

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології
Кафедра психології

Луцюк Аліна Сергіївна

УДК 159.9

Кваліфікаційна робота
ПРАКТИКИ САМОДОПОМОГИ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ У
СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ А.С. Луцюк

Науковий керівник (консультант) Острова Вікторія Дмитрівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ ТА МЕТОДИ САМОДОПОМОГИ У МОЛОДІ	7
1.1 Характеристика психологічних негативних станів особистості	7
1.2 Теоретичне дослідження переживання тривоги	16
1.3 Теоретичне дослідження допомоги та самодопомоги при переживанні тривоги	26
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ І САМОДОПОМОГИ У СУЧАСНОЇ МОЛОДІ	34
2.1 Емпіричне дослідження переживання тривоги	34
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження тривоги і методів самодопомоги.	44
2.3 Кореляційний аналіз емпіричного дослідження переживання тривоги і методів самодопомоги	53
Висновки до розділу 2	83
РОЗДІЛ 3 ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ У СУЧАСНОЇ МОЛОДІ	89
3.1 Інтерпретація результатів емпіричного дослідження тривоги у сучасної молоді	89
3.2 Рекомендації щодо застосування методів самодопомоги у переживанні тривоги сучасної молоді	92
Висновки до розділу 3	101
ВИСНОВКИ	105
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	109
ДОДАТКИ	120

ВСТУП

Проблема психологічного благополуччя та самопомоги для сучасної молоді є надзвичайно актуальною з багатьох причин.

Сучасний світ висуває високі вимоги до молоді. Швидкі темпи життя, конкуренція, соціальні очікування та різні форми стресу можуть призвести до негативних психологічних станів, таких як тривога, депресія та емоційне виснаження. З розвитком технологій та соціальних медіа молодь стикається з новими видами психологічних тисків, таких як негативні порівняння себе з іншими, надмірне залучення до віртуальних спільнот та проблеми, пов'язані з травмами, які отримані у кіберпросторі.

За статистикою Всесвітньої організації здоров'я, яку вони опублікували восьмого червня двадцять другого року, виявлено:

- кожна восьма людина в світі живе з психічним розладом;
- тривожним розладом страждає понад 301 млн людей з них 58 млн дітей та підлітків;
- депресією страждає 280 млн серед них 23 млн дітей та підлітків;
- розладом харчової поведінки близько 14 млн з них 3 млн дітей та підлітків;
- кожна друга молода людина переживає негативні стани різної інтенсивності.

В Україні ж за дослідженням, які здійснили М. Хобзей, П. Волошин, Н. Марута, в 2009 році населення було зареєстровано 1 171 133 особи під диспансерним та консультативним спостереженням, з них 73,9% мали психічні розлади неспихотичного характеру.

Б. Литвин, Л. Сидорчук, Ю. Яринич, І. Каражбей, А. Гутніцька провели дослідження тривоги до війни та під час. Мета дослідження була оцінити вплив війни на рівень тривоги та депресії в українській популяції, частоту загострень есенційної артеріальної гіпертензії (ЕАГ) та якість життя.

Дослідження Литвин Б., Сидорчук Л., Яринич Ю., Каражбей І., Гутніцька

А., показують, що війна значно погіршилася якість життя українців та населення загалом. Фізичне та психічне здоров'я погіршилось на 19,65% та 23,01% відповідно, соціальна активність знизилась на 19,71%. 29% респондентів продемонстрували симптоми помірної, тяжкої та дуже важкої депресії, а 37% мали генералізований тривожний розлад. Загалом, кількість людей із помірним та значним погіршенням здоров'я зросла на 18%.

Цю тему вже досліджували Дж. Готтман - що спеціалізується на вивченні відносин та методів покращення міжособистісних взаємодій, включаючи методи самопомоги; М. Селігман – психолог, який вивчав способи підвищення щастя та благополуччя через самопомогу. К. Двейк – досліджував сферу мотивації та розвитку особистості, вивчає методи самопомоги та його впливом на молодь; М. Чіксентміхайі - відомий своєю роботою в галузі потоку, коли людина повністю занурений у поточну діяльність, що приносить почуття задоволення та щастя; Д. Гоулман – автор робіт про емоційний інтелект, який досліджував методи, що дозволяють самостійно розвивати свої емоційні навички для досягнення успіху та благополуччя; К. Макгонігал – спеціалізується на темах стресу, самоконтролю та мотивації. Її дослідження допомагають розвивати методика самопомоги для подолання стресу та набуття емоційної сили.

Також цю тему розглядали українські автори: Т. Титаренко –досліджувала психологічне здоров'я людини, що переживає наслідки тривалого воєнного конфлікту та методи самопомоги в умовах тривалої травматизації; О. Цільмак розглядає методи, що використовують психологи та психотерапевти для покращення стану клієнтів, систематизує техніки та визначає чотири види психологічної діяльності та їх функції; У. Бутриновська розглядає ефект груп самопомоги; О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька досліджують спонтанне застосування практик самопомоги. При цьому необхідно зауважити, що не всі аспекти зазначеної проблеми достатньо досліджені, що і визначило обрання теми роботи: “Практики самопомоги переживання тривоги у сучасної молоді”.

Зрештою, самопомога допомагає молоді розвивати самосвідомість,

впевненість та вміння ефективно керувати своїми емоціями, що є важливим для успішної адаптації у суспільстві.

Загалом практики самодопомоги відіграють істотну роль у забезпеченні психологічного благополуччя сучасної молоді, допомагаючи їм впоратися з викликами сучасного світу та розвивати здорові стратегії саморегуляції.

Метою є теоретичне та емпіричне дослідження практик самодопомоги, що застосовуються молоддю у подоланні переживання тривоги та визначення найбільш ефективних методів самодопомоги.

Головна ідея дослідження полягає у вивченні того, як молодь самостійно бореться з негативним емоційним станом тривоги та які методики самодопомоги є найбільш ефективними.

Завдання роботи:

1. На основі аналізу наукової літератури дослідити переживання тривоги і її вплив на сучасну молодь.
2. Здійснити розгляд поняття «психологічна самодопомога», визначити її види.
3. Провести емпіричне дослідження переживання тривоги і засобів самодопомоги, які застосовує сучасна молодь.
4. Розробити рекомендації самодопомоги для подолання негативного емоційного стану тривоги.

Об'єктом дослідження є переживання тривоги у сучасної молоді.

Предметом є практики самодопомоги, що застосовуються сучасною молоддю для подолання переживання тривоги.

Методи дослідження. Для досягнення мети та реалізації завдань було використано комплекс теоретичних методів, таких як аналіз, узагальнення, порівняння для визначення базових понять досліджуваної проблеми. Також комплекс емпіричних методів, таких як, авторська анкета “Переживання тривоги та методи самодопомоги”, методика HADS, шкала тривоги Бека, шкала Спілбергера (STAI) та методику GAD-7. Також використали математично статистичні методи аналіз залежностей і перевірки статистичних

гіпотез розрахунок відсотків та багатофункціональний критерій фемп * Фішера (кутове перетворення Фішера).

Наукова новизна: уперше:

- здійснено теоретичне обґрунтування комплексного застосування різних методів самопомоги для подолання переживання тривоги сучасною молоддю;

- за допомогою кореляційного аналізу виявлено найбільш вразливі групи сучасної молоді до переживання тривоги;

- на базі теоретичного та емпіричного дослідження сформовано комплекс практичних вправ та стратегій когнітивно-поведінкової терапії, адаптованих для самостійного використання, що дозволяє підвищити ефективність подолання тривожних станів та покращити якість життя.

Практичне значення дослідження: провели огляд існуючих методів самопомоги під час переживання тривоги у молоді для можливості застосування їх молодими людьми та спеціалістами (психологами, психотерапевтами, соціальними робітниками, тощо). Розробили комплекс методів самопомоги спираючись на емпіричне дослідження. Результати дослідження можуть бути застосовані психологами у діагностиці переживання негативних психічних станів таких як тривога, а також результати дослідження можуть бути застосовані у психоедукації спрямовану на сучасну молодь з метою більш ефективного переживання тривоги.

Наукову апробацію було висвітлено у XIII Міжнародній науково-практичній конференції “Концептуальні шляхи розвитку науки та освіти” Луцьок А. С. “Методи самопомоги при переживанні тривоги” ст. 101-102, 19-20 грудня 2024 року, УДК 005, ББК 94.3(0).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, використаних джерел (80 найменувань) та 7 додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 132 сторінок, основний обсяг - 106. Робота містить додатки 7 (на 12 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ ТА МЕТОДИ САМОДОПОМОГИ У МОЛОДІ

1.1. Характеристика психологічних негативних станів особистості

Проблема методів самодопомоги при переживанні негативних станів зараз є надзвичайно актуальною. Ми живемо в час війни, тож негативні стани – це простір, в якому ми зараз знаходимося постійно. (див. дод. Б)

Перш ніж говорити про методи самодопомоги при переживанні негативних станів, потрібно визначити, що таке «переживання». М. Папуча. виокремлює, на підставі роботи В. Дільтей, такі ознаки переживання:

1) переживання пов'язано завжди з теперішнім часом, навіть коли походить з минулого;

2) переживання - це якість реального часу, яка не може бути жорстко визначена;

3) переживання обумовлює структуру життя людини та пов'язано з цілепокладанням;

4) переживання - це єдність, аспекти якої пов'язані значенням або значимістю [36].

Також потрібно розібрати що таке психічний стан - це загальний психологічний стан людини у певний час, що відбиває її емоційне і психічне благополуччя. Воно включає різні аспекти психіки людини, такі як емоції, настрої, думки, а також рівень стресу, тривожності, депресії, самопочуття та інші психологічні параметри.

Психічний стан може бути як позитивним, і негативним. Позитивний психічний стан зазвичай характеризується добрим настроєм, впевненістю, радістю, задоволеністю, спокоєм та іншими позитивними емоціями. Негативний психічний стан, навпаки, може включати тривогу, депресію, дратівливість, стрес, смуток, відчай та інші негативні емоції.

Психічний стан може бути схильний до змін під впливом різних факторів, таких як події в житті, соціальна підтримка, фізичне здоров'я, рівень стресу, якість сну та інші. Підтримка здорового психічного стану відіграє важливу роль у загальному добробуті людини та її здатності адаптуватися до різних життєвих ситуацій.

Розглянемо негативні психологічні стани. Негативні психологічні стани - це широкий термін, що використовується для опису різних патологічних станів психіки, що включають емоційне незадоволення, дистрес, а також підвищену тривожність або депресію. Ці стани можуть виявлятися як погіршення настрою, почуття безпорадності, занепокоєння, страху, апатії, агресії та інших негативних емоцій.

Психологічні стани можуть також включати когнітивні порушення, такі як негативне і спотворене мислення, погіршення концентрації, а також фізіологічні прояви, включаючи безсоння, стомлюваність, підвищений артеріальний тиск та інші симптоми.

Негативні психологічні стани можуть бути минуцями, зумовленими конкретними ситуаціями, або бути патологічними і вимагають допомоги спеціалістів, таких як психологи та/або психіатри. Ці стани істотно впливають на якість життя, здатність функціонувати в суспільстві і можуть вимагати спеціалізованого втручання для корекції та покращення психологічного благополуччя. Вперше вони стали предметом системного аналізу у дослідженнях М. Левітова, що висвітлюється у роботі Гула В. [10].

Зараз переживання агресії, дослідження її форм і детермінант, а також різних аспектів, стають надзвичайно актуальними, оскільки під час війни це нормальна реакція на насилля. Поняття «агресія» та «агресивність» розділяють більшість вчених та характеризують різною феноменологією та способами реалізації.

Р. Берона та Д. Річардсон визначають, що агресія – це будь-яка форма поведінки, націлена на образу чи заподіяння шкоди живій істоті, яка не хоче подібного ставлення. Агресивність же розглядають, як готовність або

схильність до агресивної поведінки, що відрізняється деструктивною тенденцією, зазвичай в суб'єкт-суб'єктних відносинах та схильна до змін під впливом соціуму [21].

З. Фройд, К. Лоренц, У. МакДаугол розглядають агресивність, як характеристику, що притаманна з народження.

Дж. Долард, Д. Міллер, Ю. Розенцвейг вважали агресивність, як реакцію на фрустровану ситуацію [14; 21].

Поведінкові теоретики А. Бандура, Л. Берковиць зазначають, що агресія пов'язана тільки з певними соціальними умовами. Агресивні дії розглядають, як соціально-завчені патерни.

Етико-гуманістичний підхід та автори К. Роджерс Г. Олпорт розділяють агресію та насильство, як один з захисних механізмів психіки.

Прихильники когнітивно-поведінкової теорії Л. Берковиць, Д. Зільманн, К. Лазарус, М. Фестінгер вважають, що в агресивності потрібно враховувати емоційні та когнітивні процеси [21].

Більшість підходів, які ми розглянули дивляться на агресію не комплексно, а розглядають окремі аспекти. Якщо роздивлятися ж комплексно, то стає зрозумілим, що агресивність є багатовимірною характеристикою суб'єкта. Усі компоненти агресивності взаємообумовлені. Вона складається з таких компонентів:

- емоційні відчуття - гнів, лють, страх, тривожність;
- поведінкові – міміка, дії, жестикуляція, дефіцит навичок соціальної поведінки;
- когнітивні – упередження, неадекватні уявлення, установки, очікування;
- мотиваційний компонент – свідомі цілі, несвідомі агресивні прагнення.

Це все вказує на те, що агресія потребує додаткового дослідження та молодим людям потрібно вивчати практики саморегуляції.

Існує безліч досліджень, що підтверджують ефективність різних практик самопомоги в управлінні агресією у молодих людей. Наприклад,

дослідження показують, що регулярна медитація може призвести до зниження рівня агресії та підвищення самоконтролю.

Інші дослідження демонструють позитивний вплив фізичної активності на психічне здоров'я, включаючи зниження рівня стресу та агресії. Також проводяться дослідження, які демонструють позитивний вплив дихальних вправ на психоемоційний стан.

У контексті спілкування та підтримки також проводяться дослідження, які демонструють важливість соціальної підтримки та консультування для управління агресією та емоціями.

Важливо, що це дослідження є лише деякими прикладами, і багато інших досліджень також підтверджують позитивний вплив практик самопомоги управління агресією в молоді.

Фрустрація у молоді може мати різні причини та прояви, і вона відіграє значну роль у психологічному стані. Виникаючи через нездатність досягнення цілей, обмежень у реалізації своїх бажань чи конфліктів з оточуючими, фрустрація може призводити до негативних емоційних реакцій.

Фрустрація може виражатися у роздратуванні, агресії, а також у зміні поведінки та способу реагування на різні ситуації. У молоді це часто проявляється у сферах навчання, відносин із оточуючими, пошуку роботи, самореалізації.

Важливо пам'ятати, що фрустрація сама по собі не є негативною – це природна реакція на складності, що виникають. Проте тривале випробування фрустрації без ефективних способів її управління може призводити до негативних наслідків для психічного здоров'я [15].

Тому важливо надавати молодим людям підтримку, допомагати їм розвивати стратегії управління фрустрацією, наприклад через залучення до хобі, фізичну активність, практику медитації, спілкування з довіреними особами або консультації у психолога.

Американські психологи Дж. Чаелд, Дж. Вотерхаус розглядали фрустрацію тільки коли була наявна перешкода. В їх експериментах було

зазначено, що фрустрація окремого виду діяльності знижає, якість усієї загальної роботи. К. Янус говорив, що фрустрація є у двох площинах, як поведінкова реакція та ситуація. Важливо також зв'язок з агресією, емоційною напругою та конфліктами [15].

Згідно з Ем. Сарджентом, емоційна реакція та правильне сприйняття ситуації фрустрації відіграють важливу роль у формуванні та вираженні більшості фрустраційних реакцій. Вона наголошує, що фрустрація призводить до певних змін у поведінці людей, які залежать від різних стимулів та проміжних факторів. Таким чином, розуміння того, як люди переживають фрустрацію, має велике значення для ефективного управління цим станом та запобігання негативним наслідкам.

Біхевіористська теорія фрустрації полягає у визначенні цього явища як важливої перешкоди для нормальної активності. Важливі біхевіористські підходи до феномену фрустрації можна умовно поділити на три концептуальні виміри.

1. Теорія «фрустрації-агресії» (автори: Р. Мауер, Дж. Міллер, Р. Сірс) зосереджує увагу на зв'язку між фрустрацією та агресією, припускаючи, що накопичена фрустрація може призвести до агресивної поведінки.

2. Теорія «фрустраційної регресії» (автори: К. Левін, Т. Дембо та ін) стверджує, що фрустрація може викликати регресивну поведінку, що виявляється в прагненні повернутися до більш недорозвинених форм поведінки.

3. Теорія «фрустраційної фіксації» (автор: А. Майер) пов'язана з ідеєю того, що фрустрація призводить до фіксації на певній стадії розвитку, що може впливати на подальшу поведінку [15].

Таким чином, біхевіористські теорії фрустрації представляють різні підходи до розуміння та інтерпретації цього явища, виділяючи різні аспекти його впливу на поведінку людини.

Цікава є теорія «фрустраційної фіксації», розглянемо її детальніше:

Теорія «фрустраційної фіксації» є комплексним підходом, що включає кілька ключових концептів і характеристик.

1. Диференціація типів фрустрації, що розрізняє первинну та вторинну фрустрацію. Первинна фрустрація виникає внаслідок прямої перешкоди досягнення мети, тоді як вторинна фрустрація пов'язані з неповнотою задоволення.

2. Класифікація реакцій людини на фрустрацію залежно від напрямів та типів реакцій. Таким чином, виділяються різні способи реагування на фрустрацію, що дозволяє краще зрозуміти та аналізувати поведінкові прояви при фрустраційних ситуаціях.

3. Виділення трьох рівнів психозахисту організму людини у ситуації фрустрації: імунологічний, автономний та кортикальний. Цей аспект теорії пов'язаний із спробою пояснити фізіологічну реакцію на фрустрацію через різні рівні захисту організму.

4. Введення та обґрунтування термінологічної фрустраційної сутності толерантності як особистісної стійкості до фрустраторів та фрустраційних ситуацій. Цей аспект теорії пов'язаний із поняттям рівня психологічної опірності людини до фрустраційних впливів.

Таким чином, теорія «фрустраційної фіксації» пропонує комплексний підхід до розуміння феномена фрустрації, що включає як психологічні, так і фізіологічні аспекти цього явища, а також способи реагування людини на фрустрацію та її стійкість до неї.

У статті Л. Литвинчук за допомоги проективної методики Ю. Розенцвейга було виявлено розуміння фрустрації як психічного стану, що виникає за сильного бажання досягнення мети чи задоволення потреби, але за наявності перешкод, дозволяє розглядати цю проблему через призму мотивації, емоційності та поведінкових особливостей [30].

Виявлена тенденція сучасного підростаючого покоління до активного самоствердження, підвищеної емоційності та перенесення провини на інших осіб наголошує на важливості вивчення та розробки психологічних

технологій, спрямованих на розвиток конструктивних фрустраційних реакцій у молоді.

Для розробки таких технологій, можливо, знадобиться уважне вивчення індивідуальних реакцій на фрустрацію, а також їх зв'язок із конкретними соціокультурними та психологічними контекстами.

Важливо враховувати, що прагнення до швидких результатів також може бути фактором, що впливає на реакцію молоді на фрустрацію. Таким чином, розробка психологічних технологій, спрямованих на підтримку та розвиток конструктивних реакцій на фрустрацію серед молоді, може потенційно сприяти їх адаптації та розвитку ефективних стратегій подолання перешкод. Допомогти справитися із прагненням до самоствердження та бажанням швидких результатів.

Ми також всі знаємо, що таке стрес, це дуже популярний термін, який пішов в загальне використання. У науковій літературі досі немає більш суперечливого терміну. За тлумаченням С. Сененко стрес – це неспецифічна реакція живого організму на підвищену вимогу до нього [16].

Р. Лазарус же розмежував поняття фізичного стресу (коли в тренажерному залі даємо навантаження на м'язи) та психологічного стресу (людина оцінює майбутню ситуацію, як загрозу). Поділ умовний, бо в фізичному стресі ми маємо також психологічний стрес, а психологічний стрес впливає на фізичний стан, наприклад піднімається артеріальний тиск [29].

Г. Сельє вважав, що для щастя кожній людині потрібен свій рівень стресу, без цього людина буде нудитись. У помірних дозах стрес надає життю «смак» [19].

Форма відповіді на стресові ситуації виробляється індивідом в залежності на ідентифікацію, оцінки сигналів, виробленої стратегії поведінки, прийнятті або не прийнятті ситуації. Якщо особа не визначить стимул шкідливим, дивлячись на особисту феноменологію, то він не є стресором. Отже чинники, завдяки яким регулюється відповідь на стресові ситуації є внутрішніми.

Також Г. Сельє запропонував теорію стресу, яка стала відомою під назвою «тріада Сельє». В ній перша стадія - це реакція на тривогу, в цей етап нирки виділяють велику кількість адреналіну, згущається кров, йде велике виснаження організму, але в нормальних ситуаціях такий ритм не довгий, починається інший етап. Друга стадія – йде процес резистентності, або адаптації, організм наближається до фіналу своїх можливостей й починається процес відновлення сил, як фізичних так і емоційних. Третя стадія – закінчуються сили на адаптацію в цей час, якщо людина не змогла прилаштуватися тоді життя може закінчитися.

Фактори розвитку стресу в науковій літературі включають:

1. Особливості організму вроджені або набуті та ранній дитячий досвід, такі як генетична схильність, умови вагітності матері, тип вищої нервової діяльності та ранні дитячі враження.

2. Батьківські сценарії. Е. Берн описував унікальний стресовий сценарій поведінки, який формується у дитинстві під впливом стресів, з якими стикаються батьки, і коли вони несвідомо залучають своїх дітей до своїх проблем. Таким чином дитина може піти по сценарію батьків, або по сценарію максимальної протилежності, при цьому витісняючи характеристики схожі на характеристики батьків та із-за цього роблячи все теж саме.

