціаліста (психіатра, психотерапевта, психолога).

5. Скерування до спеціалістів і відповідних служб (зокрема, соціальних служб, реабілітаційних центрів тощо).

Що потрібно зробити пацієнту для отримання психіатричної допомоги на первинному рівні:

1. Звернутися до сімейного лікаря, лікаря-терапевта.

2. Надати згоду на скринінг психічних розладів (діагностику психологічного стану) для виявлення розладів психічного здоров'я.

3. За позитивного результату скринінгу психічних розладів пройти оцінювання стану фізичного здоров'я та психічного статусу.

4. За потреби пройти лабораторні та інструментальні дослідження.

5. Взяти участь у складанні плану лікування.

6. Отримати базову психологічну допомогу.

7. За бажанням підтримувати дистанційний зв'язок із сімейним лікарем, навіть під час отримання спеціалізованої медичної допомоги.

Психіатр (психотерапевт)

До лікаря-психіатра можна звернутись за наявності розладів психіки та поведінки, кризових станів, соматичних розладів, які погіршують якість життя, негативно впливають на навчання, роботу, стосунки, викликають збентеження та змушують уникати ситуацій або людей. Психіатр (психотерапевт) здійснює діагностику, лікування, проводить профілактику та реабілітацію.

По психіатричну допомогу потрібно звертатися, якщо наявні ознаки психічних розладів, зокрема, після пережитого травматичного досвіду; розлади настрою (апатія, депресія), тривала тривога, панічні атаки, фобії, тривалі розлади сну, нав'язливі думки, розлади харчової поведінки, слухові або зорові галюцинації, думки про завдання собі або іншим ушкоджень,

суїцидальні думки тощо, залежність унаслідок уживання психоактивних речовин.

Підставами для отримання спеціалізованої психіатричної допомоги може бути: самозвернення; направлення сімейного лікаря; доставлення бригадою екстреної медичної допомоги; рішення суду, якщо пацієнт/пацієнтка не дає згоди на госпіталізацію (відповідно до чинного законодавства).

З урахуванням особливостей наявного психічного розладу, а також виду послуг, яких потребує пацієнт, такі послуги можуть бути надані амбулаторно або стаціонарно. Для отримання амбулаторної психіатричної допомоги необхідно звернутись до сімейного лікаря за направленням до необхідного спеціаліста або безпосередньо до лікаря-психіатра чи лікаря-психотерапевта закладу з надання психіатричної допомоги в амбулаторних умовах; здійснити призначені діагностичні, лабораторні та інструментальні обстеження; отримати лікування, згідно з визначеним діагнозом за відповідним клінічним протоколом.

Для отримання стаціонарної психіатричної допомоги необхідно звернутись за направленням до одного з лікарів обраного закладу з надання стаціонарної психіатричної допомоги; надати усвідомлену згоду на психіатричний огляд з визначенням потреби у госпіталізації; взяти участь у формуванні індивідуального плану лікування та реабілітації; здійснити призначені лабораторні та інструментальні обстеження; пройти лікування та отримати реабілітаційну допомогу; взяти участь у формуванні та погодженні плану лікування, супроводу й реабілітації після завершення стаціонарного етапу лікування.

Звернутися по допомогу до обраного закладу з надання психіатричної допомоги можна самостійно, без направлення. Якщо пацієнт уже отримував стаціонарну психіатричну допомогу, але змінив місце проживання, то лікування можна продовжити в медичному закладі іншого регіону без направлення.

В нашій країні метою державної політики у сфері охорони психічного здоров'я є створення умов для зміцнення психічного

здоров'я, сприяння психологічному благополуччю населення, запобігання психічним розладам, забезпечення відновлення осіб, які мають психічні розлади, шляхом надання своєчасних комплексних, науково обґрунтованих та якісних послуг у цій сфері, координування діяльності суб'єктів охорони психічного здоров'я.

З цією метою 2025 року прийнято Закон України "Про систему охорони психічного здоров'я в Україні"²², який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади системи охорони психічного здоров'я, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення доступності, якості послуг, дотримання прав людей з психічними розладами та іншими проблемами, що стосуються психічного здоров'я.

4. Сектор "ЗАКЛАДИ ВИЩОЇ ОСВІТИ"

Психоосвіта та підтримка в ЗВО

Психоосвіта та підтримка в ЗВО є важливими складовими забезпечення добробуту студентів, що дозволяє їм ефективніше долати стресові ситуації, підвищувати емоційну стійкість і покращувати академічну успішність. Психоосвіта – це процес надання знань і навичок, що необхідні для збереження психічного здоров'я, а також підтримка, яку можуть отримувати студенти на рівні навчального закладу.

ЗВО реалізують психоосвіту у різних форматах²³:

- ♦ психоосвітні тренінги – модульні програми з розвитку стресостійкості, емоційного інтелекту, асертивної поведінки;
- ♦ інтерактивні лекції з елементами обговорення та рефлексії;
- ♦ психологічні майстер-класи (зокрема, "Як розпізнати емоційне вигорання", "Техніки самопомоги у кризових ситуаціях");
- ♦ інформаційні кампанії з використанням соціальних мереж, відеоконтенту, флешмобів;

²² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>

²³ <https://www.youtube.com/@bezbarjernist>

https://www.facebook.com/usi.my.edu?locale=uk_UA

<https://www.mh4u.in.ua/>

<https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/>

<https://marta.mva.gov.ua/>

https://t.me/friend_first_aid_bot

- ♦ онлайн-курси з відкритим доступом, зокрема на платформах Moodle або Google Classroom;
- ♦ платформи довіри (анонімні сервіси або чат-боти з інформацією про психічне здоров'я та можливістю звернутись по допомогу);
- ♦ дні психічного здоров'я із залученням фахівців, воркшопи, перегляди фільмів та їх обговорення.

Важливою умовою ефективності таких заходів є адаптація контенту до вікових, культурних і когнітивних особливостей студентської молоді, а також інтеграція їх до загальної освітньої екосистеми ЗВО.

Основні кроки впровадження психоосвіти в ЗВО:

1. Розробка освітніх програм, що включають тренінги з управління стресом, техніки розслаблення, медитацію, емоційну саморегуляцію тощо у вигляді лекцій, семінарів, майстер-класів або інтерактивних сесій, що адаптовані до потреб студентів.

2. Інтеграція психоосвіти до навчального процесу як обов'язкові або факультативні дисципліни. Це дасть змогу охопити більшу кількість студентів та інтегрувати знання про психічне здоров'я до академічної освіти: основи психології, розвиток навичок спілкування, управління часом, когнітивно-поведінкові техніки та методи роботи з емоціями.

3. Створення психологічних консультаційних центрів або психологічної служби при університетах, до яких студенти можуть звертатися по допомогу чи консультування.

4. Запровадження онлайн-платформ з надання доступу до психоосвітніх матеріалів, вебінарів, курсів і додатків для самоконтроля настрою, що може бути зручно для студентів, які вважають за краще отримувати підтримку онлайн. Університети можуть створювати власні вебсайти або мобільні додатки для підтримки психічного здоров'я, де студенти можуть отримувати інформацію, вести журнал настрою, користуватися техніками саморегуляції.

5. Підготовка викладачів до інтеграції елементів психоосвіти до навчального процесу, зокрема, з надання студентам вправ для управління стресом під час занять. Навчання

викладачів з основ психічного здоров'я та психоосвіти дозволить краще розуміти студентів, виявляти ознаки стресу або вигорання та надавати базову підтримку.

6. Організація в ЗВО груп підтримки, в яких студенти можуть спілкуватися, обмінюватися досвідом і надавати взаємну підтримку. Створення студентських клубів з акцентом на ментальне здоров'я, в яких обговорюватимуться теми, що пов'язані зі стресом, тривогою, іншими психологічними проблемами.

7. Проведення інформаційних кампаній, що мають на меті зменшити стигму навколо психічних розладів і заохотити студентів звертатися по допомогу: плакати, буклети, відео та онлайн контент, використання соціальних мереж, телеграм-каналів для підвищення обізнаності про психічного здоров'я та можливості підтримки в ЗВО.

8. Організація постійного моніторингу ефективності рівня психічного здоров'я студентів через опитування та забезпечення регулярного зворотного зв'язку щодо впровадження психоосвітніх заходів. Таке оцінювання надає можливість адаптувати та коригувати надані ресурси та програми, робити їх ефективнішими.

Запровадження психоосвіти в університетах є важливим кроком для забезпечення психічного здоров'я студентів, що, своєю чергою, надає здобувачам вищої освіти знання та навички, що необхідні для ефективного управління стресом, подолання труднощів і підтримки емоційної рівноваги (23).