3. Особливості особистості, такі як характер, самооцінка, установки та цінності. Негативні риси особистості, такі як гнів, ворожість, цинізм, дратівливість, негативізм можуть посилювати вплив стресу, тоді як позитивні риси особистості та вміння зберегти почуття гумору можуть робити людей більш стійкими до стресу.

У молодому віці домінуючими факторами стресу є негативні емоції, втома, навантаження та емоційна напруга. Однак важливо розуміти, що стрес і втома можуть взаємодіяти один з одним і впливати на загальний стан людини.

Багато з європейських та американських авторів вважають, що молодь відчуває стрес через відсутність навичку ефективно використовувати свій час.

Виділяють такі ознаки стресу, через відсутності ефективно розпоряджатися власним часом:

- брак часу на власні справи, хоббі, спілкування з сім'єю, постійні запізнення;
- відчуття поспіху на постійній основі;
- відсутність чіткого плану часу;
- невміння делегувати;
- невміння відмовляти людям, які забирають твій особистий час;
- виникнення відчуття марно використаного часу.

На їх погляд, наявність половини з цих ознак може призводити до постійного стресу пов'язаним з не ефективним використанням часу.

Та також досить часто студентська молодь зазнає стресу від надмірного навантаження студентською програмою та виконанням різних занять.

Також за думкою І. Климчук головна потреба у молоді досягнути близькості та ідентичності. Вмінням тримати баланс між ідентичністю, яка не дасть піти в конфлюенцію та втратити себе та при цьому, щоб була можливість піти в близькість. Головний страх бути відкинутим, а емоційні переживання при цьому гнів, ненависть, ревності та інші. Все це в подальшому може призвести до виникнення стресу. Внутрішні конфлікти, за її думкою, можуть вразити набагато сильніше за зовнішні. В висновках вона зазначає, що окремий стрес може допомогти людині боротися з комплексами, страхом спілкування, страх перед виступами [23].

Є багато методів боротьби з стресом, але не завжди потрібно з ним боротися, отже сам стрес, поки він не став патологічним, є фактором розвитку. Зараз же ми живемо в стані війни, тому постійний стрес може також формувати ПТСР та КПТСР за ДСМ 5.

Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) та Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – серйозний психічний розлад, тому важливо пам'ятати, що самопомога може бути лише однією зі складових комплексного підходу до лікування. Однак, низка методів

самодопомоги можуть допомогти пом'якшити симптоми та покращити якість життя.

Тим не менш, самостійна робота з КПТСР і ПТСР може бути складною, і професійна підтримка має бути важливою частиною процесу одужання.

Про ці розлади можна прочитати у книгах: Дж. Герман «Психологічна травма та шлях до видужання, наслідки насильства – від знуцання у сім'ї до політичного терору», Брюс Д. Перрі, Опра Вінфрі «Що з тобою сталося? Про травму, психологічну стійкість і зцілення», Бессел ван дер Кролк «Тіло веде лік, як лишити психотравми в минулому» [3; 4; 11].

1.2. Теоретичне дослідження переживання тривоги

Теоретичне дослідження переживання тривоги: комплексне розуміння феномена.

Б. Литвин, Л. Сидорчук, Ю. Яринич, І. Каражбей, А. Гутніцька провели дослідження тривоги до війни та під час. Мета дослідження була оцінити вплив війни на рівень тривоги та депресії в українській популяції, частоту загострень есенціальної артеріальної гіпертензії (ЕАГ) та якість життя [29].

Вчені використовували комплексний підхід, який включав клінічне та лабораторне обстеження 100 пацієнтів з ЕАГ II стадії та онлайн-опитування 191 респондента за допомогою форми з тестами на тривогу та депресію.

Результати дослідження показали, що війна суттєво погіршила якість життя українців з АГ та загалом населення: зросли рівні тривоги та депресії, погіршилось як фізичне, так і психічне здоров'я, а також знизилась соціальна активність. Частота загострень та кризового перебігу ЕАГ значно зросла, а кількість людей із симптомами помірної та тяжкої депресії та тривожними розладами також збільшилась. Війна суттєво погіршила якість життя українців з АГ: як фізичне, так і психічне здоров'я погіршилось на 19,65% та 23,01% відповідно, а соціальна активність знизилась на 19,71%. Частота загострень та кризового перебігу ЕАГ зросла в 2,25 раза ($\chi^2 = 14,25$; $p < 0,001$ і $\chi^2 = 4,42$; $p = 0,035$). Рівні реактивної та особистісної тривоги зросли на 13,37% ($p = 0,002$)

і 19,80% ($p=0,042$) відповідно. 29% респондентів продемонстрували симптоми помірної, важкої та дуже важкої депресії (PHQ-9). У 37% респондентів виявили генералізований тривожний розлад (GAD-7). Взагалі, в українській популяції зросла кількість людей із помірним та значним погіршенням здоров'я (SF-36) на 18%, а також кількість людей із симптомами помірної та тяжкої депресії та тривожними розладами. Частота кризового перебігу ЕАГ зросла на 10% . [29].

Тривога - це багатогранне та динамічне явище, що займає значне місце в людській психології. Воно проявляється в різних формах, впливаючи на емоційний стан, пізнавальні процеси, поведінку та фізичне здоров'я.

Цей розділ спрямований на комплексне дослідження феномена тривоги, що охоплює:

Визначення поняття "тривога" та "тривожність": Огляд різних теоретичних підходів, які надають різні визначення цим поняттям, з акцентом на їх відмінності та взаємозв'язки.

Аналіз компонентів та проявів тривоги: Вивчення різних аспектів тривоги, включаючи:

Емоційні прояви: Відчуття страху, невизначеності, безнадійності, очікування негативу, злість, сором, вина.

Фізіологічні прояви: Прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску, пітливість, тремор, задишка, проблеми з концентрацією уваги.

Поведінкові прояви: Уникнення певних ситуацій, підвищена дратівливість, агресивність, проблеми зі сном.

Зв'язок тривоги зі стресом та фрустрацією: Розгляд тривоги як компонента стресової реакції та реакції на фрустрацію, вивчення механізмів їх взаємодії.

Вплив тривоги на психологічне здоров'я: Дослідження негативних наслідків тривоги для якості життя, продуктивності, соціальної адаптації та фізичного здоров'я.

Методи самодопомоги при переживанні тривоги: Огляд різноманітних технік та практик, що допомагають зменшити рівень тривоги, покращити настрої та підвищити самопочуття.

Глибоке розуміння теоретичних основ тривоги необхідне для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування тривожних розладів.

Н. Гула у статті «Психологічні особливості дослідження домінуючих негативних станів у студентів» виділив чотири психологічні профілі: тривога, агресія, фрустрація та стрес. Дослідження проводилось на вибірці студентів першого, третього та п'ятого курсу, а для їх вивчення використовувалась методика діагностики психічних станів особистості Г. Айзенка. Давайте розглянемо детальніше, як виявились домінуючі негативні стани у студентів різних курсів, розпочавши з переживання тривоги [10]. (див. дод. А)

Переживання тривоги – складне та багатогранне поняття, що містить у собі різні компоненти.

О. Галієва зазначає, що багато дослідників розрізняють поняття «тривога» та «тривожність», але єдиного визначення немає. Психологи ділять ці два поняття на різних підставах: деякі чітко виділяють їх схожість, інші ж диференціюють за власними критеріями, що призводить до певної невизначеності у застосуванні термінів [9].

Авторка пропонує розмежовувати «тривогу» і «тривожність»: переживання, пов'язані з реальним неблагополуччям у будь-якій сфері життя – тривога, а стале відчуття тривоги – тривожність. Саме тривожність формує риси, властивості та особливості характеру.

М. Скворцова зазначає, що тривожність, як властивість людини, робить її схильною до переживання цього стану у певних ситуаціях.

Більшість науковців характеризують стан тривоги як емоційний, що супроводжується відчуттям невизначеності, безнадійності та очікуванням негативу. Вони також зазначають, що тривога є компонентом стресу і може бути реакцією на фрустрацію. Переживання тривоги включає в себе комбінацію емоцій: сум, страх, сором, відчуття провини та частково злість.

Організм реагує на тривогу комплексом біохімічних, нейровегетативних, ендокринних процесів. В малих дозах тривога може активізувати людину, але тривале перебування в цьому стані, особливо хронічне, призводить до серйозних збоїв в роботі організму та суттєво впливає на якість життя [18; 19; 20].

Тривога справді має великий вплив на наше тіло. Вона може призводити до фізичних симптомів, таких як головні болі, напруга м'язів, проблеми з шлунком і навіть серцеві розлади. Лікарі зазначають, що тривога активує нашу стресову реакцію, що може порушувати роботу різних систем організму.

Багато лікарів підкреслюють, що хронічна тривога може призвести до серйозних захворювань, таких як гіпертонія, серцево-судинні проблеми та порушення обміну речовин. Вони рекомендують не тільки медикаментозну терапію, а й методи релаксації, психотерапію та фізичну активність, щоб зменшити рівень тривоги та її негативний вплив на здоров'я.

Загалом, важливо розуміти, що наше психічне здоров'я тісно пов'язане з фізичним, і керування тривогою може суттєво покращити якість життя.

Професор Тетяна Колесник [17] підкреслила важливість визнання депресії та тривоги, оскільки це захворювання та відчуття має великий вплив на роботу і загальний стан людей, особливо в Європі. Основні ознаки депресії можна звести до трьох основних симптомів: знижений настрій, втрата радості від життя (ангедонія) і порушене мислення. Якщо у людини спостерігаються ці три симптоми протягом більше двох тижнів, це може свідчити про депресію.

Депресія може виникати на фоні тривоги, і обидва ці стани можуть впливати на фізичне здоров'я, зокрема на серцево-судинну систему. Дослідження показують, що депресія може бути такою ж небезпечною для серця, як ожиріння або високий холестерин.

Пацієнти з серцевими захворюваннями часто відчувають депресію сильніше, ніж інші люди. Депресія також погіршує якість життя пацієнтів із серцевою недостатністю та артеріальною гіпертензією. Тому важливо вчасно виявляти і лікувати депресію у таких пацієнтів.

Лікарі різних спеціальностей, включаючи кардіологів і терапевтів, повинні бути уважними до симптомів депресії, щоб покращити лікування пацієнтів. Вибір антидепресантів повинен враховувати їхні побічні ефекти. Есциталопрам, наприклад, вважається оптимальним для пацієнтів з проблемами серця, оскільки має менше негативних ефектів.

У дослідженні, яке проводили в Україні, 63% пацієнтів мали артеріальну гіпертензію, а у 45,75% виявили стрес. Після 6 місяців лікування рівень стресу знизився до 6,54%. Це підтверджує, що лікування депресії може суттєво поліпшити стан пацієнтів.

Дослідження показало, що під час лікування есциталопрамом спостерігається позитивна динаміка у зниженні рівня тривоги та депресії. Було виявлено, що чим більше часу людина проводить сидячи (гіподинамія), тим вищий рівень тривоги.

При цьому, незважаючи на зміни інтервалу Q–T (параметра, що оцінює роботу серця), він залишався в межах норми під час прийому есциталопраму протягом шести місяців.

Тетяна Колесник зазначила, що тривожні та депресивні розлади поширені серед пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. Це підкреслює важливість впровадження стандартних методів діагностики, таких як опитувальники, для раннього виявлення цих станів.

Есциталопрам визнано ефективним і безпечним препаратом з хорошою переносимістю, що робить його першим вибором для лікування тривожних і депресивних розладів у пацієнтів різного віку.

Професор Ганна Кожина обговорила психосоматичні розлади, до яких відносять різні захворювання, такі як артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба, бронхіальна астма, іпохондрія та інші. Вона підкреслила, що тривога і депресія можуть спричиняти порушення в роботі гіпоталамо-гіпофізарної системи, що в свою чергу призводить до різних проблем зі здоров'ям, включаючи серцеві аритмії і ризик тромбозів.

Такі пацієнти часто страждають від зниженого настрою, підвищеної тривоги та загальної втоми. Для лікування психосоматичних захворювань важливий комплексний підхід, що включає медикаментозну терапію, психотерапію і психоосвіту.

При виборі медикаментів важливо враховувати їхні побічні ефекти. Наприклад, деякі препарати можуть викликати залежність або негативно впливати на серцеву діяльність. Професор Кожина рекомендує використовувати сульпірид, оскільки він ефективно допомагає при тривожно-депресивних розладах та деяких соматичних захворюваннях.

Окрім лікування, важливо навчати пацієнтів, як жити з хворобою, пояснюючи їм біологічні, психологічні та соціальні аспекти їх стану, а також як реагувати на рецидиви. Ці питання викликали великий інтерес серед лікарів, адже своєчасне виявлення тривоги і депресії в медичній практиці є критично важливим для ефективного лікування.

Професор Володимир Коростій обговорив, як тривога і депресія впливають на пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, зокрема з ішемічною хворобою серця. Він зазначив, що в таких пацієнтів часто спостерігаються емоційні проблеми, зокрема тривога, депресія та нав'язливі думки про свою хворобу. Це може призводити до уникнення ситуацій, які нагадують їм про захворювання.

Коростій також сказав, що у половини пацієнтів із ішемічною хворобою серця є депресії, які виникають через їхню хворобу (нозогенні), а в інших — через психічні причини. Для діагностики тривоги та депресії використовуються спеціальні шкали, але вони не є остаточними. Вони допомагають виявити пацієнтів, які потребують додаткової уваги.

Якщо лікар підозрює наявність серйозного психічного розладу або залежності, пацієнту може знадобитися консультація психіатра. Важливо пам'ятати, що симптоми тривоги і депресії можуть перекриватися, і часто лікарі ставлять діагноз змішаного тривожно-депресивного розладу.

Також тривога може бути викликана соціумом. Давайте детальніше розглянемо основні аспекти соціальної тривоги, її причини, прояви та вплив на життя людини.

Соціальна тривога — це стан сильного занепокоєння і страху, який виникає в соціальних ситуаціях. Люди, які страждають від соціальної тривоги, бояться, що їх засудять, висміють або погано подумають про них. Вона може перешкоджати людині активно взаємодіяти з іншими, брати участь у подіях, розвиватися професійно або підтримувати дружні та особисті зв'язки.

Соціальна тривога формується під впливом кількох факторів:

1. Генетична схильність: Дослідження показують, що соціальна тривожність може передаватися генетично. Якщо у близьких родичів були проблеми з тривожними розладами, ймовірність соціальної тривоги у людини підвищується.

2. Сімейне виховання: Якщо батьки були надмірно обережні, контролювали дитину або ставилися до неї критично, це може формувати у неї страх перед суспільним осудом і знижувати соціальну впевненість.

3. Негативний досвід: Наприклад, випадки насмішок, булінгу або соціальної ізоляції можуть призвести до підвищеної тривожності в подібних ситуаціях у майбутньому.

4. Соціальні фактори: Культурні або соціальні норми, що створюють високий тиск на успішність або ідеальну поведінку, також можуть сприяти тривозі. У багатьох людей виникає відчуття, що вони повинні відповідати певним очікуванням.

Соціальна тривога має кілька рівнів проявів:

1. Емоційні прояви: Постійний страх і дискомфорт у ситуаціях, де потрібно взаємодіяти з іншими. Це може бути як страх виступати перед аудиторією, так і небажання спілкуватися навіть з невеликим колом знайомих.

2. Фізіологічні прояви: При виникненні тривожної ситуації спостерігаються прискорене серцебиття, тремтіння, потовиділення,

почервоніння обличчя, сухість у роті, проблеми зі шлунком. Іноді ці симптоми стають настільки сильними, що призводять до панічної атаки.

3. Поведінкові прояви: Людина може уникати соціальних ситуацій або мінімізувати взаємодію з іншими. Наприклад, уникати зустрічей, публічних виступів, великих компаній. Часто люди з соціальною тривогою вибирають ізольовані форми роботи або намагаються виконувати свої обов'язки так, щоб звести спілкування до мінімуму.

Соціальна тривога може серйозно обмежувати людину. Люди з цим розладом часто страждають від низької самооцінки, відчують себе неповноцінними або непотрібними. Їм важко встановлювати та підтримувати соціальні зв'язки. Через це часто виникає почуття самотності та ізольованості.

Соціальна тривога також впливає на професійне життя, адже людині складно презентувати свої ідеї, спілкуватися з колегами та/або керівництвом. Такі люди частіше обирають роботу, де мінімум контактів з іншими, або ж узагалі відмовляються від кар'єрного зростання через страх публічної оцінки.

Отже, соціальна тривога — це проблема, яка може серйозно ускладнити життя, але вона піддається корекції завдяки спеціальним методам і підтримці.

У статті І. Ясточкіна, «Соціальна тривога людини: причини та наслідки» розглядається феномен соціальної тривоги в сучасному суспільстві. Соціальна тривога виникає через почуття дискомфорту та незручності в соціальних ситуаціях, що може призводити до сором'язливості та уникнення спілкування. Основні причини тривожності можуть включати генетичну схильність, вплив середовища, негативний досвід, імітацію поведінки батьків та інші фактори. Прояви соціальної тривоги можуть включати страх перед публічними виступами, страх негативної оцінки, відчуття неповноцінності. Симптоми — прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, почервоніння обличчя. Для подолання соціальної тривоги можуть знадобитися спеціалізована підтримка та методи соціальної адаптації [53].

Основні аспекти дослідження Станіщук А. [45] на тему тривожності та її впливу на якість життя.

Тривога визначається як емоційний стан, який включає відчуття напруги, невпевненості, страху, часто без конкретної причини. Вона супроводжується фізіологічними симптомами, такими як пришвидшене серцебиття, тремтіння, пітливість, що виникають через активацію нервової системи. Тривога виконує дві основні функції:

1. Сигнальна: вона попереджає про потенційну загрозу, допомагаючи людині бути настороженою.

2. Стимулююча: мобілізує сили організму для реагування, що корисно в помірних межах (так звана "адаптивна тривога").

У дослідженні розрізняються два основних види тривожності:

1. Ситуативна тривожність: це реакція на конкретну ситуацію, яка викликає занепокоєння. Вона може бути тимчасовою, наприклад, перед важливим заходом.

2. Особистісна тривожність: це властивість людини постійно відчувати тривогу навіть у звичайних ситуаціях. Це глибше і більш стійке відчуття, яке пов'язане з внутрішніми психологічними особливостями особистості [45].

Тривожність має значний вплив на різні сфери життя. Високий рівень тривожності може:

- знижувати якість соціальної взаємодії: Люди з високою тривожністю часто уникають соціальних контактів, відчувають страх перед оцінкою інших, що робить їх менш впевненими у спілкуванні;

- впливати на професійну діяльність: Тривожні люди зазвичай менш успішно виконують завдання в умовах обмеженого часу або під тиском. Висока тривожність може знижувати продуктивність, адже страх невдачі домінує над бажанням досягти успіху;

- знижувати стресостійкість: Люди з високою тривожністю схильні сприймати світ як більш ворожий та небезпечний, що збільшує їхню чутливість до стресу.

Для вимірювання рівня тривожності у дослідженні використовувалася методика Ч. Спілбергера. Вона дозволяє оцінити тривожність як особистісну характеристику і як реакцію на конкретну ситуацію:

1. Т-властивість (особистісна тривожність): відображає стійку схильність до тривожності.

2. Т-стан (ситуативна тривожність): відображає рівень тривожності у певній ситуації.

Високий рівень тривожності може призвести до розвитку психічних розладів, таких як:

- панічні атаки: сильний страх, що супроводжується інтенсивними фізіологічними реакціями.

- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): виникає після травматичних подій, часто супроводжується нав'язливими спогадами, страхом.

- obsesивно-компульсивний розлад (ОКР): тривожність проявляється у формі нав'язливих думок і дій, які людина не може контролювати.

Дослідження пропонує кілька методів для зниження тривожності:

1. Арт-терапія: використання творчих методів, таких як малювання, ліплення, що допомагає людям виразити свої емоції і розслабитися.

2. Когнітивно-поведінкова терапія: допомагає людині зрозуміти та змінити негативні мисленнєві шаблони, що підсилюють тривогу.

3. Практичні вправи: різні техніки дихання, релаксації, які дозволяють людині навчитися контролювати свої фізіологічні реакції на стрес.

Дослідження акцентує, що тривожність є комплексним явищем, яке може як допомагати (у випадку адаптивної тривожності), так і заважати людині (у випадку невротичної тривоги). Важливо навчитися розпізнавати її рівень та за потреби використовувати психокорекційні методи для підтримки високої якості життя [45].

1.3. Теоретичне дослідження допомоги та самопомоги при переживанні тривоги

Для дослідження важливо розібратися, що означає допомога та самопомога.

Допомога – це дія або процес підтримки, сприяння, надання підтримки або забезпечення допомоги іншим у різних ситуаціях. Допомога може виявлятися у різних формах, таких як матеріальна, емоційна, інформаційна чи фізична підтримка.

Допомога може бути надана як особисто, так і через організації, державні установи, некомерційні чи громадські ініціативи. Це важливий аспект людських взаємин, який допомагає суспільству функціонувати ефективніше та гармонійніше.

Надання допомоги може включати різні види діяльності, такі як фінансова допомога, довіра, підтримка у важких періодах життя, психологічна підтримка, надання інформації, турбота про близьких та інші форми втручання, спрямовані на поліпшення становища людини або її оточення. Допомога є однією з основних цінностей міжособистісних відносин та сприяє розвитку соціальних зв'язків та солідарності у суспільстві.

У посібнику «Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій» за загальною редакцією З. Кісарчук було зазначено багато методів допомоги людям, які переживають різні негативні стани, через травматичні ситуації [22]. В ньому розповідається про:

- психологічну допомогу внутрішньо переміщених осіб;
- психологічну допомогу військовослужбовців, що виконують свій обов'язок у зоні бойових дій;
- допомогу дітям з тимчасово переселених родин;
- особливості психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям; «телефон довіри» та їх методики;
- психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими [22].

Більш детально розповім про телефон довіри, як метод допомоги, бо це один з засобів, які можна використовувати самостійно. За визначенням Б. Карвасарсого «Телефон довіри» - це вид психопрофілактичної роботи та психолого-соціальної допомоги, адресована людям в кризових ситуаціях. Основна робота психологів на «телефоні довіри» надавати психологічне консультування. Особливість «телефону довіри» в тому що людина отримує професійну допомогу, анонімно в будь-який час та безкоштовно. Під час розмови з людиною спочатку знаходять контакт, активно слухають, потім структурують ситуацію, розкривають зв'язок ситуації з життям абоненту, знімають гостру ситуацію, далі планують дії які потрібні для подолання кризової ситуації й в дають активну психологічну підтримку [40].

На гарячу лінію надходить велика кількість звернень клієнтів у стресовій ситуації, у тому числі: фізичні та психічні проблеми; любов, дружба та подружні відносини; пошук сенсу життя; ненависть до себе, бажання змінити себе; втрата та пошук друзів; сексуальні проблеми, включаючи мастурбацію; конфлікт з батьками, вчителями та друзями; професійний та академічний проблеми; труднощі, пов'язані з вагітністю та методами контрацепції; проблеми відповідності з референтною групою; адміністративно-правові питання; самотність; фізичне та сексуальне насильство; проблеми, пов'язані з суїцидальною поведінкою та думками; неможливість планувати свій вільний час через незнання шляхів та засобів і т.д.

Наведено різні стресогенні ситуації, з якими можуть звертатися клієнти до «телефону довіри». Цей широкий спектр проблем вимагає від служби підтримки гнучкості, емпатії та готовності допомагати у різних ситуаціях. Для раціонального та ефективного надання допомоги у таких різноманітних обставинах необхідно брати до уваги такі аспекти:

- важливо виявляти розуміння та співчуття до почуттів та проблем клієнтів незалежно від їх характеру;

- слухати уважно та ставити запитання, що відкривають, для більш повного розуміння ситуації та почуттів клієнта;
- акцентувати увагу до сильних сторонах клієнта, допомагаючи йому бачити шлях до подолання поточних труднощів;
- мати поінформованість про можливі напрямки допомоги та зв'язки з іншими соціальними службами та фахівцями для подальшої підтримки клієнта;
- гарантувати анонімність та довіру клієнтів до служби [40].

Кожна з перелічених проблем потребує індивідуального підходу, розуміння та професійної допомоги. Надання ефективної підтримки в таких різноманітних ситуаціях сприяє покращенню добробуту та психологічного стану клієнтів, що є важливим аспектом роботи «телефону довіри».

Деякі з авторів та вчених, які вивчали методи допомоги при негативних станах за останні п'ять років: Н. Шевченко «Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях», Ю. Олійник, А. Романів, Н. Параняк «Домедична психологічна допомога в умовах війни», Л. Магдисюк, О. Блаватна «Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину із затримкою психічного розвитку», Д. Романовська «Психологічна допомога у закладах освіти в період війни...», Я. Каплуненко «Перша психологічна допомога: досвід міжнародних організацій» і багато інших. Тож інформації про психологічну допомогу дуже багато, але що до самодопомоги [25; 33; 35; 42; 52].

Самодопомога - це процес, що включає використання різних методів, стратегій і технік для поліпшення свого благополуччя, емоційного стану, розвитку особистості або вирішення проблем. Це активна участь у власному самовдосконаленні без прямої участі спеціаліста.

Умовно можна самодопомогу поділити на кілька видів, які людина може використовувати для покращення свого життя та благополуччя. Деякі з видів самодопомоги включають:

- літературна самодопомога - це читання книг, статей або блогів, спрямованих на розвиток особистості, управління часом, покращення відносин та інші аспекти життя;

- фізична самодопомога - це турбота про фізичне здоров'я через заняття спортом, правильне харчування, регулярні тренування та інші фізичні активності;

- психологічна самодопомога - це робота над емоційним благополуччям, управління стресом, розвиток навичок релаксації, практика медитації та майндфулнесу;

- соціальна самодопомога - це розвиток навичок спілкування, покращення відносин з оточуючими, пошук підтримки та допомоги у соціальному середовищі;

- професійна самодопомога - це розвиток кар'єри, навчання нових навичок, поліпшення професійної компетенції та саморозвиток у робочій сфері.

Також часто обирають деструктивні методи самодопомоги — це способи, які тимчасово знижують стрес або емоційне напруження, але в довгостроковій перспективі призводять до погіршення фізичного, емоційного чи психічного стану. Ось найпоширеніші деструктивні методи:

1. Хімічна залежність:

- алкоголь: Часте вживання для “розслаблення” чи забуття проблем часто переростає в залежність і погіршує емоційний стан.

- Наркотики або заспокійливі препарати без призначення лікаря: Це дає короткостроковий ефект, але завдає шкоди організму і призводить до серйозної залежності.

- Куріння: Використовується як спосіб “заспокоїтися”, але шкодить здоров'ю та підвищує ризик хронічних хвороб.

2. Надмірне уникнення проблем:

- прокрастинація: Уникаючи вирішення проблем, людина відкладає важливі завдання, що збільшує почуття провини та стрес.

- ігнорування емоцій: Придушення негативних емоцій може призвести до їх накопичення і емоційного вибуху.

3. Шкідлива поведінка в харчуванні:

- переїдання: Багато людей використовують їжу як спосіб заспокоїтися, що може призвести до ожиріння та почуття провини.

- голодовка або обмеження їжі: Використовується як спосіб контролю над життям, але завдає шкоди здоров'ю.

4. Агресивна або руйнівна поведінка:

- викид агресії на інших: Замість пошуку здорового способу справитися з емоціями, деякі люди проявляють злість або агресію.

- самопошкодження: Фізична шкода собі (наприклад, порізи) використовується для зняття емоційного болю, але це вкрай небезпечна практика.

- руйнівні звички в соціальних відносинах: Провокування конфліктів, ізоляція від близьких чи маніпуляції.

5. Залежність від технологій та віртуального світу:

- комп'ютерні ігри або соціальні мережі: Надмірне використання як спосіб уникнення реального життя призводить до ізоляції та втрати часу.

- деструктивний контент: Перегляд контенту, що викликає тривогу або негативні емоції, може погіршити психологічний стан.

6. Ризиківана поведінка:

- азартні ігри: Спроби зняти напругу або вирішити фінансові проблеми через ставки часто ведуть до залежності та боргів.

- безладні сексуальні стосунки: Використовуються для тимчасового підвищення самооцінки, але можуть завдати емоційної чи фізичної шкоди.

7. Надмірна ізоляція:

- повна відмова від соціального життя: Уникнення спілкування як спосіб уникнути болю чи проблем, що лише посилює самотність.

- ігнорування допомоги: Відмова звертатися за професійною підтримкою або до близьких, навіть коли вона необхідна.

8. Перенесення провини на інших:

- звинувачення оточуючих: Людина перекладає відповідальність за свої емоції чи проблеми на інших, уникаючи власної участі в їх вирішенні.

Деструктивні методи часто здаються легким і швидким рішенням у складних ситуаціях. Вони дають короткострокове полегшення, але уникають справжнього вирішення проблеми.

Для уникнення таких методів важливо вчасно звертатися за допомогою (до друзів, сім'ї чи спеціалістів) та знаходити більш здорові способи справлятися зі стресом.

Висновки до розділу 1

Підводячи висновки до першого розділу необхідно зазначити, що більш детально розглянуто деякі з негативних станів такі, як тривога, агресія, фрустрація та стрес. Дослідження підтверджує, що тривожність є багатогранним явищем, яке відіграє значну роль у повсякденному житті людини, впливаючи на її психічне, емоційне та фізичне здоров'я.

1. Визначено, що переживання – це стан, який проходить в теперішній момент часу, може бути негативним або позитивним, пов'язаний з важливими подіями, цілями, людьми та характеризує їх значимість. Валідація переживань людини та прийняття важливості для неї якось події є терапевтичною та важливим моментом для практик самопомоги. Існують різні теорії щодо виникнення та наслідків негативних станів: О. Галієва говорить про поняття «тривога» та «тривожність». Виявили природу тривожності та її роль у житті людини. Тривожність – це природна захисна реакція організму на можливі загрози, яка допомагає людині залишатися пильною та готовою до дій. Проте, коли тривожність стає надмірною або хронічною, вона починає негативно впливати на якість життя. У таких випадках тривога перестає бути адаптивною і стає дезадаптивною, заважаючи людині вільно функціонувати. В роботі виділяються ситуативна і особистісна тривожність. Ситуативна тривога

з'являється як реакція на конкретні події, тоді як особистісна є стійкою характеристикою, яка вказує на загальну схильність людини до тривожності.

Феноменологія кожної людини є різною та негативні стани можуть переплітатись між собою, тож для ефективного використання методів самодопомоги важливо мати навички рефлексії. Метопозиція до своїх станів дозволяє більш детально розглянути внутрішню картину переживання. Важливо також розглядати молоді все комплексно, не забуваючі про соціокультурний та психологічний контекст.

Також ми з'ясували, які негативні психологічні стани впливають на молодь та, які вправи самодопомоги будь знімати напругу та допомагати впоратись з стресовими ситуаціями.

2. Констатовано, що отримання допомоги від інших людей або здійснення самодопомоги сприяє розвитку особистості, допомагає зрозуміти свої сильні та слабкі сторони, а також можливості для особистого зростання та покращення. Допомога та самодопомога сприяють підвищенню якості життя, допомагають досягати поставлених цілей, долати труднощі та проблеми, створювати більш комфортні та ефективні умови для саморозвитку та самореалізації.

Описано важливість створення міцних соціальних зв'язків. Отримання допомоги від інших та надання допомоги натомість сприяє створенню міцних, довірчих відносин, формуванню соціальної мережі, що підтримує, що у свою чергу сприяє психологічному благополуччю. Взаємодія з оточуючими людьми та самодопомога дозволяють краще зрозуміти себе, свої потреби, цінності та бажання, що є важливим елементом саморозвитку та самопізнання.

3. Люди з високою тривожністю часто уникають соціальних контактів, бояться критики або негативної оцінки. Це може обмежувати їх у спілкуванні, створювати труднощі у встановленні і підтриманні міжособистісних зв'язків, спричиняти відчуття ізоляції та самотності. У професійній сфері тривожність також має серйозні наслідки: знижує продуктивність, заважає реалізовувати свій потенціал та успішно виконувати завдання під тиском. Через страх перед

невдачею або осудом тривожні люди часто уникають кар'єрного зростання та роботи, пов'язаної з комунікацією.

З'ясували наслідки високої тривожності для психічного здоров'я. Дослідження підтверджує, що високий рівень тривожності може призводити до розвитку психічних розладів, таких як:

Панічні атаки, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР).

Важливим є розуміння, що тривожність вимагає своєчасного втручання. За відсутності належної підтримки вона може перерости у більш серйозні психічні розлади, які значно ускладнюють життя людини.

4. Здійснено розгляд методів зниження рівня тривожності. В роботі пропонує кілька ефективних методів, які допомагають зменшити рівень тривожності і покращити загальний психоемоційний стан. Серед таких методів залучення творчості як засобу вираження та звільнення від емоційного напруження. Деструктивні методи самопомоги часто обираються через їхню здатність швидко полегшити емоційний або фізичний дискомфорт. Однак вони лише тимчасово маскують проблему, не вирішуючи її суті, та завдають шкоди здоров'ю, відносинам і загальній якості життя. Усвідомлення своїх дій та їхніх наслідків є першим кроком до пошуку більш конструктивних і здорових способів підтримки себе. Звернення за допомогою до професіоналів або використання позитивних практик самопомоги може значно покращити ситуацію і сприяти довготривалому благополуччю.

Окрім індивідуального значення, дослідження тривожності є важливим для розвитку системи психологічної підтримки у суспільстві. Доступ до ефективних методів профілактики та корекції тривожних станів може значно підвищити загальний рівень психічного здоров'я, сприяючи зменшенню соціальних та економічних наслідків, пов'язаних з тривожністю.

Таким чином, можна зробити висновок, що тривожність є багатогранним явищем, яке потребує індивідуального підходу.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ І САМОДОПОМОГИ У СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

2.1. Емпіричне дослідження переживання тривоги

Відповідно до теоретичного аналізу у першій главі ми обрала методики. Різноманіття методик для оцінки тривоги дозволяє не лише ефективно діагностувати цей стан, але й допомагає виявляти його причини, рівень вираженості та оцінювати ефективність втручань.

У цьому розділі ми розглянемо ключові інструменти, які використовуються для вивчення тривожних станів у моєму емпіричному дослідженні, зокрема, шкалу тривоги та депресії (HADS), шкалу генералізованого тривожного розладу (GAD-7), шкалу тривоги Бека (BAI) та шкалу Спілбергера-Хани (STAI). Ці інструменти дозволяють отримувати суб'єктивну оцінку стану пацієнта, виявляти початкові симптоми тривожності та визначати їхню динаміку під час терапевтичних або профілактичних заходів.

Також буде представлено авторський опитувальник “Тривога та методи самодопомоги”, спрямовану на дослідження способів подолання тривожних станів за допомогою самостійних практик. Особливу увагу приділено важливості ранньої діагностики тривожності, а також використанню стандартизованих тестів для моніторингу стану молоді в освітніх закладах.

Розділ слугуватиме базою для оцінки інструментів дослідження тривоги, їхнього практичного застосування, переваг, обмежень, а також для формування рекомендацій щодо інтеграції цих методик у системи психологічної підтримки. Почнемо з використання шкали тривоги та депресії (HADS) – це суб'єктивна методика і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії. Вона не вимагає багато часу та тривалої обробки даних, що робить її гарним методом самодіагностики. За допомогою цієї методики ми

можемо розуміти, чи працюють методи самодопомоги при таких негативних станах, як тривога та депресія.

Критерії оцінки проводяться за двома шкалами: А (тривога) та Д (депресія) і для кожної шкали окремо набираємо бали, де від 0 – 7 норма, від 8 – 10 суб'єктивний рівень тривоги/депресії, 11 балів та вище клінічна виражена тривога/депресія. Всього 14 запитань і 4 варіанти відповіді, що можуть виражати ступінь симптоматики.

Тести HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) та HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale) можуть бути корисні для молоді з кількох причин:

1. Раннє виявлення тривоги та депресії: Молодь часто стикається з емоційними труднощами, і використання тестів HADS може допомогти у ранньому виявленні тривожності та депресії. Ці тести дозволяють виявити симптоми на початковій стадії, що дозволить своєчасно надати підтримку молодим людям.

2. Оцінка ефективності терапії: Якщо молоді люди отримують підтримку або проходять лікування, тести HADS можуть використовуватися для оцінки ефективності терапії. Це допоможе фахівцям та молоді самим бачити прогрес та приймати інформовані рішення щодо необхідності коригування лікувальних заходів.

3. Підтримка в освітніх закладах: У навчальних закладах тести HADS можуть допомогти виявити студентів, які потребують психологічної чи психіатричної підтримки. Використання цих тестів може сприяти створенню більш дбайливого та здорового освітнього середовища для молоді.

Також GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) - це короткий, простий та надійний інструмент, що використовується для скринінгу та оцінки рівня тривоги.

Що оцінює GAD-7? GAD-7 оцінює сім симптомів тривоги, які є характерними для узагальненого тривожного розладу (ГТР):

1. Нервозність або тривога
2. Нездатність розслабитися

3. Неспокій або відчуття, що потрібно рухатися
4. Напруга м'язів
5. Легко злякатись
6. Трудність з концентрацією
7. Проблеми зі сном

Як проводиться оцінка?

GAD-7 складається з 7 питань. Кожне питання стосується того, як часто ви відчували певний симптом за останній тиждень. Відповіді надаються за шкалою від 0 до 3.

Важливо: GAD-7 - це лише інструмент скринінгу. Діагноз ГТР має ставити кваліфікований фахівець в галузі охорони здоров'я.

GAD-7 широко використовується в медичних та психологічних практиках, а також у дослідженнях. Він є корисним інструментом для:

- виявлення потенційного ГТР;
- моніторингу тривоги в часі;
- оцінки ефективності лікування.

Опитувальник GAD-7 розробив Роберт Л. Спітцер, доктор медичних наук, з кафедри психіатрії Психіатричного інституту штату Нью-Йорк. Робота над GAD-7 була підтримана компанією Pfizer Inc (Нью-Йорк, штат Нью-Йорк) у 2006 році. Доктор Спітцер отримав допомогу від кількох фахівців: Марк Девіс, магістр наук, допомагав з проведенням статистичного аналізу. Джеффри Дж. Джонсон, доктор філософії, брав участь у зборі даних та аналізував ранні версії опитувальника. Діана Енгел, магістр соціального обслуговування, також допомогла зі збором даних.

GAD-7 пройшов ретельну перевірку для підтвердження його точності та надійності. Дослідження проводилося в 15 клініках США з листопада 2004 по червень 2005. 2740 дорослих пацієнтів заповнили опитувальник, а 965 з них пройшли додаткове інтерв'ю з фахівцем з психічного здоров'я. Результати GAD-7 порівнювали з діагнозами, поставленими фахівцями, а також з даними

про функціональний стан пацієнтів, дні непрацездатності та зверненнями до лікаря.

GAD-7 виявив високу надійність та валідність - він добре розрізняє людей з ГТР від тих, у кого його немає. Вищий бал за GAD-7 був тісно пов'язаний з проблемами з функціональним станом та більшою кількістю днів непрацездатності. Незважаючи на те, що симптоми тривоги та депресії часто зустрічаються разом, дослідження показало, що вони – це окремі проблеми. Обидва типи симптомів мають різний, але незалежний вплив на функціональний стан.

Проводилися також додаткові дослідження: У 2008 році Lowe et al. провели додаткове дослідження, яке підтвердило 1-мірну структуру GAD-7 та його високу внутрішню узгодженість. Результати дослідження Lowe et al. також показали, що GAD-7 добре корелює з іншими тестами, що оцінюють тривогу та депресію. Жінки мали значно вищий рівень тривоги, ніж чоловіки. Приблизно 5% людей мали 10 балів або більше за GAD-7, а 1% - 15 балів або більше [59].

GAD-7 є надійним і точним інструментом для виявлення генералізованого тривожного розладу.

Використання GAD-7, або Шкали Генералізованої Тривоги, є важливим з кількох причин:

1. Швидка та ефективна оцінка: GAD-7 - це короткий, самооцінний інструмент, що дозволяє швидко визначити наявність та рівень генералізованої тривоги. Він займає мінімум часу для заповнення, але надає цінну інформацію для лікаря.

2. Доступність та простота: GAD-7 є безкоштовним та легкодоступним. Його можна знайти онлайн або отримати від лікаря, що робить його доступним для широкої аудиторії.

3. Достовірність та валідність: Дослідження показали, що GAD-7 є надійним та точним інструментом для вимірювання генералізованої тривоги.

Він має високу чутливість та специфічність, що означає, що він добре розрізняє людей з ГТР від тих, у кого його немає.

4. Об'єктивна оцінка: GAD-7 надає кількісну оцінку рівня тривоги, що дозволяє порівняти результати з іншими пацієнтами, а також відстежувати зміни в тривозі з часом. Це допомагає лікарям ефективніше оцінювати стан пацієнта.

5. Спільна мова: GAD-7 є стандартизованим інструментом, який використовується у всьому світі. Це допомагає лікарям та психотерапевтам мати спільну мову для обговорення тривоги пацієнтів.

6. Дослідження: GAD-7 є цінним інструментом для дослідників, які вивчають тривогу та її лікування. Він допомагає їм проводити дослідження, порівнювати ефективність різних методів лікування та краще розуміти ГТР.

Важливо пам'ятати, що GAD-7 - це лише інструмент скринінгу, а не діагностичний тест. Якщо у вас є тривожні симптоми, зверніться до лікаря або психотерапевта для подальшої діагностики та лікування.

Шкала тривоги Бека (BAI) - це самооцінний опитувальник, який використовується для оцінки рівня тривоги. Він був розроблений доктором Аароном Т. Беком, американським психіатром, який також відомий розробкою Шкали депресії Бека (BDI).

Що оцінює BAI?

BAI оцінює 21 симптом тривоги, які розділені на чотири категорії:

1. Фізичні симптоми: серцебиття, тремтіння, напруга м'язів, відчуття задухи, нудота, запаморочення, відчуття дискомфорту в шлунку.

2. Когнітивні симптоми: страх, тривога, побоювання, труднощі з концентрацією, почуття безпорадності.

3. Емоційні симптоми: нервозність, тривожність, дратівливість, відчуття занепокоєння, відчуття розгубленості.

4. Поведінкові симптоми: безсоння, зміна апетиту, неспокій, уникнення ситуацій, що викликають тривогу.

Як проводиться оцінка?

BAI складається з 21 питання. Кожне питання стосується того, як часто ви відчували певний симптом за останній тиждень. Відповіді надаються за шкалою від 0 до 3.

Важливо: BAI - це лише інструмент скринінгу. Діагноз тривожного розладу має ставити кваліфікований фахівець в галузі охорони здоров'я.

BAI широко використовується в медичних та психологічних практиках, а також у дослідженнях. Він є корисним інструментом для:

- виявлення потенційного тривожного розладу;
- моніторингу тривоги в часі;
- оцінки ефективності лікування.

Його створив Аарон Темкін Бек (англ. Aaron Temkin Beck; 18 липня 1921, Провиденс — 1 листопада 2021, Філадельфія, Пенсильванія) — американський психотерапевт, професор психіатрії Пенсільванського університету, творець когнітивної психотерапії, одного з напрямків сучасного когнітивно-поведінкового течії в психотерапії, провідний фахівець у галузі лікування депресій. Когнітивна терапія А. Т. Бека найбільш широко застосовувалася в роботі з хворими на депресію.