Моніторинг і скринінг

Невід'ємною складовою системи підтримки психічного здоров'я здобувачів освіти на рівні закладів вищої освіти є моніторинг психічного здоров'я, що включає виявлення психічних порушень та оцінювання впливу виявлених проблем психічного здоров'я на академічну продуктивність студентів (24). Зазначені компоненти є основою для ефективного застосування інтервенцій і заходів психокорекції, що дозволятимуть мінімізувати негативний вплив психічних порушень на академічну діяльність здобувачів освіти.

Моніторинг психічного здоров'я – це безперервний процес збирання та аналізу інформації про психічне здоров'я здобувачів освіти шляхом порівняння фактичних результатів із плановими (baseline), оцінювання поточного стану психічного здоров'я студентів і його впливу на їх академічну продуктивність, а також створення надійної емпіричної основи для розробки управлінських рішень та оцінювання їх ефективності у майбутньому (25).

Завданнями моніторингу психічного здоров'я є:

- ♦ регулярне збирання первинної інформації про психічне здоров'я за допомогою скринінгу;
- ♦ оцінювання поточного стану психічного здоров'я студентів на основі зіставлення поточних даних із їх базовим значенням;
- ♦ аналіз динаміки психічного здоров'я студентів за допомогою кількісного оцінювання зміни цільових показників;
- ♦ оцінювання впливу виявлених проблем у сфері психічного здоров'я на академічну продуктивність студентів.

Моніторинг має важливе значення для ефективного захисту психічного здоров'я молоді у закладах вищої освіти:

- ♦ дозволяє оперативно виявляти наявні проблеми та спонукає до постійного вдосконалення підсистем захисту психічного здоров'я;
- ♦ забезпечує оптимізацію процесів захисту психічного здоров'я за рахунок мінімізації витрат, спрямування коштів на розв'язання найбільш актуальних проблем і залучення наявних ресурсів до провадження найбільш сучасних та ефективних інтервенцій;
- ♦ створює надійну емпіричну основу для прийняття інформованих, своєчасних і дієвих управлінських рішень, що спрямовуватимуться на захист психічного здоров'я;
- ♦ забезпечує аналіз динаміки психічного здоров'я, дозволяє порівнювати поточний стан із базовим рівнем, відслідковувати зміни, прогнозувати вплив зазначених змін у психічному здоров'ї на академічну продуктивність студентів і планувати інтервенції;

♦ забезпечує взаємоузгодження стратегічних цілей із завданнями оперативного управління закладом вищої освіти за рахунок використання системи цільових показників, що підвищує підзвітність персоналу, за якої працівники мають чіткі орієнтири, розуміють свою роль у досягненні стратегічних цілей, що сприяє формуванню культури відповідальності та залученості персоналу.

Слід визначити сім ключових компонентів системи моніторингу психічного здоров'я у закладах вищої освіти, поєднуючи які, моніторинг забезпечує ефективність організації та її рух до сталого, усвідомленого та стратегічного зростання (рис. 20).

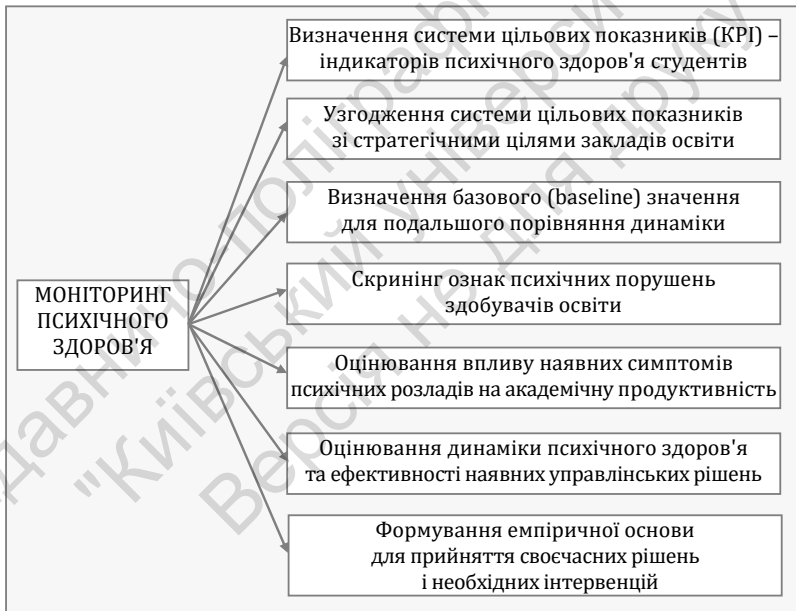


Рис. 20. Компоненти моніторингу психічного здоров'я студентів

Розроблено авторами

Скринінг психічних порушень і діагностики психічних розладів передбачає проведення процедур у кілька послідовних етапів. Перший, первинний, скринінг передбачає проведення онлайн опитування за умови інформованої згоди всіх студентів визначеної категорії (курс, факультет, навчальний заклад) з використанням шкал PHQ-9 і GAD-7.

Первинну інтерпретацію отриманих результатів здійснюють або самі студенти, або представники викладацького та навчально-допоміжного персоналу після проходження спеціального тренінгу. За потреби доцільно залучити фахівців психологічної служби навчального закладу.

Другий етап включає проведення додаткового скринінгу (шкали PSS, PC-PTSD-5, CRAFFT) для певних груп ризику, що визначені за даними первинного скринінгу. Оцінювання результатів додаткового скринінгу здійснюють співробітники психологічної служби закладу вищої освіти.

Студенти з груп високого ризику розвитку психічних розладів, що визначені за результатами первинного та додаткового скринінгів, залежно від ступеня тяжкості симптомів і за умови інформованої згоди, підлягають скеруванню до закладів первинної медико-соціальної допомоги або закладів з надання психіатричної допомоги для прийняття остаточного діагностичного рішення.

Важливою складовою організації скринінгу у навчальному закладі є проведення попереднього тренінгу для студентів і залученого персоналу для ознайомлення з проблемами психічного здоров'я серед молоді. Важливим є забезпечення навчання персоналу інтерпретації даних онлайн-опитування за визначеними психодіагностичними шкалами та алгоритму дій, залежно від отриманих результатів. Дуже важливим аспектом такого тренінгу є ознайомлення з проблемою ризику суїцидальної поведінки молоді та відповідними превентивними заходами, зокрема, впровадження стандартних процедур запобігання самогубствам включно з екстремим скеруванням до стаціонарних або амбулаторних закладів з надання психіатричної допомоги.

Наведені рекомендації покладено до основи алгоритму скринінгу психічних порушень і ранньої діагностики психічних розладів у студентської молоді під час війни (26). Цей алгоритм пропонує також диференційований підхід до надання психолого-психіатричної допомоги, залежно від ступеня важкості визначених ознак психічних порушень або розладів.

Ефективність організації моніторингу психічного здоров'я прямо залежить від його відповідності базовим принципам:

1. Професійність працівників, що передбачає наявність у них необхідної кваліфікації, досвіду та сучасних знань про інструменти скринінгу та моніторингу стану психічного здоров'я молоді.

2. Регулярність і вчасність проведення скринінгу симптомів психічних порушень та оцінювання їх впливу на академічну продуктивність студентів.

3. Чіткість і зрозумілість критеріїв (показників) і методології, яку застосовують під час моніторингу.

4. Релевантність показників, що застосовують при моніторингу, оперативним завданням і стратегічним цілям захисту психічного здоров'я студентів.

5. Точність і реалістичність оцінювання стану психічного здоров'я, що базуються на апробованій методиці та дозволяють вчасно та ефективно розробляти та впроваджувати інтервенції.

6. Наявність механізму зворотного зв'язку, який передбачає обов'язкове врахування результатів моніторингу у процесі прийняття рішень як на оперативному, так і на стратегічному рівнях.

7. Гнучкість та адаптивність системи моніторингу, що передбачає її адаптацію до змін у стратегії закладу вищої освіти, у системі факторів і показників ментального здоров'я студентів.

8. Багатосторонність, що передбачає застосування моніторингу не лише для оцінювання поточного стану психічного здоров'я, а й для оцінювання його впливу на академічну діяльність студентів, а також урахування інтересів усіх груп стейкхолдерів під час формування завдань та аналізу даних моніторингу.

9. Об'єктивність і повнота інформації, яку формують за результатами моніторингу, що дозволяє приймати ефективні управлінські рішення.

10. Економічна ефективність, яка передбачає орієнтацію системи моніторингу на цільове та результативне використання наявних ресурсів ЗВО для отримання максимально можливого корисного ефекту.