Використання Шкали тривоги Бека (BAI) важливе з кількох причин:

1. Швидка та ефективна оцінка: BAI є простим у використанні інструментом, який допомагає швидко визначити рівень тривоги. Це дозволяє лікарям та психотерапевтам отримати швидку оцінку ситуації і вирішити, чи потрібна подальша діагностика та лікування.

2. Об'єктивна оцінка: BAI надає кількісну оцінку тривоги, що дозволяє порівняти результати з іншими пацієнтами, а також відстежувати зміни в рівні тривоги з часом. Це важливо для моніторингу ефективності лікування.

3. Спільна мова: BAI є стандартизованим інструментом, який використовується в усьому світі. Це допомагає лікарям та психотерапевтам мати спільну мову для обговорення рівня тривоги пацієнтів.

4. Доступність: BAI доступний в онлайн-режимі, що робить його доступним для широкого кола людей.

5. Профілактика та раннє виявлення: ВАІ може допомогти виявити тривогу на ранніх стадіях, коли вона ще не стала серйозною проблемою. Це важливо, оскільки раннє виявлення та лікування тривоги може запобігти розвитку більш серйозних проблем зі здоров'ям.

6. Підтримка в процесі лікування: ВАІ може допомогти пацієнтам з тривогою відстежувати прогрес свого лікування і мотивувати їх до подальшої роботи над своїм станом.

7. Дослідження: ВАІ є цінним інструментом для дослідників, які вивчають тривогу та її лікування.

Важливо пам'ятати, що ВАІ - це лише інструмент скринінгу, а не діагностичний тест. Якщо у вас є тривожні симптоми, зверніться до лікаря або психотерапевта для подальшої діагностики та лікування.

Шкалу тривоги Спілбергера-Хани (STAI), або State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Шкала тривоги Спілбергера-Хани (STAI) важлива з кількох причин:

1. Розрізнення типів тривоги:

STAI дозволяє розрізнити стан тривоги (тимчасовий, ситуативний) та рису тривоги (хронічний, більш стійкий). Це важливо для точного розуміння причин тривоги та ефективного планування лікування.

2. Достовірність та валідність:

Дослідження показали, що STAI є надійним та точним інструментом для вимірювання тривоги. Він добре розрізняє людей з різними рівнями тривоги та має високу відповідність результатів при повторному тестуванні.

3. Спільна мова: STAI є стандартизованим інструментом, який використовується у всьому світі. Це допомагає лікарям, психотерапевтам та дослідникам мати спільну мову для обговорення рівня тривоги пацієнтів.

4. Моніторинг лікування: STAI може допомогти відстежувати прогрес пацієнтів під час лікування тривоги. За допомогою STAI можна побачити, чи ефективні обрані методи лікування, чи потрібна їхня корекція.

5. Дослідження: STAI є цінним інструментом для дослідників, які вивчають тривогу та її лікування. Він допомагає проводити дослідження, порівнювати ефективність різних методів лікування та краще розуміти тривогу.

6. Зрозуміти себе: Навіть для особистого користування, STAI може бути корисним, щоб краще зрозуміти власний рівень тривоги, як він змінюється в різних ситуаціях, і як це впливає на життя.

Це не один, а два опитувальники, які оцінюють два типи тривоги:

1. Стан тривоги (State Anxiety): Оцінює рівень тривоги в конкретний момент часу. Відповідає на питання про те, як людина почувається «зараз». Наприклад, «Я почуваюся тривожним», «У мене тремтять руки» тощо.

2. Риса тривоги (Trait Anxiety): Оцінює схильність людини до тривоги в цілому. Відповідає на питання про те, як людина почувається «зазвичай». Наприклад, «Я часто турбуюся», «Я легко лякаюся», «Я боюся майбутнього» тощо.

STAI складається з двох частин:

1. STAI-T (Trait Anxiety Inventory): Складається з 20 тверджень, які описують типи тривоги. Кожне твердження оцінюється за шкалою від 1 до 4. Сума балів вказує на рівень риси тривоги у людини.

2. STAI-S (State Anxiety Inventory): Складається з 20 тверджень, які описують поточний стан тривоги. Кожне твердження оцінюється за шкалою від 1 до 4. Сума балів вказує на рівень стану тривоги у людини «в даний момент».

Результат за STAI-T може вказати на те, чи людина схильна до тривоги, а результат за STAI-S - наскільки людина тривожна в конкретній ситуації. Високі бали в STAI-T можуть вказувати на хронічну тривогу, а високі бали в STAI-S - на ситуативну тривогу.

Важливо: STAI - це лише інструмент скринінгу, а не діагностичний тест. Діагноз тривожного розладу має ставити кваліфікований фахівець в галузі охорони здоров'я.

STAI широко використовується в психологічних дослідженнях та практиці для оцінки рівня тривоги у різних популяціях. Визначення факторів, що впливають на тривогу. Моніторингу ефективності терапії. Оцінки впливу стресу та інших факторів на тривогу.

Також ми створили авторський опитувальник “Тривога та методи самодопомоги” (див. дод. Е). Вона спрямована на дослідження того, як люди справляються з тривогою, і якими методами самодопомоги вони користуються.

Для цього ми дослідила демографічні дані: стать, вік, освіта, зайнятість, діти - вони допомагають розглянути тривогу в контексті різних груп населення. Що важливо було підкреслити у цьому дослідженні:

Стать може впливати на симптоми тривоги та способи, якими люди з нею справляються. Наприклад, жінки частіше страждають від тривожних розладів, ніж чоловіки.

Вік також може впливати на тривогу. Наприклад, молоді люди можуть відчувати тривогу, пов'язану з навчанням, а люди старшого віку - з втратою близьких, здоров'я тощо.

Рівень освіти може впливати на доступ до інформації про тривогу та можливості самодопомоги. Зайнятість може створювати стрес, який може спровокувати тривогу. Наявність дітей може створювати додаткові стресові фактори, які можуть вплинути на тривогу. Рівень тривоги: питання про те, як часто відчувається тривога, допомагає оцінити її інтенсивність. «Наскільки часто відчувається тривога?» Це питання допомагає визначити інтенсивність тривоги. Воно допомагає визначити, наскільки часто людина відчуває тривожні симптоми, що дозволяє краще зрозуміти масштаб проблеми та необхідність звернення за професійною допомогою. Однак, це лише один з аспектів оцінки тривоги. Важливо також враховувати тривалість та інтенсивність кожного епізоду тривоги, а також загальний вплив тривоги на життя людини.

Методи самодопомоги: опитувальник детально описує про різні методи

самодопомоги - від дихальних вправ до позитивного контенту, медитації, планування часу та спілкування.

Використання засобів самодопомоги: Це питання допомагає зрозуміти, чи люди взагалі користуються засобами самодопомоги, та наскільки часто.

Повільне дихання: Це питання визначає, чи використовують люди цю техніку, яка є дуже ефективною для зменшення тривоги за результатами дослідження.

Фізична активність є дуже важливою для зменшення тривоги, і це питання визначає, чи люди її практикують.

Медитація та йога: Ці практики є ефективними для зменшення тривоги та стресу.

Питання про позитивний контент допомагає зрозуміти, чи люди використовують позитивний контент як спосіб підняти собі настрій.

Планування часу може допомогти зменшити стрес та тривогу.

Гуляння на свіжому повітрі є дуже корисним для психічного здоров'я.

Соціальна підтримка є важливим фактором, який допомагає людям справлятися з тривогою.

Звернення за допомогою: питання про звернення до фахівців та благодійних організацій допомагає зрозуміти, чи людина прагне отримати професійну допомогу.

Звернення за допомогою при негативних психічних станах визначає, чи люди звертаються за професійною допомогою, коли відчувають тривогу.

Звернення до благодійних організацій та на телефон довіри показує, чи люди шукають допомогу в інших джерелах, крім фахівців.

Питання про обдумування власного емоційного стану допомагає дослідити самосвідомість та здатність людини усвідомлювати власні емоції.

Які цілі цього дослідження? Визначити ефективність різних методів самодопомоги: опитувальник може допомогти зрозуміти, які методи самодопомоги найбільш ефективні для різних груп людей.

Ідентифікувати фактори, що сприяють тривозі: аналізуючи відповіді,

можна виявити, що впливає на рівень тривоги - стать, вік, освіта, зайнятість, наявність дітей тощо.

Оцінити здатність людей до самодопомоги: опитувальник допомагає зрозуміти, чи люди готові до самодопомоги, чи вони прагнуть отримати професійну допомогу.

Створити програми самодопомоги: дослідження може дати підстави для створення ефективних програм самодопомоги, які враховуватимуть потреби різних груп людей.

Важливо, що цей опитувальник може бути лише першим кроком у вивченні тривоги. Додаткові дослідження, можливо, будуть потрібні, щоб отримати більш глибоке розуміння цього складного питання. Тому ми застосувала інші методики на вивчення тривоги.

Кожне питання має свою мету, і всі вони разом допомагають сформувати повну картину тривоги та способів, якими люди з нею справляються.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження тривоги і методів самодопомоги.

У даному розділі представлено результати емпіричного дослідження, яке було присвячене вивченню особливостей самодопомоги молоді під час відчуття тривоги. Основною метою дослідження стало виявлення рівнів тривожності, а також популярних та ефективних методів самодопомоги, які використовуються молоддю в таких станах.

У рамках дослідження застосовано авторський опитувальник “Тривога та методи самодопомоги”, а також чотири стандартизовані методики: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale), опитувальник Бека та методику Спілбергера. Вони дозволили всебічно оцінити рівні тривожності, характерні емоційні стани, а також схильність до застосування різних форм самодопомоги.

Участь у дослідженні взяли 120 осіб, з яких 83 респонденти заповнили опитувальник онлайн за допомогою Google Форми, а 37 осіб брали участь у

дослідженні на базі медичного центру "Medico", використовуючи паперові екземпляри опитувальників. Така комбінація форматів збору даних дозволяє забезпечити доступ до ширшої аудиторії та підвищити різноманітність вибірки.

Цей розділ містить опис основних тенденцій, виявлених у дослідженні, а також аналіз особливостей самопомоги молоді у станах тривоги. Результати дослідження допоможуть глибше зрозуміти психологічні механізми тривожності та оцінити ефективність самостійних стратегій подолання тривоги, які застосовує молодь.

У дослідженні прийняло участь 20 чоловіків та 100 жінок.



Рисунок 2.1 Діаграма біологічної статі (N=120)

Віковій категорія була поділена на з 14 – до 24 – 39 респондентів; з 25 – до 44 – 59 респондентів; з 45 – до 65 – 20 респондент; з 65 – до 75 - 2 респондента.

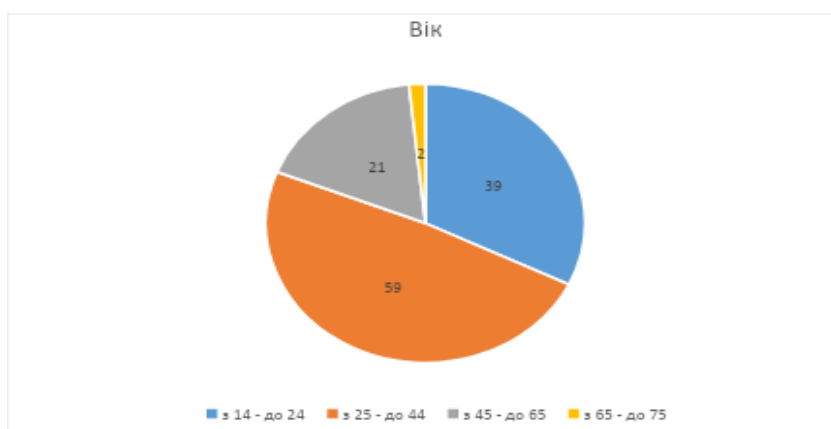


Рисунок 2.2 Діаграма про вік (N=120)

Освітній рівень я поділяла: на шкільна освіта – 8; не повна вища освіта

– 23; повна вища освіта – 89



Рисунок 2.3 Діаграма про рівень освіти. (N=120)

Зайнятість розділяла на працюють -85 , навчаються - 13, на пенсії - 2 та безробітні – 10. З них 10 людей відповіли що працюють і навчаються одночасно.



Рисунок 2.4 Діаграма на питання 4. (N=120)

Важливим критерієм оцінки було чи мають респонденти дітей де 72 без дітей та 48 мали.



Рисунок 2.5 Діаграма на питання 5. (N=120)

На питання «Чи займаєтесь ви медитацією, або йогою?» згідно з даними, 45 осіб ніколи не займаються медитацією або йогою, 19 – майже ніколи, 27 – час від часу, 17 – рідко, і лише 12 осіб займаються цим постійно. Це свідчить, що більшість людей у опитуванні рідко або зовсім не практикують медитацію чи йогою, і лише невеликий відсоток робить це регулярно.

Питання “Чи відчуваєте ви тривогу?” є важливим для розуміння, чи відстежують респонденти свій стан. 79 осіб відповіли, що відчувають її час від часу, 8 – майже ніколи, 19 – постійно, 13 – рідко, і лише 1 особа зазначила, що ніколи не відчуває тривоги. Це вказує на те, що більшість опитаних періодично стикаються з тривожними станами, тоді як постійна тривога або її повна відсутність зустрічаються значно рідше.

З такою ж метою було використане питання “Чи використовуєте ви засоби самопомоги під час відчуття тривоги?”. 50 осіб відповіли, що роблять це час від часу, 16 – майже ніколи, 15 – ніколи, 17 – постійно, а 22 – рідко. Це показує, що більшість опитаних періодично звертаються до засобів самопомоги, тоді як регулярне або повне уникнення таких практик зустрічаються рідше.

Ми описали засоби самопомоги які виявила теоретичним дослідження у розділі 1, щоб мати можливість перевірити їх ефективність у емпіричному дослідженні. Перше питання з цієї частини “Чи використовуєте ви повільне

дихання?” Вибірка розділилась на 33 особи відповіли, що роблять це рідко, 19 – майже ніколи, 26 – час від часу, 19 – ніколи, і 23 – постійно. Це свідчить, що повільне дихання є досить поширеною технікою, яку використовують у різній мірі, хоча значна кількість людей застосовує її рідко або зовсім не використовуює.

На питання “Чи займаєтесь ви фізичною активністю?” 47 осіб відповіли, що займаються час від часу, 12 – майже ніколи, 2 – ніколи, 34 – постійно, а 25 – рідко. Ці дані показують, що більшість опитаних підтримують фізичну активність хоча б нерегулярно, а постійна практика займає друге місце за популярністю.

Результати свідчать, що більшість респондентів (53) споживають позитивний контент час від часу, а 41 роблять це постійно, що показує його важливість для значної частини аудиторії. Водночас 9 людей зазначили, що споживають його рідко, ще 9 — майже ніколи, і лише 8 зовсім не цікавляться таким контентом. Це вказує на те, що хоча позитивний контент є популярним, інтенсивність його споживання суттєво різниться між людьми.

Також результати показують, що більшість респондентів планують свій час, зокрема 59 роблять це постійно, а 51 — час від часу, що свідчить про важливість організації для багатьох. Водночас лише 6 людей рідко планують час, а 4 — майже ніколи, що вказує на незначну частку тих, хто живе без систематичного підходу до планування.

На питання “Чи гуляєте ви на свіжому повітрі?” результати опитування свідчать, що більшість людей регулярно гуляють на свіжому повітрі: 52 роблять це постійно, а 51 — час від часу, що говорить про значну популярність такої звички. Водночас 14 респондентів зазначили, що роблять це рідко, і лише 3 майже ніколи не гуляють, що свідчить про меншу кількість тих, хто нехтує перебуванням на свіжому повітрі.

“Чи спілкуєтесь з підтримуючими людьми?” Результати показують, що більшість респондентів (48+45=93 з 120) спілкуються з підтримуючими людьми, причому значна частина (48) робить це час від часу, а дещо менша

(45) – постійно. Лише невелика частина (16+11=27 з 120) рідко або майже ніколи не спілкується з підтримуючими людьми. Це свідчить про те, що спілкування з підтримуючими людьми є досить поширеним явищем серед опитаних.

Більшість респондентів (56+36=92 з 120) час від часу або постійно вважають своє мислення позитивним. Досить значна частина (20+6+2 = 28 з 120) рідко або майже ніколи не вважають своє мислення позитивним. Результати вказують на переважання позитивного сприйняття власного мислення, хоча й присутня група з не надто позитивним самооцінюванням.

Результати показують, що немає однозначної відповіді на питання про звернення за допомогою при негативних станах. Хоча кількість тих, хто звертається за допомогою постійно (29) або час від часу (28) приблизно однакова, загальна кількість тих, хто звертається за допомогою (29+28+19=76) приблизно дорівнює кількості тих, хто цього не робить (20+24=44). Це свідчить про розподіл відповідей приблизно навпіл, що вказує на відсутність чіткої переваги у зверненні за допомогою при негативних станах серед опитаних.

Схоже питання про звернення за допомогою у благодійні організації представлено діаграмі:

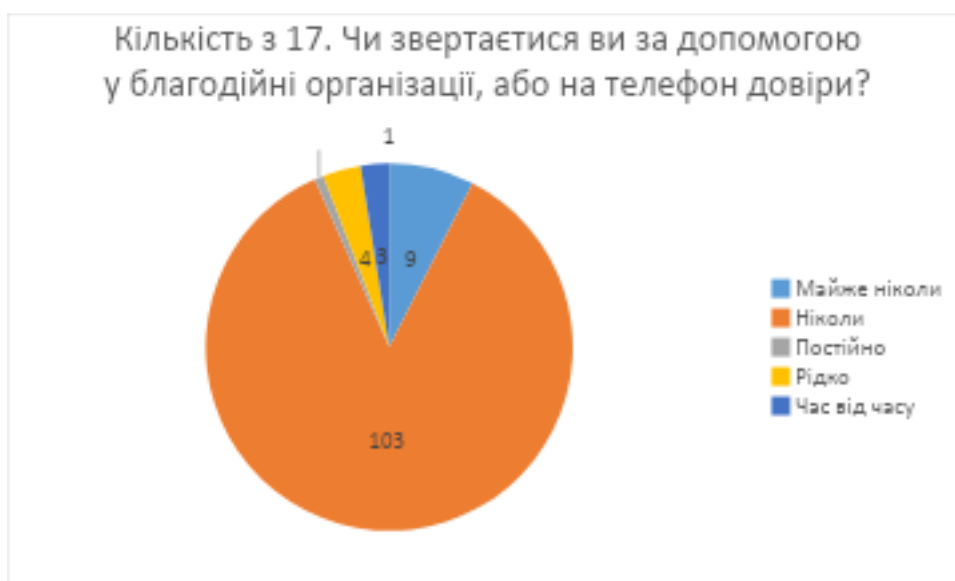


Рисунок 2.6 Діаграма на питання 17. (N=120)

Що свідчить про відсутність бажання людей звертатися у благодійні організації.

Більшість респондентів ($65+40=105$ з 120) рефлексують над своїм емоційним станом, причому значна частина (65) робить це постійно. Лише незначна частина ($4+2+9=15$ з 120) рідко або майже ніколи не робить цього. Результати чітко вказують на високий рівень самосвідомості та рефлексії щодо власного емоційного стану у більшості опитаних.

Також у теоретичному розділі 1 я визначила, що домашні улюбленці відіграють важливу роль у подоланні емоційного стану тривоги, тож визначила, що в моєму емпіричному дослідженні з 120 респондентів 71 мали домашню тварину, тоді як 49 не мають.

Таблиця 2.1

Шкала тривоги та депресії по методиці HADS (N=120)

№	Шкала HADS	N=120	
1	В нормі за А	69	57,7%
2	В нормі за D	58	48,3%
3	Виражено за А	36	30%
4	Виражено за D	43	35,8%
5	Клінічно за А	23	19,1%
6	Клінічно за D	31	25,8%

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що ($36+23=59$ з 120) респондентів відчувають або виражену тривогу, або на клінічному рівні у нормі ж 69 опитаних. Також ($43+31=74$ з 120) переживають депресивний стан на вираженому рівні, або клінічному, тоді як 58 респондентів перебувають у нормі.

Таблиця 2.2

Шкала тривоги по методиці Бека (N=120)

№	Шкала Бека	N=120	
1	Норма за Бека	15	12.5%
2	Легкий за Бека	9	7.5%
3	Середній за Бека	44	36.6%
4	Високий за Бека	49	40.8%

Цей розподіл показує, що у більшості опитаних (77.4% або 93 з 120) виявлено середній або високий рівень тривожності за шкалою Бека. Тільки менша частина (22.6% або 27 з 120) має нормальний або легкий рівень тривоги. Значно переважає кількість людей з високим рівнем тривожності (40.8%), що потребує уваги та, можливо, додаткового дослідження причин такого високого показника.

Таблиця 2.3

Шкала тривоги по методиці Спілбергера (N=120)

№	Тривога за шкалою Спілбергера	N=120	
1	В нормі за СТ	66	55%
2	В нормі за ОТ	58	48,3%
3	Помірно за СТ	42	35%
4	Помірно за ОТ	40	33,3%
5	Виражено за СТ	9	7,5%
6	Виражено за ОТ	18	15%

Результати показують, що більшість респондентів 55% та 48.3% перебувають у межах норми за показниками ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ) тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна. Проте, суттєва кількість людей також має помірний рівень СТ (35%) та ОТ (33.3%). Лише невеликий відсоток респондентів демонструє виражений рівень СТ та ОТ.

Таблиця 2.4

Шкала тривоги по методиці GAD-7 (N=120)

№	Шкала тривоги GAD-7	N=120	
1	Мінімальний	18	15%
2	Слабкий	50	41,6%
3	Помірний	33	27,5%
4	Високий	19	15,8%

Розподіл відповідей показує, що більшість респондентів (41.6%, або 50 з 120) демонструють слабкий рівень тривоги. Помірний рівень (27.5%, або 33 з 120) та високий (15.8%, або 19 з 120) становить меншу частку. Мінімальний рівень спостерігається у 15% (або 18 з 120) респондентів.

2.3. Кореляційний аналіз емпіричного дослідження переживання тривоги і методів самопомоги.

Сучасна молодь стикається з численними викликами, які сприяють зростанню рівня тривожності. Швидкі соціокультурні зміни, нестабільність економічної ситуації, інформаційне перенасичення, а також особистісні труднощі є основними чинниками, що впливають на формування тривожних переживань. Для глибшого розуміння цих явищ було проведено емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення переживання тривоги серед молоді.

У цьому розділі увагу зосереджено на кореляційному аналізі отриманих даних, який дозволяє встановити взаємозв'язки між ключовими змінними дослідження. Такий підхід дає змогу не лише виявити статистично значущі залежності, а й висвітлити особливості переживання тривожності у молоді, залежно від психологічних, соціальних та демографічних факторів.

Метою кореляційного аналізу є ідентифікація закономірностей, що забезпечують ширше розуміння природи тривоги, а також створення основ для розробки психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження рівня тривожності та підтримку емоційного благополуччя молоді.

Перше, що я хочу порівняти це кореляцію між чоловіками та жінками по різним методикам. Вираженість тривоги у чоловіків за методикою HADS одна табл.

З метою виявлення наявності або відсутності статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за методикою HADS було застосовано багатофункціональний критерій фемп * Фішера (кутове перетворення Фішера) із дотриманням усіх обмежень (у вибірках, різних за кількістю обстежуваних чисельність спостережень $n_1, n_2 = 5$; у випадку, коли одна з часток дорівнює 0 – результат не обраховується)

Таблиця 2.5

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між чоловіками та жінками (N=120)

№	Шкали	Чоловіки		Жінки		Критерій Фішера фемп.
		n=20	%	n=100	%	
1	В нормі за А	11	55,0%	46	47%	0.736
2	В нормі за D	13	65,0%	54	55%	1.571
3	Виражено за А	6	30,0%	25	26%	0.458
4	Виражено за D	4	20,0%	24	24%	0.395
5	Клінічно за А	3	15,0%	27	28%	1.214
6	Клінічно за D	3	15,0%	20	20%	0.538

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за такою методикою HADS не виявлено.

Таблиця 2.6

Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між чоловіками та жінками (N=120)

№	Шкали	Чоловіки		Жінки		Критерій Фішера фемп.
		n=20	%	n=100	%	
1	В нормі СТ	15	75,0%	53	54%	1.892
2	В нормі ОТ	11	55,0%	49	50%	0.491
3	Помірно СТ	4	20,0%	37	38%	1.553
4	Помірно ОТ	6	30,0%	35	36%	0.436
5	Клінічно за СТ	1	5,0%	8	8%	0.5
6	Клінічно за ОТ	0	0,0%	2	2%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за такими (показником в нормі СТ). Чоловіки статистично частіше знаходяться у нормі за ситуативної тривоги.

Таблиця 2.7

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між чоловіками та жінками (N=120)

№	Шкали	Чоловіки		Жінки		Критерій Фішера фемп.
		n=20	%	n=100	%	
1	Мінімальний	6	32%	11	12%	1.972
2	Слабкий	6	32%	44	48%	1.189
3	Помірний	5	26%	21	23%	0.388
4	Високий	2	11%	16	17%	0.733

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за такими

(мінімальним показником). Чоловіки статистично частіше відчувають мінімальний рівень тривоги.

Таблиця 2.8

**Порівняння тривоги по методиці Бека між чоловіками та жінками
(N=120)**

№	Шкали	Чоловіки		Жінки		Критерій Фішера фемп.
		n=20	%	n=100	%	
1	норма	6	32%	9	9%	2,245
2	легкий	1	5%	7	7%	0,345
3	середній	7	37%	34	36%	0,086
4	високий	5	26%	45	47%	1,729

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за такими (показниками в нормі та високий рівень тривоги). За шкалою Бека чоловіки у нормі перебувають частіше ніж жінки, коли клінічно виражена тривога за шкалою Бека частіше у жінок. Легка вираженість і середня, що у чоловіків та у жінок спостерігаються однаково часто.

Що я виявили:

1. Оцінка вираженості тривоги (HADS):

Чоловіки та жінки мають однакому розподіл між різними типами вираженості переживання, як депресії, так і за показником тривожності.

2. Порівняння ситуаційної (СТ) та особистісної тривоги (ОТ) за методикою Спілбергера:

Чоловіки значно частіше перебувають у нормі за шкалою ситуативної тривожності, ніж жінки.

3. GAD-7:

Чоловіки частіше демонструють мінімальний рівень тривоги ніж жінки.

4. Шкала тривоги Бека:

Чоловіки частіше демонструють норму, тоді як у жінок переважають високий рівень тривоги.

Аналіз свідчить про те, що жінки мають тенденцію до більш виражених клінічних проявів тривоги незалежно від обраної методики. У чоловіків спостерігається переважання нормальних показників та менша кількість випадків клінічної тривоги. Ці відмінності можуть бути зумовлені як соціально-психологічними чинниками, так і біологічними особливостями статей.

Для глибшого розуміння цих тенденцій доцільно провести кореляційний аналіз, щоб визначити, чи існують взаємозв'язки між різними показниками тривожності та іншими змінними (наприклад, віком, рівнем освіти, професійною діяльністю).

Переживання тривожності є поширеним явищем у сучасному суспільстві, проте його прояви значно варіюються залежно від віку. Для дослідження цього феномену було виділено три вікові групи:

1. 14-24 роки – молодь, яка знаходиться у періоді активного становлення особистості та інтеграції в соціум.

2. 25-44 роки – молоді дорослі, які стикаються з професійними, сімейними та соціальними викликами.

3. 44-65 років – контрольна група, яка слугує орієнтиром для порівняння із молодшими категоріями.

Основна увага у дослідженні зосереджена на вікових групах 14-24 роки та 25-44 роки, оскільки саме ці категорії населення є найбільш уразливими до стресових факторів сучасного світу. Контрольна група (44-65 років) використовується для аналізу вікових відмінностей і виявлення закономірностей у переживанні тривоги.

Актуальність такого підходу зумовлена необхідністю глибше зрозуміти особливості тривожності в різні періоди життєвого циклу. Це дозволяє виявити специфічні фактори ризику, характерні для молоді та молодих

дорослих, а також розробити ефективні стратегії психологічної підтримки, орієнтовані на ці вікові категорії.

З метою виявлення наявності або відсутності статистично значущих відмінностей між різними віковими групами описаних зверху було застосовано багатофункціональний критерій фемп * Фішера (кутове перетворення Фішера) із дотриманням усіх обмежень (у вибірках, різних за кількістю обстежуваних чисельність спостережень $n_1, n_2 = 5$; у випадку, коли одна з часток дорівнює 0 – результат не обраховується)

Таблиця 2.9

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між віковими групами до 44 років (N=98)

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 25 - 44 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=59	%	
1	В нормі за А	14	36%	28	49%	1.139
2	В нормі за D	21	54%	33	58%	0.203
3	Виражено за А	13	33%	13	23%	1.229
4	Виражено за D	11	28%	12	21%	0.892
5	Клінічно за А	12	31%	16	28%	0.39
6	Клінічно за D	7	18%	12	21%	0.295

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за такою методикою HADS не виявлено.

Таблиця 2.10

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між віковими групами з 14 - 24 та з 45 - 65 років (N=59)

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=20	%	
1	В нормі за А	14	36%	14	70%	2,312
2	В нормі за D	21	54%	13	65%	0,604
3	Виражено за А	13	33%	4	20%	1,211
4	Виражено за D	11	28%	3	15%	1,273
5	Клінічно за А	12	31%	2	10%	2,027
6	Клінічно за D	7	18%	4	20%	0,105

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між групами з 14 - 24 та з 45 - 65 років за такими (показниками норми за А та клінічно за А) У групі з 45 - 65 в норма за тривогою (А) більш виражена, ніж у групі з 14 - 24. Тоді як клінічно виражена тривога більш виражена у групі з 14 - 24 років.

Таблиця 2.11

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між віковими групами з 25 до 65 років (N=79)

№	Шкали	з 25 - 44 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=59	%	n=20	%	
1	В нормі за А	28	49%	14	70%	1,538
2	В нормі за D	33	58%	13	65%	0,478
3	Виражено за А	13	23%	4	20%	0,291
4	Виражено за D	12	21%	3	15%	0,632
5	Клінічно за А	16	28%	2	10%	1,842
6	Клінічно за D	12	21%	4	20%	0,128

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між групами з 25 - 44 років та з 45 - 65 років за такими (показниками клінічно за А). При дослідженні з контрольною групою виявлено, що у групі з 25 до 44 років клінічно вираженість за А більша, ніж у групі з 45 до 65 років.

Таблиця 2.12

Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між віковими групами до 44 років (N=98)

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 25 - 44 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=59	%	
1	В нормі СТ	20	51%	32	56%	0,287
2	В нормі ОТ	14	36%	31	54%	1,632
3	Помірно СТ	16	41%	21	37%	0,542
4	Помірно ОТ	18	46%	18	32%	1,567
5	Клінічно за СТ	3	8%	4	7%	0,171
6	Клінічно за ОТ	0	0%	2	4%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між віковими групами до 44 років не виявлено.

Таблиця 2.13

Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між віковими групами з 14 - 24 та з 45 - 65 років (N=59)

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=20	%	
1	В нормі СТ	20	51%	15	75%	1,542
2	В нормі ОТ	14	36%	14	70%	2,312
3	Помірно СТ	16	41%	3	15%	2,273
4	Помірно ОТ	18	46%	5	25%	1,752
5	Клінічно за СТ	3	8%	2	10%	0,242
6	Клінічно за ОТ	0	0%	0	0%	0,0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між групами з 14 - 24 та з 45 - 65 років за такими (показниками в нормі ОТ, помірно СТ, помірно ОТ). У групі з 45 до 65 років в нормі особистісна тривога більше ніж у молоді, тоді як у групі з 14 до 24 більш виражена, як особистісна тривога так і ситуативна тривога на помірному рівні більше.

Таблиця 2.14

**Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між віковими
групами з 25 - 65 років (N=79)**

№	Шкали	з 25 - 44 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=59	%	n=20	%	
1	В нормі СТ	32	56%	15	75%	1,409
2	В нормі ОТ	31	54%	14	70%	1,137
3	Помірно СТ	21	37%	3	15%	1,981
4	Помірно ОТ	18	32%	5	25%	0,594
5	Клінічно за СТ	4	7%	2	10%	0,396
6	Клінічно за ОТ	2	4%	0	0%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між групами з 25 - 44 років та з 45 - 65 років за такими (показником помірно СТ). Я виявила, що у групі з 25 до 44 років помірно виражена ситуативна тривога, ніж у контрольній групі.

Таблиця 2.15

**Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між віковими групами до
44 років (N=98)**

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 25 - 44 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=59	%	
1	Мінімальний	4	11%	9	17%	0,729
2	Слабкий	17	46%	21	40%	0,793
3	Помірний	8	22%	14	27%	0,376
4	Високий	8	22%	8	15%	0,901

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між віковими групами до 44 років не виявлено.

Таблиця 2.16

**Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між віковими групами з
14 - 24 та з 45 - 65 років (N=59)**

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=20	%	
1	Мінімальний	4	11%	4	20%	0,928
2	Слабкий	17	46%	11	55%	0,651
3	Помірний	8	22%	3	15%	0,609
4	Високий	8	22%	2	10%	1,155

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між віковими групами з 14 - 24 та з 45 - 65 років не виявлено.

Таблиця 2.17

**Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між віковими групами з
25 - 65 років (N=79)**

№	Шкали	з 25 - 44 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=59	%	n=20	%	
1	Мінімальний	9	17%	4	20%	0,397
2	Слабкий	21	40%	11	55%	1,338
3	Помірний	14	27%	3	15%	0,954
4	Високий	8	15%	2	10%	0,499

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між віковими групами з 25 - 44 та з 45 - 65 років не виявлено.

Таблиця 2.18

Порівняння тривоги по методиці Бека між віковими групами до 44 років (N=98)

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 25 - 44 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=59	%	
1	норма	5	13%	8	15%	0,106
2	легкий	1	3%	3	6%	0,646
3	середній	18	46%	12	22%	2,704
4	високий	15	38%	31	57%	1,375

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між групами з 14 - 24 та з 25 - 44 років за такими (показником середній вираженості тривоги) За результатом дослідження можна побачити, що у групі з 14 до 24 років середній показник тривожності більший у два рази, ніж у групі з 25 до 44 років.

Таблиця 2.19

Порівняння тривоги по методиці Бека між віковими групами з 14 - 24 та з 45 - 65 років (N=59)

№	Шкали	з 14 - 24 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=39	%	n=20	%	
1	норма	5	13%	2	11%	0,388
2	легкий	1	3%	5	26%	2,578
3	середній	18	46%	9	47%	0,245
4	високий	15	38%	3	16%	2,079

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між групами з 14 - 24 та з 45 - 65 років за такими (показниками легкий та високий рівень тривоги) За результатом

дослідження можна побачити, що у групі з 14 до 24 років високий показник тривожності більший у два рази, ніж у групі з 45 до 65 років. Коли ж контрольна група має вищій показник легкої вираженості тривоги у два з половиною рази.

Таблиця 2.20

Порівняння тривоги по методиці Бека між віковими групами з 25 - 65 років (N=79)

№	Шкали	з 25 - 44 років		з 45 - 65 років		Критерій Фішера фемп.
		n=59	%	n=20	%	
1	норма	8	15%	2	11%	0,499
2	легкий	3	6%	5	26%	2,222
3	середній	12	22%	9	47%	1,935
4	високий	31	57%	3	16%	3,331

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між групами з 25 - 44 років та з 45 - 65 років за такими (показниками легкий, середній та високий рівень тривоги). Ми виявили, що у контрольній групі за вищій рівень легкої та середньої тривоги у два рази, порівняно з групою з 25 – до 44 по шкалі Бека. Але у групі з 25 до 44 років високий рівень тривоги вищій у три рази.

Дослідження показує важливі відмінності у рівнях тривоги між віковими групами, залежно від використаних методик. Ось ключові висновки на основі даних:

1. HADS:

- У групі 14–24 роки клінічно виражена тривога за шкалою А (тривога) значно більша, ніж у контрольній групі (45–65 років).

- У групі 25–44 роки клінічно виражена тривога більша, ніж у групі 45–65 років.

- У контрольній групі більше людей із нормальним рівнем тривоги, ніж у групі 14–24 роки.

2. Методика Спілбергера:

- У групі 14–24 роки помірний рівень як ситуативної, так і особистісної тривоги вищий, ніж у контрольній групі (45–65 років).

- У контрольній групі більше осіб із нормальною особистісною тривогою порівняно з молоддю.

- У групі 25–44 роки помірно виражена ситуативна тривога вища, ніж у контрольній групі.

3. GAD-7:

- Між усіма трьома групами (14–24, 25–44, 45–65 років) різниці за рівнем тривожності не виявлено (за кутовим перетворенням ϕ).

4. Шкала Бека:

- У групі 14–24 роки середній рівень тривожності у 2 рази вищий, ніж у групі 25–44 роки, і у 2 рази вищий, ніж у групі 45–65 років.

- У контрольній групі (45–65 років) більше осіб із легко вираженою тривогою (у 2,5 рази більше, ніж у групі 14–24 роки).

- У групі 25–44 роки високий рівень тривоги вищий у 3 рази, ніж у контрольній групі.

Загалом ми дізналися, що:

- Молодь (14–24 роки) демонструє вищі рівні клінічної та помірної тривоги, особливо за шкалами Бека та Спілбергера.

- Контрольна група (45–65 років) частіше характеризується нормальною тривогою або легко вираженою тривогою.

- Група середнього віку (25–44 роки) демонструє вищі показники клінічної тривоги за HADS і значно виражену високий рівень тривоги за Беком.

Це дослідження може стати основою для розробки цільових стратегій допомоги для різних вікових груп.

Далі важливо розглянути ще й освіту. Це є одним із ключових

соціальних чинників, що впливає на емоційний стан людини, зокрема на рівень тривоги. Рівень освіти визначає доступ до інформації, соціальні можливості, рівень відповідальності та навіть стиль життя, що може суттєво впливати на психічне здоров'я.

У даному дослідженні поставлено завдання визначити, як рівень освіти корелює із рівнем тривоги. Порівняння буде здійснено між групами респондентів із різними рівнями освіти, щоб виявити, чи є зв'язок між цим фактором і схильністю до тривожних станів. Такий підхід дозволяє зрозуміти, які групи населення потребують більшої уваги та психологічної підтримки у сучасних умовах.

З метою виявлення наявності або відсутності статистично значущих відмінностей між рівнем освіти було застосовано багатофункціональний критерій фемп * Фішера (кутове перетворення Фішера) із дотриманням усіх обмежень (у вибірках, різних за кількістю обстежуваних чисельність спостережень $n_1, n_2 = 5$; у випадку, коли одна з часток дорівнює 0 – результат не обраховується)

Таблиця 2.21

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між рівнем освіти (N=31)

№	Шкали	шкільна		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=8	%	n=23	%	
1	В нормі за А	2	25%	9	39%	0,742
2	В нормі за D	3	38%	11	48%	0,51
3	Виражено за А	2	25%	7	30%	0,296
4	Виражено за D	2	25%	6	26%	0,061
5	Клінічно за А	4	50%	7	30%	0,98
6	Клінічно за D	3	38%	6	26%	0,599

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між рівнем освіти шкільним та неповним вищим не

виявлено.

Таблиця 2.22

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між рівнем освіти (N=112)

№	Шкали	Повна вища освіта		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=23	%	
1	В нормі за А	47	53%	9	39%	1,177
2	В нормі за D	54	61%	11	48%	1,106
3	Виражено за А	22	25%	7	30%	0,547
4	Виражено за D	20	23%	6	26%	0,361
5	Клінічно за А	19	22%	7	30%	0,89
6	Клінічно за D	14	16%	6	26%	1,096

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та неповним вищою не виявлено.

Таблиця 2.23

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між рівнем освіти (N=97)

№	Шкали	Повна вища освіта		шкільна		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=8	%	
1	В нормі за А	47	53%	2	25%	1,571
2	В нормі за D	54	61%	3	38%	1,267
3	Виражено за А	22	25%	2	25%	0,018
4	Виражено за D	20	23%	2	25%	0,161
5	Клінічно за А	19	22%	4	50%	1,653
6	Клінічно за D	14	16%	3	38%	1,361

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та шкільною за такими (показник клінічно виражена тривога (А)) Група респондентів зі шкільною освітою, мають більш виражену клінічну тривогу ніж з повною вищою.

Таблиця 2.24

**Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між рівнем освіти
(N=31)**

№	Шкали	шкільна		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=8	%	n=23	%	
1	В нормі СТ	5	63%	11	48%	0,722
2	В нормі ОТ	2	25%	10	43%	0,957
3	Помірно СТ	3	38%	11	48%	0,51
4	Помірно ОТ	5	63%	9	39%	1,149
5	Клінічно за СТ	0	0%	1	4%	0
6	Клінічно за ОТ	0	0%	0	0%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною шкільною освітою та неповним вищою не виявлено.

Таблиця 2.25

**Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між рівнем освіти
(N=112)**

№	Шкали	Повна вища освіта		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=23	%	
1	В нормі СТ	53	60%	11	48%	1,008
2	В нормі ОТ	49	63%	10	43%	0,992
3	Помірно СТ	27	31%	11	48%	1,542

4	Помірно ОТ	27	35%	9	39%	0,791
5	Клінічно за СТ	8	9%	1	4%	0,807
6	Клінічно за ОТ	2	3%	0	0%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та неповним вищою не виявлено.

Таблиця 2.26

**Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між рівнем освіти
(N=97)**

№	Шкали	Повна вища освіта		шкільна		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=8	%	
1	В нормі СТ	53	60%	5	63%	0,164
2	В нормі ОТ	49	63%	2	25%	1,693
3	Помірно СТ	27	31%	3	38%	0,41
4	Помірно ОТ	27	35%	5	63%	1,78
5	Клінічно за СТ	8	9%	0	0%	0
6	Клінічно за ОТ	2	3%	0	0%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та шкільною за такими (показник помірної особистісної тривоги). У респонденти зі шкільною освітою мають більш виражений рівень помірної особистісної тривоги.

Таблиця 2.27

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між рівнем освіти (N=31)

№	Шкали	шкільна		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=8	%	n=23	%	
1	Мінімальний	1	13%	3	14%	0,04
2	Слабкий	4	50%	10	48%	0,319

3	Помірний	2	25%	4	19%	0,455
4	Високий	1	13%	4	19%	0,335

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною шкільною освітою та неповним вищою не виявлено.

Таблиця 2.28

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між рівнем освіти (N=112)

№	Шкали	Повна вища освіта		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=23	%	
1	Мінімальний	14	17%	3	14%	0,328
2	Слабкий	36	43%	10	48%	0,262
3	Помірний	20	24%	4	19%	0,545
4	Високий	13	16%	4	19%	0,325

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та неповним вищою не виявлено.

Таблиця 2.29

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між рівнем освіти (N=97)

№	Шкали	Повна вища освіта		шкільна		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=8	%	
1	Мінімальний	14	17%	1	13%	0,252
2	Слабкий	36	43%	4	50%	0,521
3	Помірний	20	24%	2	25%	0,161
4	Високий	13	16%	1	13%	0,167

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та шкільною не виявлено.

Таблиця 2.30

Порівняння тривоги по методиці Бека між рівнем освіти (N=31)

№	Шкали	шкільна		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=8	%	n=23	%	
1	норма	2	25%	2	9%	1,093
2	легкий	1	13%	2	9%	0,302
3	середній	2	25%	11	48%	1,17
4	високий	3	38%	8	35%	0,138

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між неповною вищою освітою та шкільною не виявлено.