Стратегія захисту психічного здоров'я – комплексний план дій, що спрямовані на досягнення стратегічних цілей закладу освіти у частині збереження та підтримки психічного здоров'я здобувачів освіти в умовах мінливого зовнішнього середовища та обмеженості ресурсів.

Захист психічного здоров'я студентів на рівні закладу вищої освіти має базуватися на відповідній стратегії, що інтегрована до стратегічного плану розвитку закладу освіти (27).

Основними компонентами Стратегії захисту психічного здоров'я є *візія*, *місія* та *стратегічні цілі* закладу вищої освіти у сфері захисту психічного здоров'я студентської молоді. При цьому візія та місія визначають загальні рамки реалізації стратегії, а стратегічні цілі – конкретні результати, на які спрямовано процес розробки та реалізації Стратегії.

Візія: інклюзивне освітнє середовище, що позбавлене стигми, дискримінації та спряє всебічній підтримці психічного здоров'я учасників освітнього процесу.

Місія: піклування про психічне здоров'я здобувачів освіти, застосовуючи комплексний підхід до психоосвіти, профілактики та протидії негативним наслідкам психічних розладів.

Стратегічні цілі:

- ♦ регулярний моніторинг психічного здоров'я студентів;
- ♦ профілактика психічних розладів;
- ♦ адаптація освітнього процесу до потреб студентів з психічними розладами;
- ♦ запровадження сучасних інтервенцій.

Стратегічні цілі захисту та комплексної підтримки психічного здоров'я студентів втілюють візію та місію ЗВО, а також використовують як частину стратегічного плану розвитку організації. Їх інтеграція до стратегічного плану демонструє

належне розуміння керівництвом закладу вищої освіти ролі психічного здоров'я студентів у забезпечення високих результатів їх академічної діяльності.

Важливо зазначити, що стратегічні цілі визначають також загальний зміст стратегії захисту психічного здоров'я студентів, використовують для побудови системи моніторингу психічного здоров'я та у процесі прийняття управлінських рішень на рівні ЗВО. Побудована відповідно до візії, місії та цілей Стратегія містить чітко визначену послідовність заходів, які у підсумку матимуть результатом досягнення стратегічних цілей закладу освіти у сфері захисту психічного здоров'я студентської молоді.

Скринінг: запровадження на рівні ЗВО діагностики здоров'я студентів, виявлення перших ознак психічних порушень, формування груп ризику для своєчасного реагування та визначення подальших процедур і заходів.

Моніторинг та оцінювання: кількісне оцінювання виявлених симптомів психічних розладів на академічну продуктивність здобувачів вищої освіти з постійним моніторингом успішності навчання.

Психоосвіта: фінансування освітніх заходів для популяризації концепції ментального здоров'я, формування базових знань щодо симптомів основних психічних порушень і розладів.

Превенція: попередження виникнення психічних розладів на основі впровадження сучасних дистанційних технологій, модернізації освітнього процесу для зниження стресового навантаження.

Сучасні інтервенції: запровадження сучасних цифрових інтервенцій і програм психосоціальної та групової підтримки на основі кращих практик провідних університетів країн Європейського союзу, Великої Британії, США та Канади.

Інклюзивне середовище: формування на рівні ЗВО освітнього середовища, яке робить навчання доступним для студентів з легкими та помірними симптомами психічних розладів.

Адаптація освітнього процесу: розробка та імплементація в ЗВО ефективних методик організації навчального процесу

для студентів із симптомами психічних розладів з метою підтримки на мінімально доступному рівні їх академічної продуктивності на період лікування.

Інтегральний підхід: включення до стратегічного плану розвитку ЗВО заходів захисту ментального здоров'я студентів, а також виділення в бюджеті достатніх коштів для фінансування відповідних заходів (28).

Запропонована комплексна модель захисту психічного здоров'я студентської молоді має акцент на профілактичні втручання та психосоціальну підтримку під час надзвичайної ситуації, а саме у воєнний та повоєнний періоди; пропонує використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, зокрема, штучного інтелекту; дозволяє визначити роль суспільства, закладів вищої освіти, родини, друзів, спеціалістів на всіх етапах розв'язання проблем.