Таблиця 2.31

Порівняння тривоги по методиці Бека між рівнем освіти (N=112)

№	Шкали	Повна вища освіта		неповна вища		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=23	%	
1	норма	11	13%	2	9%	0,512
2	легкий	6	7%	2	9%	0,314
3	середній	28	33%	11	48%	1,438
4	високий	39	46%	8	35%	0,792

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та неповним вищою не виявлено.

Таблиця 2.32

Порівняння тривоги по методиці Бека між рівнем освіти (N=97)

№	Шкали	Повна вища освіта		шкільна		Критерій Фішера фемп.
		n=89	%	n=8	%	
1	норма	11	13%	2	25%	0,891
2	легкий	6	7%	1	13%	0,535
3	середній	28	33%	2	25%	0,389
4	високий	39	46%	3	38%	0,349

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між повною вищою освітою та шкільною не виявлено.

Не дивлячись на припущення, що рівень освіти може впливати на відчуття тривоги, цього не підтвердилося у загальному вимірі. Водночас аналіз даних показав, що існують статистично значущі відмінності між респондентами з повною вищою та шкільною освітою за деякими показниками:

1. Помірна особистісна тривога за методикою Спілбергера. Респонденти зі шкільною освітою демонструють більш виражений рівень помірної особистісної тривоги порівняно з тими, хто має повну вищу освіту.

2. Клінічно виражена тривога (А) за шкалою HADS. Група респондентів зі шкільною освітою має більш високий рівень клінічної тривоги у порівнянні з респондентами з повною вищою освітою.

Таким чином, хоча загального впливу рівня освіти на тривожність не виявлено, специфічні відмінності між окремими групами все ж мають місце.

Зайнятість є важливим аспектом життя кожної людини, адже вона має значний вплив на психологічний стан і рівень тривоги. У сучасному суспільстві постійний розвиток економіки та ринку праці створює різні умови для зайнятості, що в свою чергу може впливати на рівень стресу та тривожних розладів. Під час аналізу взаємозв'язку між рівнем тривоги та зайнятістю

важливо враховувати різноманітні фактори, такі як тип роботи, її стабільність, умови праці та соціально-економічний статус. Робота чи інші форми зайнятості можуть як сприяти зниженню тривоги, так і посилювати її залежно від цих факторів. Тому вивчення цього аспекту є важливим для розуміння причин тривожних розладів і розробки ефективних методів підтримки психічного здоров'я.

З метою виявлення наявності або відсутності статистично значущих відмінностей між працюючими, навчаючий, безробітні застосовано багатofункціональний критерій фемп * Фішера (кутове перетворення Фішера) із дотриманням усіх обмежень (у вибірках, різних за кількістю обстежуваних чисельність спостережень $n_1, n_2 = 5$; у випадку, коли одна з часток дорівнює 0 – результат не обраховується)

Таблиця 2.33

**Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між зайнятістю
(N=117)**

№	Шкала	Навчаються		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=94	%	
1	В нормі за А	6	26%	50	53%	2,418
2	В нормі за D	11	48%	55	59%	0,922
3	Виражено за А	8	35%	25	27%	0,765
4	Виражено за D	8	35%	20	21%	1,301
5	Клінічно за А	9	39%	19	20%	1,801
6	Клінічно за D	4	17%	19	20%	0,311

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які навчаються та працюють за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що працюють показник норми за шкалою тривоги значно більший. Також можна побачити суттєво підвищений рівень клінічної тривоги у людей, що отримують освіту.

Таблиця 34

**Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між зайнятістю
(N=33)**

№	Шкала	Навчаються		безробітні		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=10	%	
1	В нормі за А	6	26%	5	50%	1,317
2	В нормі за D	11	48%	6	60%	0,646
3	Виражено за А	8	35%	1	10%	1,632
4	Виражено за D	8	35%	2	20%	0,882
5	Клінічно за А	9	39%	4	40%	0,047
6	Клінічно за D	4	17%	2	20%	0,177

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між респондентами які навчаються та безробітними не виявлено.

Таблиця 35

**Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між зайнятістю
(N=104)**

№	Шкала	Безробітні		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=10	%	n=94	%	
1	В нормі за А	5	50%	50	53%	0,192
2	В нормі за D	6	60%	55	59%	0,091
3	Виражено за А	1	10%	25	27%	1,323
4	Виражено за D	2	20%	20	21%	0,095
5	Клінічно за А	4	40%	19	20%	1,313
6	Клінічно за D	2	20%	19	20%	0,016

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між респондентами які працюють та безробітними не виявлено.

Таблиця 36

**Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між зайнятістю
(N=117)**

№	Шкала	Навчаються		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=94	%	
1	В нормі СТ	9	39%	56	60%	1,770
2	В нормі ОТ	6	29%	50	61%	2,418
3	Помірно СТ	13	57%	30	32%	2,153
4	Помірно ОТ	13	62%	31	38%	2,056
5	Клінічно за СТ	1	4%	8	9%	0,739
6	Клінічно за ОТ	2	10%	1	1%	1,685

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які навчаються і працюють за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що працюють показник норми за шкалою особистісної тривоги та ситуативної тривоги значно більший. Респонденти, які ж навчаються мають більший рівень помірно вираженої ситуативної та особистісної тривоги, а також вище клінічний рівень особистісної тривоги.

Таблиця 37

**Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між зайнятістю
(N=33)**

№	Шкала	Навчаються		безробітні		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=10	%	
1	В нормі СТ	9	39%	6	60%	1,11
2	В нормі ОТ	6	29%	6	60%	1,848
3	Помірно СТ	13	57%	3	30%	1,432
4	Помірно ОТ	13	62%	3	30%	1,432
5	Клінічно за СТ	1	4%	1	10%	0,59
6	Клінічно за ОТ	2	10%	0	0%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які навчаються та безробітні за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що не працюють та не навчаються показник норми за шкалою особистісної тривоги значно більший.

Таблиця 38

**Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між зайнятістю
(N=104)**

№	Шкала	Безробітні		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=10	%	n=94	%	
1	В нормі СТ	6	60%	56	60%	0,026
2	В нормі ОТ	6	60%	50	61%	0,413
3	Помірно СТ	3	30%	30	32%	0,125
4	Помірно ОТ	3	30%	31	38%	0,193
5	Клінічно за СТ	1	10%	8	9%	0,155
6	Клінічно за ОТ	0	0%	1	1%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між респондентами які працюють та безробітними не виявлено.

Таблиця 39

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між зайнятістю (N=117)

№	Шкали	Навчаються		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=94	%	
1	Мінімальний	0	0%	13	15%	0
2	Слабкий	9	39%	43	49%	0,576
3	Помірний	5	22%	21	24%	0,062
4	Високий	9	39%	11	13%	2,809

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які навчаються та працюють за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що навчаються показник у методиці GAD-7 високий майже у три рази більше ніж у працюючого.

Таблиця 40

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між зайнятістю (N=33)

№	Шкали	Навчаються		безробітні		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=10	%	
1	Мінімальний	0	0	4	44%	0
2	Слабкий	9	39%	2	22%	1,12
3	Помірний	5	22%	2	22%	0,113
4	Високий	9	39%	1	11%	1,87

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які навчаються та безробітні за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що не

працюють та не навчаються показник у методиці GAD-7 високий нижче ніж у отримуючих освіту.

Таблиця 41

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між зайнятістю (N=104)

№	Шкали	Безробітні		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=10	%	n=94	%	
1	Мінімальний	4	44%	13	15%	1,826
2	Слабкий	2	22%	43	49%	1,678
3	Помірний	2	22%	21	24%	0,172
4	Високий	1	11%	11	13%	0,165

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які працюють та безробітні за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що не працюють та не навчаються показник у методиці GAD-7 мінімальний та легкий більше ніж у працюючого населення.

Таблиця 42

Порівняння тривоги по методиці Бека між зайнятістю (N=117)

№	Шкали	Навчаються		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=94	%	
1	норма	1	4%	11	12%	1,196
2	легкий	0	0%	7	8%	0
3	середній	7	30%	34	38%	0,524
4	високий	15	65%	38	42%	2,158

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які навчаються та працюють за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що навчаються показник по методиці Бека високий майже у два рази ніж у працюючого.

Таблиця 43

Порівняння тривоги по методиці Бека між зайнятістю (N=33)

№	Шкали	Навчаються		безробітні		Критерій Фішера фемп.
		n=23	%	n=10	%	
1	норма	1	4%	3	30%	1,951
2	легкий	0	0%	1	10%	0
3	середній	7	30%	2	20%	0,637
4	високий	15	65%	4	40%	1,348

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які отримують освіту та безробітні за такими (категоріями, або шкалами або показниками). У респондентів, що навчаються показник норми менше ніж у безробітного населення.

Таблиця 44

Порівняння тривоги по методиці Бека між зайнятістю (N=104)

№	Шкали	Безробітні		працюють		Критерій Фішера фемп.
		n=10	%	n=94	%	
1	норма	3	30%	11	12%	1,386
2	легкий	1	10%	7	8%	0,273
3	середній	2	20%	34	38%	1,092
4	високий	4	40%	38	42%	0,026

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між респондентами які працюють та безробітними не виявлено.

Підводячи висновки:

Рівень тривожності у працюючих та тих, хто навчається. Люди, які працюють, мають вищі показники норми за шкалами тривоги та особистісної тривоги. Водночас у респондентів, що навчаються, спостерігається

підвищений рівень помірної та клінічно вираженої тривоги, зокрема за методиками HADS, Спілбергера, GAD-7 і Бека.

Відмінності між працюючими та безробітними. Загалом, статистично значущих відмінностей між працюючими та безробітними не виявлено. Це може свідчити про те, що зайнятість сама по собі не є визначальним фактором у формуванні тривожності.

Відмінності між тими, хто навчається, та безробітними. У безробітних частіше фіксуються кращі результати норми (особливо за шкалою особистісної тривоги), але загальний рівень тривожності виявляється нижчим, ніж у респондентів, які отримують освіту.

Ті, хто навчається, демонструють найвищий рівень як помірної, так і клінічної тривожності за більшістю методик. Це може вказувати на високий рівень стресу, пов'язаного з навчанням.

Рівень тривоги є важливим показником психологічного благополуччя людини, на який впливають різноманітні фактори, зокрема сімейний стан, професійна зайнятість, освіта та інші життєві обставини. Одним із можливих чинників, що може впливати на рівень тривожності, є наявність дітей у сім'ї. Виховання дітей нерідко пов'язане зі значними емоційними та фізичними навантаженнями, що потенційно може впливати на рівень особистісної та ситуативної тривоги.

Метою цього дослідження є перевірка гіпотези про те, чи наявність дітей впливає на рівень тривоги у дорослих. Для цього будуть проведені порівняння між респондентами з дітьми та без дітей за різними показниками тривожності, з використанням валідних методик, таких як HADS, Спілбергера, GAD-7 та інших. Це дозволить отримати уявлення про те, чи є наявність дітей чинником, що сприяє підвищенню або, навпаки, зниженню тривожності, та визначити, які саме аспекти цього впливу є найбільш значущими.

З метою виявлення наявності або відсутності статистично значущих відмінностей між респондентами з дітьми та без дітей було застосовано багатofункціональний критерій фемп * Фішера (кутове перетворення Фішера)

із дотриманням усіх обмежень (у вибірках, різних за кількістю обстежуваних чисельність спостережень $n_1, n_2 = 5$; у випадку, коли одна з часток дорівнює 0 – результат не обраховується)

Таблиця 45

Порівняння тривоги та депресії по методиці HADS між людьми з дітьми та без них (N=120)

№	Шкали	Без дітей		З дітьми		Критерій Фішера фемп.
		n=72	%	n=48	%	
1	В нормі за А	31	49%	26	54%	1,196
2	В нормі за D	37	53%	30	63%	1,207
3	Виражено за А	12	19%	12	25%	1,106
4	Виражено за D	18	26%	10	21%	0,533
5	Клінічно за А	20	32%	10	21%	0,871
6	Клінічно за D	15	21%	8	17%	0,574

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між респондентами які мають дітей та не мають не виявлено.

Таблиця 46

Порівняння тривоги по методиці Спілбергера між людьми з дітьми та без них (N=120)

№	Шкали	Без дітей		З дітьми		Критерій Фішера фемп.
		n=72	%	n=48	%	
1	В нормі СТ	38	64%	30	63%	1,058
2	В нормі ОТ	30	41%	30	65%	2,255
3	Помірно СТ	15	25%	15	31%	1,280
4	Помірно ОТ	27	47%	14	30%	0,950

5	Клінічно за СТ	6	10%	3	6%	0,431
6	Клінічно за ОТ	0	0%	2	4%	0

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують статистично значущі відмінності між людьми, які мають дітей та ні за такими показниками: в нормі особистісна тривога більша у людей з дітьми.

Таблиця 47

Порівняння тривоги по методиці GAD-7 між людьми з дітьми та без них (N=120)

№	Шкали	Без дітей		З дітьми		Критерій Фішера фемп.
		n=72	%	n=48	%	
1	Мінімальний	11	20%	9	18%	0,496
2	Слабкий	27	48%	23	51%	1,132
3	Помірний	8	14%	8	17%	0,866
4	Високий	10	18%	8	17%	0,415

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що статистично значущі відмінності між респондентами які мають дітей та не мають не виявлено.

Таблиця 48

Порівняння тривоги по методиці Бека між людьми з дітьми та без них (N=120)

№	Шкали	Без дітей		З дітьми		Критерій Фішера фемп.
		n=72	%	n=48	%	
1	норма	10	16%	4	9%	0,956
2	легкий	2	3%	7	15%	2,408
3	середній	18	29%	18	39%	1,454
4	високий	33	52%	17	37%	1,141

Аналіз наведених даних дозволяє дійти висновку, що існують

статистично значущі відмінності між людьми, які мають дітей та ні за такими показниками: легка форма тривоги більша у людей, які мають дітей.

Висновки до розділу 2

У сучасному світі, де рівень стресу та психологічного навантаження постійно зростає, вивчення тривожних станів стає актуальним як ніколи. Особливу увагу слід приділити молоді, яка є найбільш вразливою до психологічних викликів через особливості соціальної, освітньої та економічної ситуації.

1. Одним із ключових завдань є своєчасна діагностика та оцінка рівня тривоги, адже це дозволяє ефективніше розробляти профілактичні та терапевтичні заходи. Сучасні стандартизовані методики, такі як HADS, GAD-7, BAI та STAI, забезпечують можливість точного й об'єктивного вивчення тривожності, а також її моніторингу під час терапії чи самостійної роботи над станом. Кожна з цих методик має свої переваги та унікальні аспекти застосування:

Шкала тривоги та депресії HADS є простим і швидким методом для визначення рівня тривоги та депресії. Вона зручна для самодіагностики, моніторингу ефективності терапевтичних заходів і використання в освітніх закладах, сприяючи виявленню ранніх симптомів серед молоді.

GAD-7, розроблений для скринінгу генералізованого тривожного розладу, дозволяє не лише ідентифікувати рівень тривоги, але й оцінювати динаміку стану пацієнта. Інструмент також допомагає встановлювати зв'язок між рівнем тривоги та функціональною активністю людини.

Шкала тривоги Бека (BAI) орієнтована на виявлення як фізичних, так і когнітивних аспектів тривоги. Її універсальність та можливість оцінки динаміки під час терапії роблять її ефективним інструментом для лікарів, психотерапевтів та дослідників.

Шкала Спілбергера-Хани (STAI) дозволяє розрізнити ситуативну тривогу (стан) та стійкі риси тривожності (рису), що дає змогу оцінити як

тимчасові реакції, так і схильність людини до тривожності.

2. Окрему увагу заслуговує розробка авторської опитувальник "Тривога та методи самопомоги", яка спрямована на вивчення ефективності практик самопомоги у подоланні тривожних станів. Цей підхід є важливим, оскільки навички саморегуляції та управління емоціями можуть суттєво знизити ризик розвитку хронічної тривоги та депресії.

На основі аналізу інструментів для діагностики тривоги можна виділити кілька ключових аспектів:

Рання діагностика: Своєчасне виявлення тривожних станів допомагає попередити їх поглиблення та уникнути серйозних наслідків для психічного здоров'я.

Комплексний підхід: Використання кількох методик забезпечує повніше розуміння стану пацієнта та дозволяє врахувати як суб'єктивні, так і об'єктивні аспекти тривоги.

Освітня та профілактична діяльність: Впровадження стандартизованих тестів у навчальних закладах може сприяти створенню більш здорового психологічного середовища для молоді.

Індивідуалізація втручання: Точна оцінка тривожності дозволяє адаптувати терапевтичні заходи до потреб конкретного пацієнта, включно з рекомендаціями щодо методів самопомоги.

3. Дослідження, зокрема за допомогою таких шкал, як HADS, GAD-7, BAI та STAI, є базою для ефективної підтримки психологічного здоров'я, раннього втручання та формування стратегії боротьби з тривожними станами. Усі ці інструменти є не лише корисними для фахівців, а й можуть допомогти самим пацієнтам краще зрозуміти свій стан, знайти відповідні методи подолання та навчитися управляти своїми емоціями.

Таким чином, інтеграція стандартизованих методик у систему психологічної підтримки молоді є важливим кроком у забезпеченні здорового майбутнього суспільства. Також проводячи висновки до емпіричного дослідження треба зазначити, що у дослідженні взяли участь 120

респондентів, що дозволяє отримати репрезентативні результати щодо рівня тривожності та ефективності методів самопомоги серед молоді. Вибірка була розподілена таким чином, що 83 особи заповнили опитування онлайн через Google Форми, а 37 респондентів брали участь в опитуванні на базі медичного центру "Medico" за допомогою паперових опитувальників. Така комбінація форматів збору даних дозволила забезпечити доступ до ширшої аудиторії, що включає різні соціальні та вікові групи, та підвищити різноманітність вибірки.

Серед респондентів домінували жінки (100 жінок проти 20 чоловіків), що може впливати на загальні результати дослідження. Віковий розподіл вибірки показує, що більшість респондентів належить до категорії від 25 до 44 років (59 осіб), що є важливим для вивчення особливостей тривожних станів у молодому віці за новою віковою класифікацією ВООЗ (2018), молодий вік визначено в межах 18–44 р.. Вибірка також включала представників різних рівнів освіти, де 89 осіб мали вищу освіту, що може впливати на рівень тривожності, оскільки освітній рівень часто корелює з рівнем стресу та здатністю до саморегуляції.

Що стосується соціальної активності респондентів, то 85 осіб були працевлаштовані, 13 навчались, а 10 осіб працювали й навчались одночасно. Така розподіленість дозволяє дослідити різні аспекти соціальної напруги та її вплив на рівень тривоги у молоді. Крім того, 48 респондентів мали дітей, що може впливати на психологічний стан через додаткові обов'язки та стресові фактори, пов'язані з батьківством.

4. За результатами тестування за різними методиками, виявлено кілька важливих тенденцій:

HADS (Шкала тривоги та депресії): Показники депресії виявилися вищими, ніж показники тривожності, що свідчить про значний рівень емоційного виснаження серед респондентів. Респонденти з вираженими депресивними симптомами також демонструють високі показники тривоги, що підкреслює взаємозв'язок цих двох станів.

Шкала Бека: Більш ніж половина респондентів мали високі або середні показники тривоги, що свідчить про серйозні проблеми з тривожними розладами серед досліджуваної групи. Це може бути результатом соціальних, економічних або особистих труднощів, з якими стикаються молоді люди в даний час.

Шкала Спілбергера: Як ситуативна, так і особистісна тривожність були виражені на середньому або високому рівні у значної частини респондентів, що свідчить про переважання стресових ситуацій у повсякденному житті.

GAD-7: Більшість респондентів показали легку або помірну тривогу, що відповідає загальній картині тривожних розладів серед молоді. Респонденти з високим рівнем тривоги потребують більш глибокого втручання, включаючи психотерапевтичну допомогу або медичне лікування.

Таким чином, отримані результати свідчать про високу поширеність тривожних станів серед молоді, зокрема у вікових групах 25-44 роки, що може бути пов'язано з соціальними та економічними чинниками, а також з індивідуальними життєвими обставинами. Методики самопомоги, які вивчалися в дослідженні, можуть бути корисними для зниження рівня тривоги, однак необхідно детальніше дослідити їх ефективність у конкретних умовах.

Результати дослідження підкреслюють важливість розробки і впровадження більш цілеспрямованих програм підтримки та психологічної допомоги, спрямованих на зниження рівня тривожних розладів серед молоді.

4. Дослідження виявило, що рівень тривожності серед молоді (14–24 роки) є найвищим порівняно з іншими віковими групами. Трохи нижчі, але все ще значні показники спостерігаються у групі 25–44 роки, тоді як контрольна група (44–65 років) демонструє переважно нормальні чи помірні рівні тривожності. Вікові відмінності можуть пояснюватися специфічними соціально-психологічними та життєвими викликами кожної групи.

Рівень освіти також суттєво впливає на тривожність: респонденти зі шкільною освітою мають найвищі показники тривожності, тоді як у людей із вищою освітою ці показники значно нижчі, що свідчить про кращу адаптацію

до стресів завдяки доступу до ресурсів і знань.

Аналіз зайнятості показав, що люди, які працюють, мають менший рівень тривоги порівняно з тими, хто навчається. Останні демонструють найвищі рівні тривожності.

Наявність дітей вносить додаткові відмінності: респонденти з дітьми демонструють дещо вищий рівень тривожності, що може бути пов'язано із зростанням відповідальності, тоді як у респондентів без дітей тривожність більше пов'язана з індивідуальними чи соціальними чинниками.

Результати підкреслюють важливість розробки індивідуальних програм підтримки для вразливих груп, таких як молодь, люди з низьким рівнем освіти та ті, хто поєднує навчання і роботу.

5. На основі емпіричного дослідження можна зробити такі висновки про вплив частоти використання засобів самодопомоги на рівні тривожності та депресії:

HADS: Постійне використання корелює з високим рівнем клінічної тривоги (35%) і депресії (35%). Ті, хто час від часу використовують самодопомогу, демонструють найкращі показники норми (54%). Група, яка ніколи не використовує самодопомогу, має найвищі показники норми за тривогою (60%) і депресією (80%).

Спілбергер: Постійні користувачі мають високий рівень особистісної тривожності (53%). Група, яка час від часу використовує засоби самодопомоги, показує найбільший рівень норми (64% за ситуативною та 60% за особистісною тривожністю). Ніколи не використовують самодопомогу — найвищий рівень норми (73%).

GAD-7: Постійні користувачі демонструють найвищий рівень помірної (44%) і високої (25%) тривожності. Ті, хто використовують час від часу, мають збалансовані результати, а група, яка не користується засобами самодопомоги, характеризується мінімальною тривожністю (40%).

Шкала Бека: Постійні користувачі мають дуже високий рівень депресії (63%), час від часу – помірно високий (43%). Ніколи не використовують

демонструють найвищий рівень норми (27%).

Таким чином, постійне використання засобів самопомоги пов'язане з підвищеними рівнями тривоги та депресії, що може вказувати на реакцію на серйозні труднощі. Помірне використання забезпечує найкращий баланс емоційного здоров'я, тоді як відсутність потреби в самопомозі характерна для людей із природно низьким рівнем тривожності.

РОЗДІЛ 3

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ У СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

3.1 Інтерпретація результатів емпіричного дослідження тривоги у сучасної молоді.

На основі емпіричного дослідження можна зробити такі висновки про вплив частоти використання засобів самодопомоги на рівні тривожності та депресії, згідно з різними методиками:

HADS (Шкала тривоги та депресії госпітальна) ті хто постійно використовують мають високий рівень клінічної тривоги (35%) і депресії (35%). Лише 35% і 59% знаходяться в межах норми за тривогою та депресією відповідно. Можливо, це вказує на наявність серйозних проблем, що мотивують постійне використання засобів самодопомоги.

Час від часу використовують мають найкращі показники норми для тривоги (54%) та депресії (54%), що може свідчити про збалансоване емоційне здоров'я у цих групах.

Ніколи використовують мають найвищий відсоток людей у нормі за депресією (80%) і тривогою (60%), що свідчить про відсутність значних психоемоційних проблем.

Методикою Спілбергер все виглядає таким чином:

Постійно використовують мають помірний рівень тривожності є найвищим у групі: ситуативна (35%) та особистісна (53%). Клінічно значуща ситуативна тривожність (18%) свідчить про стресову природу ситуацій.

Час від часу використовують з високим рівнем норми як за ситуативною (64%), так і за особистісною тривожністю (60%), що вказує на помірний ефект самодопомоги.

Ніколи використовують є з найнижчі показники клінічної тривожності (0%) і найвищий рівень норми за ситуативною (73%) та особистісною (64%) тривожністю.

GAD-7 (Генералізована тривожність). Постійно використовують: Найвищий рівень помірної (44%) та високої (25%) тривожності, що свідчить про високий рівень стресу серед цих респондентів.

Час від часу використовують: Збалансовані результати: слабка (51%) та помірна (21%) тривожність переважають. Ніколи використовують: 40% у мінімальному рівні тривожності, а високий рівень тривожності відсутній (0%).

За шкалою тривоги Бека. Постійно використовують: Дуже високий рівень депресії (63% високий), що може вказувати на серйозні емоційні труднощі. Час від часу використовують: Рівень депресії помірно високий: 43% – високий рівень, 37% – середній. Ніколи використовують: Найвищий рівень норми (27%) порівняно з іншими групами.

Постійне використання засобів самодопомоги часто корелює з вищими клінічними показниками тривожності та депресії. Це може свідчити про те, що самодопомога є реакцією на наявні труднощі.

Час від часу використання показує найбільш збалансовані результати, що свідчить про ефективність самодопомоги при помірному використанні.

Ніколи використання асоціюється з найвищим рівнем емоційної стабільності, хоча це може вказувати на групу людей із природно низьким рівнем тривожності та депресії.

Під час аналізу роботи ми прийшли до висновку, що згідно з отриманими даними, найефективніші методи, які постійно використовуються, це:

1. Постійне звернення по допомогу (50% високий рівень, 27% середній) – це один з найбільш популярних підходів, що вказує на високу ефективність цього методу.

2. Постійна фізична активність (48% високий рівень) — також дуже ефективний метод для багатьох людей.

3. Постійне спілкування з підтримуючими людьми (37% високий рівень, 42% середній) — ще один важливий метод, який активно застосовується.

Ці методи мають високий рівень застосування серед опитуваних і

вказують на їхню значну ефективність у довгостроковій перспективі.

Вибір базується на аналізі процентного розподілу для кожного методу, де відсотки високого рівня використання відіграють ключову роль у визначенні ефективності в постійному використанні.

1. Постійне звернення по допомогу (50% високий рівень, 27% середній)

50% респондентів вказали, що вони часто звертаються за допомогою, що свідчить про високий рівень використання цього методу для зниження стресу або тривоги. Це може включати підтримку від друзів, сім'ї, терапевтів або інших спеціалістів, що є одним з найбільш ефективних способів вирішення проблем на психологічному рівні. Тому високий відсоток постійного звертання по допомогу може бути індикатором його ефективності для довгострокового благополуччя.

2. Постійна фізична активність (48% високий рівень).

Фізична активність має численні переваги для здоров'я — як фізичного, так і психічного. Вона допомагає знижувати рівень стресу, покращує настрій завдяки виробленню ендорфінів і може значно зменшити симптоми тривоги та депресії. Респонденти, які активно займаються фізичною активністю, показують високу ступінь постійного використання цього методу, що підтверджує його ефективність для більшості людей.

3. Постійне спілкування з підтримуючими людьми (37% високий рівень, 42% середній)

Підтримка від близьких людей або групи однодумців допомагає знижувати рівень стресу та тривоги. Соціальна підтримка є одним із основних факторів для психічного здоров'я, оскільки вона допомагає людині відчувати себе менш ізольованою і більш зрозумілою. Якщо 37% людей регулярно спілкуються з підтримуючими людьми на високому рівні, це свідчить про значущість цього методу для збереження психоемоційного балансу.

Ці методи мали високий рівень постійного використання: Коли більше половини респондентів або близько того вказують на високий рівень використання якогось методу, це свідчить про його важливість та

ефективність у їхньому житті.

Довгострокова ефективність: Методи, які вимагають значних зусиль, такі як звертання по допомогу або регулярні фізичні навантаження, є індикатором того, що ці методи дійсно приносять довгострокові результати. Згідно з дослідженнями, регулярна фізична активність і соціальна підтримка мають сильний позитивний вплив на психічне здоров'я, і це видно в даних.

Медитація, позитивний контент, рефлексія — хоча ці методи також мають певний рівень ефективності, їх використання менше поширене на високому рівні (від 26% до 45%). Це може свідчити про те, що вони не є такими доступними або не так регулярно застосовуються в житті респондентів.

Таким чином, постійне звертання по допомогу, фізична активність і спілкування з підтримуючими людьми можна вважати найбільш ефективними методами для довгострокового зниження тривоги та покращення психічного стану.

3.2. Рекомендації щодо застосування методів самопомоги у переживанні тривоги сучасної молоді.

На основі цих даних спробуємо побудувати рекомендації для самопомоги, від найбільш ефективних до менш ефективних:

1. Постійно звертайтеся за допомогою.

50% людей постійно звертаються по допомогу, що свідчить про високий рівень його ефективності. Підтримка від близьких або фахівців дозволяє швидше та ефективніше справлятися зі стресом і тривогою. Це допомагає не тільки подолати проблеми, але й отримати нові інструменти для зниження емоційного навантаження.

2. Регулярно займаючись фізичною активністю.

48% людей використовують фізичні вправи для підтримки психічного здоров'я. Фізична активність значно знижує рівень стресу і тривоги, покращує настрій. Вправи також мають численні фізіологічні переваги, що позитивно впливають на загальний стан здоров'я.

3. Спілкування з підтримуючими людьми.

37% респондентів вказали, що вони часто спілкуються з підтримуючими людьми для покращення свого психічного здоров'я. Підтримка від близьких або однодумців значно знижує рівень стресу і тривоги, створюючи відчуття безпеки та розуміння.

4. Практикуйте медитацію або релаксаційні техніки.

45% людей регулярно практикують медитацію або техніки глибокого дихання, щоб знизити рівень стресу та тривоги. Медитація допомагає заспокоїти розум, знизити емоційну напругу і покращити концентрацію. Я поставила медитацію або релаксаційні техніки на 4 місце, тому що, хоча 45% людей регулярно їх практикують і вони є дуже корисними для зниження стресу та тривоги, цей метод не має такого високого рівня використання, як деякі інші стратегії, наприклад, звертання за допомогою або фізична активність, які демонструють значно більшу ефективність через більш активне і широко розповсюджене використання.

Медитація вимагає певного рівня зосередженості та часу для навчання і ефективного застосування. Для деяких людей може бути складно впровадити медитацію в повсякденне життя або знайти для неї достатньо часу. Тому, якщо порівнювати з фізичною активністю, яка приносить відчутні результати швидше і зазвичай не потребує спеціальних навичок, медитація може бути менш доступною для частини людей.

Медитація, хоча і дуже ефективна, часто застосовується в поєднанні з іншими методами (фізична активність, звертання за допомогою, спілкування з підтримуючими людьми), щоб отримати найкращий результат. Вона може допомогти знизити стрес, але часто для цього потрібен додатковий контекст або зміна стилю життя.

Тим не менш, медитація і релаксація є надзвичайно потужними інструментами для зниження тривоги та стресу, тому вона зайняла 4 місце у списку, що вказує на її високу ефективність, але не на таку ж універсальність, як інші методи.

5. Будьте рефлексивними.

44% респондентів регулярно рефлексують, що допомагає їм краще розуміти свої емоційні стани і знаходити шляхи до їх покращення. Рефлексія допомагає усвідомлювати, чому ви переживаєте певні емоції, і знаходити способи їх управління. Роздуми над особистими переживаннями допомагають переживати важкі періоди життя.

6. Оточуйте себе позитивним контентом.

48% людей вказують, що регулярне споживання позитивного контенту допомагає підтримувати гарний настрій і знижувати стрес. Позитивний контент може включати книги, фільми, музику або будь-яку іншу інформацію, що надихає і підтримує оптимістичний погляд на життя.

7. Плануйте час і організуйте свою діяльність.

45% людей використовують планування для організації свого часу, що допомагає знижувати рівень стресу. Планування допомагає мати чітке уявлення про майбутні завдання і не відчувати себе перевантаженим. Це також допомагає уникнути зайвих турбот і зберігати спокій.

8. Проводьте більше часу на свіжому повітрі або гуляйте.

48% людей, які регулярно гуляють, відчувають зниження рівня стресу. Прогулянки на свіжому повітрі не тільки сприяють фізичній активності, але й допомагають відпочити від буденних проблем, очистити розум і зарядитися енергією.

9. Також важливо розвивати позитивне мислення.

26% людей зазначають, що вони активно працюють над позитивним мисленням. Це важливий компонент, але його ефективність може бути меншою, якщо інші методи, такі як звертання за допомогою або фізична активність, не застосовуються паралельно. Позитивне мислення вимагає практики і часу для розвитку.

Найефективнішими методами є звертання за допомогою, фізична активність і спілкування з підтримуючими людьми, оскільки вони мають найвищий рівень використання серед респондентів. Водночас інші стратегії,

такі як медитація, рефлексія, позитивний контент та планування часу, є корисними, але менш часто застосовуються на високому рівні.

Тому для максимального зниження стресу та тривоги варто поєднувати декілька з цих методів, зосереджуючи увагу на найбільш ефективних для вас.

Хочу зазначити, що ми розділили фізичну активність та прогулянки на свіжому повітрі, оскільки вони мають різний рівень впливу на здоров'я і зазвичай різні рівні інтенсивності та користі для психічного і фізичного стану. Ось чому я поставив фізичну активність на 2 місце, а прогулянки на свіжому повітрі – на 8:

Фізична активність включає більш структуровані та інтенсивні вправи, такі як біг, силові тренування, плавання, йога або фітнес, що мають значно більший позитивний вплив на фізичне здоров'я, рівень стресу, тривоги та депресії, порівняно з менш інтенсивними методами, такими як просто прогулянки.

Фізична активність стимулює вироблення ендорфінів, покращує циркуляцію крові, зміцнює серце і м'язи, а також позитивно впливає на гормональний баланс. Це призводить до відчутного зниження стресу і тривоги. Вона також може мати довгостроковий вплив на загальне самопочуття.

Популярність та застосування: 48% людей постійно займаються фізичною активністю, що вказує на її велику поширеність і важливість у житті людей.

Тоді, як прогулянки на свіжому повітрі – це менш інтенсивний варіант фізичної активності, порівняно з тренуваннями або іншими видами фізичних навантажень. Хоча прогулянки на природі безсумнівно корисні для психічного здоров'я, їх ефективність для боротьби з тривогою та стресом, зазвичай, менша, ніж від більш інтенсивних видів фізичної активності.

Прогулянки також допомагають заспокоїти розум, знизити рівень стресу, сприяють рефлексії і заспокоєнню. Вони не вимагають великих фізичних зусиль, але все ж таки мають позитивний ефект, особливо якщо це прогулянка серед природи. Але в контексті тривоги, фізична активність більш

ефективна за рахунок своєї інтенсивності і фізіологічного впливу.

Прогулянки на свіжому повітрі вказані як частина повсякденної практики у 48% людей, але це може бути менш ефективним, ніж більш структуровані види фізичних навантажень.

Фізична активність займає 2 місце через її високу інтенсивність, комплексний вплив на фізичне і психічне здоров'я, а також широке застосування у повсякденному житті.

Прогулянки на свіжому повітрі хоча й корисні, займають 8 місце, тому що вони менш інтенсивні і зазвичай менш ефективні у боротьбі з тривогою, хоча також можуть бути важливою частиною підтримки емоційного здоров'я, особливо в поєднанні з іншими методами.

Хочу підкреслити, що при дослідженні було виявлено більшість ефективних і популярних методів самопомоги справді пов'язані з іншими людьми. Це не випадково, і ось кілька причин, чому взаємодія з іншими людьми має такий важливий вплив на психічне здоров'я.

Люди – соціальні істоти, і ми природно шукаємо підтримки в тяжкі моменти. Соціальна підтримка може бути різною: від простого спілкування з близькими до професійної допомоги. Коли ми обговорюємо свої переживання з іншими, це допомагає зменшити тривогу, оскільки ми відчуваємо, що не самотні у своїх проблемах. Це також знижує відчуття ізольованості, що є важливим чинником у розвитку депресії та тривожних розладів.

Спілкування з підтримуючими людьми може надати нам додаткову мотивацію для того, щоб діяти, зокрема, практикувати фізичну активність або звертатися за допомогою. Люди часто діляться досвідом, підтримують наші зусилля або просто є "підтримкою у вигляді слухача", що допомагає зберігати позитивний настрій. Така мотивація може бути дуже важливою для збереження або поліпшення психічного здоров'я.

Багато ефективних методів самопомоги, таких як фізична активність, медитація чи планування часу, часто виконуються в компанії або із залученням інших людей. Це створює певну "соціальну відповідальність", що

стимулює до дії. Наприклад, коли ми займаємося спортом з партнером або ходимо на прогулянки з другом, це не тільки покращує фізичне здоров'я, але й додає елемент соціальної взаємодії, що робить процес більш приємним і менш стресовим.

Коли ми обговорюємо свої переживання з іншими людьми, це допомагає нам краще розуміти та обробляти свої емоції. Відкриття своїх почуттів може знизити їх інтенсивність і допомогти знайти шляхи для вирішення проблем. Соціальна підтримка не тільки дає можливість для емоційної розрядки, але й сприяє пошуку рішень або підходів до проблеми, що може бути складним, якщо залишатися самотнім із переживаннями.

Люди часто створюють соціальні групи або мережі для підтримки здорових звичок, таких як здорове харчування, регулярні тренування або позитивне мислення. Ці групи надають підтримку і можливість взаємодії з іншими, що допомагає відчувати себе частиною спільноти з однаковими цілями і завданнями. Це значно підвищує ефективність методів самодопомоги.

Ізоляція – один з головних факторів, що сприяють розвитку психічних розладів, таких як депресія та тривога. Спілкування з іншими людьми, зокрема через підтримку, допомагає знизити почуття самотності. Навіть просте проведення часу з іншими людьми, навіть без обговорення важких тем, може значно покращити самопочуття.

У багатьох випадках, особливо у методах самодопомоги, таких як фізична активність, медитація чи підтримка позитивного контенту, колективний підхід приносить більше користі, ніж індивідуальний. Люди стають мотивованими і надихають одне одного, а також обмінюються ідеями та досвідом, що робить процес більш ефективним і менш стресовим.

Взаємодія з іншими людьми є потужним інструментом для підтримки психічного здоров'я, оскільки вона надає емоційну підтримку, підвищує мотивацію та допомагає зменшити стрес і тривогу. Тому не дивно, що більшість ефективних методів самодопомоги так чи інакше пов'язані з іншими людьми. Соціальна підтримка, групова активність і емоційне спілкування

допомагають нам впоратися з важкими ситуаціями та зберігати психічну рівновагу.

Треба зауважити, що є багато вправ направлені на самодопомогу при великій кількості напруги. Вони застосовуються в таких сферах: тілесна, емоційна та когнітивна.

Техніка рюкзака, де приходячи додому людина уявляє за собою рюкзак та складає туди усі труднощі дня, потім вона його наче скидає та спалює. Ця техніка дозволяє відділити робочий день від домашнього відпочинку.

З такою ж метою можна використовувати візуальну техніку «переходу». Людина уявляє собі лінію між кабінетом, або будь-яким робочим місцем та вулицею та промовляє «усе, що було тут – залишиться тут» й переступає цю лінію [42].

Позбутися напруги перед сном допомагає наступна вправа. Береться листок, або нотатки у телефоні та виписується всі думки, можна писати хаотично, не звертаючи увагу на акуратність та правильне написання.

Якщо ж треба перемкнути увагу на щось інше то можна зробити вправу п'яти предметів. Треба знайти п'ять об'єктів різного кольору, п'ять звуків, п'ять тілесних відчуттів. Якщо під час вправи увага почне вислизати, помітьте це та повертайтеся до вправи. Якщо буде багато думок, то наче скажіть їм «я вас почув» й повертайтеся до вправи [49].

Вправу під назвою «Посмішка всім тілом» розроблено С. Липинською з метою покращення емоційного стану людини. Ось інструкція щодо його застосування:

1. початкове становище - стоячи або сидячи. Розмістіть ноги на ширині плечей, покладіть руки на груди;

2. почніть спілкуватися із самим собою. Проведіть уявний аналіз того, що хотіли б звільнити із себе (наприклад, тривогу, смуток). Уявіть, де всередині вас живе ця негативна емоція;

3. сфокусуйтеся на диханні, роблячи глибокий вдих через ніс і повільний видих через рот (підтримуйте звук «ффффф» при видиху), уявляючи, як ви

видихаєте негативні емоції;

4. уміхніться широко та щиро. Продовжуйте дихати. На кожному видиху посміхайтесь. Відчуйте, як ваш емоційний стан починає змінюватися на краще;

5. візуалізуйте сферу з позитивною енергією, помістіть її в місце, де раніше була негативна емоція. Уявіть, як це позитивна енергія змінює ваш стан. Відчуйте, як позитивний настрій наповнює ваше тіло та перетворює ваш емоційний стан. Насолоджуйтесь цим процесом, не поспішайте. Рекомендований час виконання – від 3 до 5 хвилин [70].

Техніка «Заземлення 5-4-3-2-1» призначена для подолання раптової тривоги та справлення із тривожним станом. Ось спрощена інструкція щодо її застосування.

1. Почніть, перебуваючи в положенні, і знайдіть п'ять об'єктів, на яких ви можете зосередити свій погляд. Присвятіть кілька хвилин уважному розгляду цих об'єктів, помічаючи їх дрібні деталі, не даючи собі заглиблюватися в їх характеристики чи значення.

2. Відчуйте чотири відчуття наприклад, сонячне світло на шкірі, текстуру вашого одягу, відчуття дотику до будь-яких предметів різної структури. Приділяйте час цим відчуттям.

3. Прислухайтесь до трьох різних звуків навколо вас. Дозвольте собі уважно сприймати навколишні звуки, вибравши ті, на які хочете сфокусуватись.

4. Зосередьтеся на двох запахах. Можливо, скористайтесь ароматичними засобами або просто зверніть увагу на аромати повітря довкола вас.

5. Знайдіть щось смачне та сконцентруйтеся на цьому смаку, відчуттях, які він викликає, насолоджуйтесь кожним моментом.

Повторюйте цю вправу за необхідності для справлення з тривожним станом та повернення до більш спокійного стану [79].

Візуалізаційна вправа від О. Лоуена, яка називається «Центрування», спрямована на енергетичну перезарядку.

1. Стоячи в положенні, уявляйте, що ваше тіло має свій центр. Це не географічний центр, а центр вашої фізичної істоти. Де він розташований? Який він? Це може бути кулькою, монеткою, камінчиком, точкою або навіть потоком диму – кожен має унікальне сприйняття центру.

2. Перемістіть центр по центральній осі тіла нижче пупка на невелику відстань, на пару пальців. Зазвичай ця дія супроводжується приємними відчуттями у тілі.

3. Візуалізуйте, що ви можете наповнювати свій центр енергією та рівномірно розподіляти її по всьому тілу, при цьому рухаючи центр глибше та ближче до поверхні розімкненими пальцями.