Таким чином, усі елементи моделі об'єднані задля забезпечення ефективного функціонування, академічної продуктивності та загальної якості життя студентської молоді. Інтеграція всіх рівнів дозволяє своєчасно ідентифікувати групи ризику, проводити скринінг стану психічного здоров'я студентів та впроваджувати індивідуалізовані втручання. Стратегічний напрямок моделі – інклюзивне освітнє середовище, що позбавлене стигми та дискримінації, сприяє всебічній підтримці психічного здоров'я учасників освітнього процесу.

Комплексна інноваційна модель захисту ментального здоров'я студентської молоді у воєнний та повоєнний періоди, було розроблено за результатами цього наукового дослідження, стала підставою для створення "Концепції захисту психічного здоров'я у Київському національному університеті імені Тараса Шевченка до 2031 року". Концепцію розглянуто та затверджено Вченою радою університету (протокол № 1 від 12.01.26).

Мета Концепції – створення ефективної системи підтримки психічного здоров'я членів університетської спільноти, яка сприятиме збереженню та зміцненню психоемоційного благополуччя, профілактиці психічних розладів, підвищенню

рівня обізнаності про важливість ментального здоров'я. Концепція акцентує увагу на викликах, які існують для університетської спільноти в сучасних умовах і потребують вирішення, пропонує шляхи та способи підтримки й покращення психічного здоров'я студентів. Реалізація цієї Концепції забезпечить зрештою створення гармонійного, здорового та інклюзивного середовища, що сприятиме академічному, професійному й особистісному розвитку членів університетської спільноти.

Джерела та література

1. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навчально-методичний посібник / [Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін та ін.]; Нац. ун-т "Києво-Могилянська академія", Центр психічного здоров'я та психосоціального супроводу, Школа соціальної роботи ім. В. Полтавця. Київ: НаУКМА, 2017. 91 с.

2. Ткачук І., Луценко Ю. Психосоціальна підтримка учасників освітнього процесу в закладах професійної освіти // Професійна педагогіка. 2019. 1 (18), 156-161. <https://doi.org/10.32835/2223-5752.2019.18.156-161>

3. Бородін, Є., Жорняк, А. Феномен асистенціалізму та соціальної стигматизації у державній політиці України в питаннях соціальної інтеграції людей з інвалідністю // Аспекти публічного управління. 2021. 9 (4), 61-71. <https://doi.org/10.15421/152138>

4. Andersen M. M., Varga S., Folker A. P. On the definition of stigma // Journal of evaluation in clinical practice. 2022. 28 (5). 847-853. <https://doi.org/10.1111/jep.13684>

5. Rodrigues J.M., Cruz A.S., Queirós C. Understanding Stigma in Mental Illness: A Novel Literature-Based Model of Development // Psychiatry International. 2025. 6 (1):21. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010021>

6. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma. Annu Rev Psychol. 2005; 56:393-421. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137. PMID: 15709941.

7. Yamaguchi S., Mino Y., Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of

mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011. 65 (5): 405–415. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02239.x>

8. Eisenberg D., Downs M., Golberstein E., Zivin K. Stigma and Help Seeking for Mental Health among College Students. *MCCR.* 2009; 66 (5): 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>

9. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement. IOM, Geneva, 2021. <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/mhpss/second-edition-manual-on-cb-mhpss-in-emergencies-and-displacement-2021.pdf>

10. Посібник із психічного здоров'я і психосоціальної підтримки на рівні громад в умовах надзвичайної ситуації та переміщення населення. 2021. МОМ, Женева. 232 с.

11. Snoubar Y., Piontkivska O., Stulnikova L. Mental health and psychosocial well-being of Ukrainian social work students affected by Russia's full-scale invasion. *The British Journal of Social Work*, 2025; 55(6). <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaf079>

12. Содолевська В. Психологічна дезадаптація та резилієнтність: досвід української молоді під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2025; 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i1.585>

13. Wunsch K., Fiedler J., Bachert P., Woll A. The Tridirectional Relationship among Physical Activity, Stress, and Academic Performance in University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(2):739. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020739>

14. Lakey B., Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychol Rev.* 2011 118(3), 482–495. <https://doi.org/10.1037/a0023477>

15. Chekroud S., Gueorguieva R., Zheutlin A. et al. Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*. 2018 5(9), 739–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)

16. Bull F., Al-Ansari S., Biddle S. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary

behaviour // British journal of sports medicine. 2000. 54(24). 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

17. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2007. Geneva: IASC. 189 p.

18. Melendro M., Campos G., Rodríguez-Bravo A., Arroyo Resino D. Young People's Autonomy and Psychological Well-Being in the Transition to Adulthood: A Pathway Analysis. *Frontiers in psychology*, 11, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01946>

19. Зубатюк О., Пилягіна Г. Особливості підготовки клінічних психологів в сучасних умовах // Психосоматична медицина та загальна практика. 2024. 9(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i1.499>

20. Pfeiffer E., Garbade M., Beer R. et al. Evaluation of the feasibility and effectiveness of trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and youth in Ukraine during the war // *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2025. 68(1). e96. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10032>

21. Korda M., Shulhai A., Shevchuk O. et al. Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: a cross-sectional study // *Frontiers in public health*, 2025. 12. 1457026. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1457026>

22. Stallman H.M. Prevalence of psychological distress in university students-implications for service delivery // *Aust Fam Physician*. 2008. 37(8):673–677.

23. Yuryeva L., Sharun A. Adjustment disorders in students who have suffered psychoemotional stress: systematic review of diagnostics, treatment and preventive care. *Medicni Perspektivi*, 2021. 26(4). 31–39. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.4.248082>

24. Pinchuk I., Feldman I., Seleznova V., Virchenko V. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2025. 60(10):2505-2516. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02867-7>

25. Постковідна соціально-психологічна реабілітація учасників освітнього процесу: метод. посібник / за наук. ред.

В. Г. Панка; НАПН України, Укр. наук.-метод. центр практи. психол. і соц. роботи. Київ: Академперіодика, 2025. 172 с. <https://doi.org/10.15407/akademperiodyka.561.172>

26. Психосоціальна підтримка та відновлення ментального здоров'я студентів під час війни та в повоєнний період: метод. рекомендації / І.Я. Пінчук, М.Ю. Полив'яна, В.Я. Пішель та ін. Київ: ВПЦ "Київський університет", 2024. 55 с.

27. Bennett J., Kidger J., Haworth C. et al. Student mental health support: A qualitative evaluation of new well-being services at a UK university. *J. Furth. High. Educ.* 2024; 48(4):372–387. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2024.2335379>

28. Вища освіта в Україні: зміни через війну: аналітичний звіт / Є. Ніколаєв, Г. Рій, І. Шемелинець. Київ: Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, 2023. 94 с. <https://osvitanalityka.kubg.edu.ua/wp-content/uploads/2023/03/HigherEd-in-Times-of-War.pdf>

Інформація про авторів:

Пінчук Ірина Яківна, доктор медичних наук, професор, Інститут психіатрії Київського національного університету імені Шевченка, директор.

Полив'яна Марина Юріївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, Інститут психіатрії Київського національного університету імені Шевченка, провідний фахівець.

Пішель Віталій Ярославович, доктор медичних наук, професор, Інститут психіатрії Київського національного університету імені Шевченка, провідний фахівець.

Вірченко Володимир Віталійович, доктор економічних наук, професор, кафедра міжнародної економіки, економічний факультет Київського національного університету імені Тараса Шевченка, завідувач.

Степанова Наталія Михайлівна, кандидат психологічних наук, Інститут психіатрії Київського національного університету імені Шевченка, провідний фахівець.

Селезньова Віолетта Михайлівна, кандидат економічних наук, кафедра міжнародної економіки, економічний факультет Київського національного університету імені Тараса Шевченка, асистент.

Піменова Наталія Василівна, Інститут психіатрії Київського національного університету імені Шевченка, фахівець 1-ої категорії.

Наукове видання

ПІНЧУК Ірина Яківна
ПОЛИВ'ЯНА Марина Юріївна
ПІШЕЛЬ Віталій Ярославович
та ін.

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ
ЗАХИСТ І ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА**

Монографія

Редактор *Г. Л. Новікова*

Оригінал-макет виготовлено ВПЦ "Київський університет"



Формат 60x84^{1/16}. Обл.-вид. арк. 8,7. Ум. друк. арк. 11,6. Наклад 50. Зам. № 226-11686
Гарнітура Times New Roman. Папір офсетний. Друк офсетний. Вид. № Іпс1_25
Підписано до друку 12.05.26

Видавець і виготовлювач
ВПЦ "Київський університет"

Б-р Тараса Шевченка, 14, м. Київ, 01601, Україна
☎ (38044) 239 32 22; (38044) 239 31 58; (38044) 239 31 28
e-mail: vpc@knu.ua
<http://vpc.knu.ua>

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 1103 від 31.10.02