4. Коли відчуєте готовність звільнитися від негативу, стискайте кулаки. Підніміть руки вгору, вдихаючи через ніс, потім різко видихніть та опустіть руки. Коли будете готові, розплюште очі. Дозвольте собі час адаптуватись і, коли будете готові, поверніться з візуалізованого образу до реальності [69].

Ця візуалізаційна вправа під назвою «Золотий предмет» призначена для знаття напруги та заряджання.

1. Сидячи в зручному положенні, розслабтеся, ніби прямуєте на короткий відпочинок. Зосередьтеся на повільному та спокійному диханні.

2. Візуалізуйте себе як предмет округлої форми, наприклад, яйце, кокон чи овал. Хоч би який він був, всі образи допустимі.

3. Відчуйте себе усередині цього предмета. Як вам там? Чи відчуваєте себе комфортно?

4. Уважно вивчіть предмет із усіх боків. Його розмір, форма, колір, запах, текстура. Переконайтеся, що він чистий і цілий.

5. Підніміться над предметом, подивіться на нього зовні, вивчіть його властивості. Потім погляньте на його сторони праворуч, ліворуч, спереду та ззаду.

6. Уявіть, що починається дощ, змиваючи бруд з поверхні предмета і заповнюючи тріщини водою. Предмет стає чистим, що відчувається на дотик і можна побачити яскравий колір.

7. Якщо всередині предмета залишилися бруд або негатив, уявіть, як стеля відкривається, а звідти капає теплий дощ. Дозвольте теплій воді змити втому та негатив.

8. Уявіть, що золотий сонячний промінь енергії проникає всередину предмета, наповнюючи його та потім вас. Відчуйте тепло та енергію, особливо спостерігаючи, де вона зосереджена у вашому тілі. Дозвольте собі наповнитись цією енергією.

Ця вправа допомагає очистити та зарядитись, створюючи відчуття сили, захисту та внутрішнього комфорту [49].

За останні п'ять років досліджували такі сфери: О. Ковальська «Психологічна самодопомога в умовах стійкого стресу...», М. Воронка, А. Кожевникова, О. Грабовець «Підготовка майбутніх викладачів психології до розвитку у студентства навичок психологічної самодопомоги в умовах війни», О. Литвиненко «Психологічна допомога і самодопомога при депресії та тривозі», О. Видра «Формування у студентів навичок першої психологічної допомоги і самодопомоги», О. Цільмак «Провідні технології самодопомоги в процесі психологічної практики», М. Слюсаревський «Онлайн-коло»: досвід психологічної підтримки і допомоги населенню під час пандемії...» і багато інших. [7; 8; 16; 28; 44; 49].

Висновки до розділу 3

1. Використання методів самодопомоги та їх вплив на психічний стан.

Дослідження показало, що:

- постійне використання засобів самодопомоги часто пов'язане з високим рівнем тривожності та депресії. Це може бути наслідком того, що люди із серйозними емоційними труднощами частіше шукають способи поліпшення свого стану. Згідно з HADS, лише 35% людей у цій групі мають нормальні показники за рівнями тривоги і депресії, а 63% за шкалою Бека мають високий рівень депресії. Це свідчить про те, що самодопомога використовується як реакція на вже наявні значні труднощі;

- час від часу використовують методи самопомоги люди, які демонструють найбільш збалансовані показники за рівнем тривожності та депресії. За шкалами HADS і Спілбергера, ця група має найвищий рівень емоційного здоров'я (54-64% у межах норми). Це вказує на те, що помірне і збалансоване використання самопомоги є найбільш ефективним для підтримання психоемоційного стану;

- люди, які ніколи не використовують самопомогу, показують найвищий рівень стабільності, але це може свідчити про природно низький рівень тривожності та депресії у цієї групи. Наприклад, за шкалою HADS 80% знаходяться в межах норми депресії, а за шкалою Спілбергера клінічно значуща тривожність повністю відсутня (0%).

2. Взаємозв'язок методів самопомоги та емоційного стану.

Методи самопомоги мають різний вплив на психічний стан:

- постійне звертання за допомогою (50%): Люди, які часто звертаються за допомогою (до друзів, сім'ї чи терапевтів), мають високий рівень ефективності цього методу. Він допомагає знизити стрес і тривогу, дозволяючи отримати емоційну підтримку та поради для подолання труднощів;

- регулярна фізична активність (48%): Це один із найефективніших методів, що знижує рівень тривожності та покращує емоційний стан завдяки виробленню ендорфінів. Люди, які активно займаються спортом, демонструють вищу стресостійкість і загальний психоемоційний баланс;

- спілкування з підтримуючими людьми (37%): Постійне спілкування сприяє відчуттю підтримки, знижує почуття самотності та допомагає краще справлятися зі складними емоціями.

3. Результати за методиками оцінки психоемоційного стану.

HADS (Шкала тривоги та депресії госпітальна):

- постійне використання засобів самопомоги асоціюється з високим рівнем клінічної тривоги (35%) та депресії (35%). Це свідчить про серйозний рівень емоційних труднощів у цієї групи;

- час від часу використання показує найкращі показники у межах норми за тривогою (54%) та депресією (54%), що свідчить про збалансоване використання методів самодопомоги;

- ніколи використання демонструє найвищий рівень норми за депресією (80%) і тривогою (60%), вказуючи на стабільний емоційний стан у цієї групи.

Методика Спілбергера:

- постійне використання засобів самодопомоги пов'язане з високим рівнем особистісної тривожності (53%) та ситуативної тривожності (35%), що свідчить про стресову природу ситуацій;

- час від часу використання демонструє найвищі показники норми (64% ситуативної та 60% особистісної тривожності), що свідчить про помірний ефект самодопомоги;

- ніколи використання показує найвищий рівень норми (73% ситуативної тривожності) і повну відсутність клінічної тривожності (0%).

GAD-7 (Генералізована тривожність):

- постійне використання демонструє найвищий рівень помірної (44%) та високої (25%) тривожності;

- час від часу використання має збалансовані результати (51% слабка тривожність і 21% помірна), що свідчить про ефективність;

- ніколи використання асоціюється з найнижчою тривожністю: 40% мають мінімальний рівень тривожності, а високий рівень повністю відсутній (0%).

Шкала тривоги Бека:

- постійне використання засобів самодопомоги демонструє найвищий рівень депресії (63%);

- час від часу використання характеризується помірними показниками (43% високий рівень, 37% середній).

- ніколи використання має найвищий рівень норми (27%), що свідчить про відсутність значних емоційних проблем.

4. Найефективніші методи самодопомоги.

На основі отриманих даних, найбільш ефективними є:

- звертання за допомогою (50% високий рівень): Підтримка від оточення або професіоналів значно знижує рівень тривоги та стресу;
- регулярна фізична активність (48%): Вправи покращують психоемоційний стан завдяки фізіологічному впливу.
- спілкування з підтримуючими людьми (37% високий рівень): Соціальна підтримка допомагає долати труднощі та зберігати емоційний баланс.

Інші корисні методи:

- медитація та релаксаційні техніки (45%): Сприяють заспокоєнню розуму.
- рефлексія (44%): Допомагає аналізувати власні емоції.
- споживання позитивного контенту (48%): Знижує рівень стресу.

5. Рекомендації. Для довгострокового зниження тривоги рекомендується поєднувати різні методи самопомоги, приділяючи увагу фізичній активності, соціальній підтримці та медитації.

Регулярні прогулянки на свіжому повітрі, техніки рефлексії та позитивний контент можуть слугувати додатковими інструментами для підтримки емоційного стану.

Застосування технік заземлення та візуалізації ефективно для швидкого зняття напруги.

Постійне використання методів самопомоги часто є реакцією на серйозні емоційні труднощі, тоді як помірне використання показує найкращі результати для підтримки психоемоційного балансу. Соціальна підтримка, фізична активність і звертання за допомогою є ключовими компонентами ефективної самопомоги. Інші методи, такі як медитація, рефлексія і позитивний контент, можуть значно покращити результати, особливо у поєднанні з основними підходами.

ВИСНОВКИ

1. З'ясували, тривога є поширеним явищем серед сучасної молоді, що зумовлено впливом соціальних, економічних і культурних змін, особливо в умовах війни. Тривога є комплексним явищем, яке впливає на емоційний, фізичний і соціальний стан людини. Вона може проявлятися як ситуативна реакція на загрозу або як особистісна характеристика, що визначає постійну схильність до переживання тривожності. Вона проявляється у різних формах: ситуаційній, особистісній та генералізованій. Основними факторами, що зумовлюють розвиток тривоги у молоді, є соціальний тиск, економічна нестабільність, інформаційне перенасичення, а також особливості вікового періоду становлення.

При проведенню системного огляду літератури, що стосується понять "тривога" та "тривожність", виявили, що тривога є емоційним переживанням, тоді, як тривожність є особистісною характеристикою. Здійснили аналіз основних підходів до вивчення цього явища, включаючи його емоційні, фізіологічні та поведінкові аспекти.

2. Визначено, психологічна самодопомога визначається як процес самостійного застосування особою різноманітних методів та стратегій для подолання негативних емоційних станів, таких як тривога, стрес чи депресія. Це важлива складова підтримки психічного здоров'я, що дозволяє людині розвивати самосвідомість, емоційну стійкість та здатність до саморегуляції.

Виявили види психологічної самодопомоги, визначені у роботі, такі як: психофізіологічні методи: релаксаційні техніки, фізична активність, медитація;

соціальні методи: підтримка друзів та родини, групи підтримку;

психоосвітні методи: самоосвіта, вебінари та онлайн-платформи.

Виявили деструктивні методи самодопомоги, попри їхню здатність швидко зменшувати емоційний або фізичний дискомфорт, мають тимчасовий ефект і не вирішують суті проблеми. Навпаки, їх використання може

призвести до погіршення фізичного здоров'я, міжособистісних відносин і загальної якості життя. Усвідомлення наслідків таких дій є ключовим кроком до переходу на конструктивні та здорові способи підтримки себе. Звернення до професіоналів і впровадження позитивних практик самодопомоги сприяє ефективному вирішенню проблем і досягненню довготривалого емоційного благополуччя.

З'ясували, що психологічна самодопомога є важливим інструментом підтримки психічного здоров'я, особливо серед молоді, яка стикається з різноманітними стресовими ситуаціями. Ефективність методів самодопомоги залежить від індивідуальних особливостей особи, її здатності до саморефлексії та доступу до підтримки з боку оточення. Тому важливо заохочувати молодь до використання різноманітних методів саморегуляції, щоб вони могли підтримувати своє психоемоційне благополуччя в умовах сучасних викликів.

3. При проведенні емпіричного дослідження та кореляційного аналізу переживання тривоги і застосування засобів самодопомоги зробили такі висновки:

Виявлено, що існує значуща кореляція між високим рівнем тривоги та частотою використання різних методів самодопомоги. Люди з високим рівнем тривоги частіше звертаються до методів релаксації, фізичної активності, медитації та когнітивних стратегій для полегшення свого емоційного стану. Вони більш активно застосовують техніки, що дозволяють знизити фізіологічні симптоми тривоги, зокрема, глибоке дихання, прогресивну м'язову релаксацію, йогу та інші психофізіологічні методи.

Кореляційний аналіз також показав, що люди з високим рівнем тривоги частіше шукають соціальну підтримку у родині, друзів або професіоналів (психологів). Це свідчить про важливість соціальних зв'язків як засобу зниження тривоги.

З'ясували, що водночас люди, які мають низький рівень тривожності, менш схильні до постійного звернення за підтримкою і більшою мірою застосовують самостійні методи саморегуляції.

Виявлено, що застосування творчих методів (арт-терапія, музична терапія, письмова саморефлексія) має позитивний вплив на зниження тривожності. Респонденти, які активно використовували ці методи, повідомляли про покращення емоційного стану та зниження рівня стресу.

Зрозуміли, творчі методи допомагають виразити накопичені емоції і зменшити напругу, що є важливим для людей, які відчують високий рівень тривоги.

Також дізналися, що фізична активність (спорт, йога, прогулянки) продовжує залишатися одним із найбільш ефективних засобів самопомоги серед респондентів. Вона була тісно пов'язана з покращенням загального емоційного стану, особливо у групі з помірним рівнем тривоги. Регулярні фізичні вправи сприяють вивільненню ендорфінів, що знижує стрес і допомагає підтримувати стабільний емоційний фон.

Хочу зазначити, респонденти з вищим рівнем освіти мали більш позитивні результати в застосуванні технік самопомоги. Вони частіше використовували когнітивні методи, медитацію та фізичну активність, а також мали кращі результати в зниженні тривожності.

З іншого боку, респонденти з нижчим рівнем освіти частіше повідомляли про відсутність або невелике використання таких засобів самопомоги, що може бути пов'язано з обмеженим доступом до інформації або відсутністю знань про їх ефективність.

З'ясували вплив наявності соціальних зв'язків у респондентів, які активно підтримують соціальні зв'язки (через друзів, родину чи групи підтримки), спостерігався знижений рівень тривожності порівняно з тими, хто має обмежене коло спілкування або знаходиться в ізоляції. Це підтверджує важливість соціальної підтримки як ефективного засобу боротьби з тривогою.

Кореляційний аналіз показав, що рівень тривожності тісно пов'язаний із застосуванням різних засобів самопомоги. Люди з високим рівнем тривоги частіше звертаються до соціальної підтримки та активніше використовують методи релаксації, фізичної активності та творчості. Зростання рівня освіти

позитивно впливає на застосування методів самопомоги, що дозволяє знижувати рівень тривожності. Творчі та фізіологічні методи, а також підтримка з боку соціального оточення, є найбільш ефективними для подолання тривожних станів серед молоді.

4. Тож на основі дослідження, розроблені, такі рекомендації самопомоги для подолання емоційного стану тривоги серед сучасної молоді:

Методи фізичної саморегуляції: регулярне застосування релаксаційних технік; практика прогресивну м'язову релаксацію; включать в щоденну рутину медитацію для покращення концентрації, зниження стресу та досягнення внутрішнього спокою; регулярні заняття спортом або просто прогулянки на свіжому повітрі покращують фізичне здоров'я і сприяють виробленню ендорфінів, які природно знижують рівень тривоги; використовуйте йогу або інші форми рухової активності, які поєднують фізичні вправи з елементами релаксації і саморегуляції; танцювальна терапія, що також дозволяє висловлювати емоції через рух і покращує фізичний стан; робота з фізичними симптомами тривоги. Якщо тривога проявляється через фізіологічні симптоми (наприклад, головний біль, біль у животі), важливо вчасно звертатися до лікаря, щоб виключити можливі соматичні причини; техніки релаксації та фізичні вправи допомагають зняти м'язову напругу і полегшити симптоми.

Методи, які застосовують когнітивні стратегії: навчитися розпізнавати і змінювати негативні думки, що ведуть до тривожності, шляхом когнітивної реструктуризації; заміна катастрофічного мислення на більш раціональні думки допоможе зменшити рівень стресу; використання письмової саморефлексії, ведення щоденника для осмислення власних емоцій, що допоможе впоратися з переживаннями та краще розуміти свої реакції на стресові ситуації; підвищення стресостійкості через усвідомленість; баланс між роботою та відпочинком, щоб не перевантажувати себе і зберегти психологічну рівновагу; читання психологічних книг, участь у онлайн-курсах з тематики тривоги та стресу допоможуть краще зрозуміти природу своїх

переживань і ефективно справлятися з ними; малювання, ліплення, музика чи інші творчі практики можуть стати потужним інструментом для вираження емоцій і зниження тривоги.

Методи соціальної підтримки: звернення до близьких, друзів або родини для емоційної підтримки; допомога психолога або психотерапевта для глибшої роботи з тривожними переживаннями; освітні тренінги та вебінари з управління стресом можуть допомогти здобути практичні навички самопомочі; уникнення ізоляції; прийняття участі у соціальних заходах або просто спілкування з людьми можуть значно знизити відчуття тривоги і покращити настрій.

Рекомендації самопомоги, орієнтовані на психофізіологічні методи, когнітивну роботу, творчі підходи та соціальну підтримку, є ефективними засобами подолання тривоги серед сучасної молоді. Важливо використовувати комплексний підхід, поєднуючи кілька методів, щоб забезпечити максимальну підтримку психічного здоров'я і зменшити рівень тривожності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Батлер Д. Подолати соціальну тривогу. Джиліан Батлер. Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. с. 96 .
2. Бутриновська У. Групи самопомоги як ефективна форма соціальної роботи. Вид-во НПУ імені МП Драгоманова, 2017. URL: http://www.irbisnbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=A SP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Nchnpu_011_2017_23_4
3. Брюс Д. Перрі, Опра Вінфрі. Що з тобою сталося? Про травму, психологічну стійкість і зцілення. Київ: Віват, 2023. с.320
4. Бессел ван дер Кролк. Тіло веде лік, як лишити психотравми в минулому. Київ: Віват, 2015. с 624.
5. Варивода К. Позитивні й негативні аспекти взаємодії сучасної молоді в соціальних мережах. б. в., 2015. URL: <https://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/549>
6. Вельдбрехт О., Тавровецька Н. Оптимістичні уявлення про майбутнє-спонтанний спосіб самопомоги та саморегуляції в умовах війни. Проблеми політичної психології 13, 43-56, 2023. URL: <https://politpsy.org/index.php/popp/article/view/123>
7. Видра О. Г. Формування у студентів навичок першої психологічної допомоги і самопомоги. Психологічна технологія ціннісної підтримки обдарованих учнів і студентів в умовах війни: тези доповідей учасників *XVI науково-практичного семінару*, 19 жовтня 2023 р. Київ , 2023
8. Воронка М., Кожевникова А., Грабовець О. Підготовка майбутніх викладачів психології до розвитку у студентства навичок психологічної самопомоги в умовах війни. *Європейська інтеграція України в умовах війни Росії проти України: роль академічних та громадських спільнот*: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції 2023 URL: <http://eprints.mdpu.org.ua/view/subjects/LB2300.html>

9. Галієва О. М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*, 2019. Випуск 1. С. 32-46. URL: <http://psysocwork.onu.edu.ua/article/view/185763>
10. Гула В. Психологічні особливості дослідження домінуючих негативних психічних станів у студентів. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова*. Серія 12: Психологічні науки, 185-189, 2012. URL: http://www.irbisnbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Nchnpu_012_2012_37_51
11. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання, наслідки насильства – від знущання у сім'ї до політичного терору. Львов. Видавництво Старого Лева, 2015. ст 416.
12. Герасименко Л. Скрипніков А. Ісаков Р. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Навчальний посібник. Видавництво «Медицина», 2022 URL: [cija-na-vazhkij-stres-ta-rozlad-adaptaciyi-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-navchalnij-posibnik-lo-gerasimenko-am-skripnikov-ri-isakov/p-1009.htm](https://www.britishbook.ua/ru/detail/emotional-intelligence-25th-anniversary-edition/)
13. Герриг Р. Психологія і життя. Р. Герриг, Ф. Зимбардо. 16-е изд. 2004. ст. 955
14. Глоуман Д. Emotional Intelligence: 25th Anniversary Edition, 2020 URL: <https://www.britishbook.ua/ru/detail/emotional-intelligence-25th-anniversary-edition/>
15. Дубовицька, Т. Д., & Ербегєєва, А. Р. (2008). Проблема фрустрації у студентів на початковому етапі навчання у вузі. *Вища освіта сьогодні*, 9, 54. URL: <https://osvitanalityka.kubg.edu.ua/wp-content/uploads/2023/03/HigherEd-in-Times-of-War.pdf>
16. Ковальська О. П. Психологічна самодопомога в умовах стійкого стресу: практики відновлення та самореабілітації *The 9 th International scientific and practical conference «Modern research in world science»* (November

- 28-30, 2022) SPC «Sci-conf. com. Ua», Lviv, Ukraine. 2022. 1977 p., 1071, 2022
17. Колесник М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціальностей. 2019. 49-51 с. URL: https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/10/43_Depressiya_new.pdf
18. Коц С., Коц В., Зоренко М. Інтелектуальна діяльність та психічний стан. *Сучасні тенденції та концептуальні шляхи розвитку освіти і педагогіки* [зб. наук. пр.]: матеріали VII міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 23-29, 2021
19. Коц С.Н., Коц В.П. Особливості комунікативної компетентності та стресостійкості. *Педагогіка здоров'я: збірник доповідей* Всеукраїнської науково - практичної конференції. - Харків, 18-19 травня 2018 року. С. 188-191.
20. Коц С.М., Коц В.П. Реалізація вирішення проблеми високої тривожності у дітей та підлітків педагогічним колективом у дитячому оздоровчому позаміському таборі. *Психологія та педагогіка сучасності: проблеми та стан розвитку науки і практики в Україні: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції.* - Львів, 21-22 серпня 2015 року. С. 57-61.
21. Костенко Я., Мирошник О. Основні наукові підходи до розуміння агресивності у юнацькому віці. *Світ наукових досліджень.* Випуск 23: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м. Тернопіль, Україна, м. Ополе, Польща, 24-25 жовтня 2023 р.) 2022
22. Кісарчук З. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник. ТОВ «Видавництво «Логос» УДК 364.62-47-058.6(072). 2015. URL: http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/ПОСІБНИК%20Психологічна%20допомога%20постраждалим%2017_03_2015.pdf
23. Кулакова Л. Психосоціальний стрес сучасної молоді: чинники та особистісні детермінанти. Студентський дайджест. Збірник наукових матеріалів здобувачів вищої освіти 4, 2021.URL:

https://psuhologia.rshu.edu.ua/images/nauk_diyal/naukov_zvit_kvpp.pdf

24. Келлерман Г., Селигман М., Tomorrowmind: Thriving at Work with Resilience, Creativity, and Connection—Now and in an Uncertain Future, 2023

25. Каплуненко Я. Ю. Перша психологічна допомога: досвід міжнародних організацій. Каплуненко Я. Ю. Психологія та психосоціальні інтервенції. - 2020. - Т. 3. - С. 36-41.

26. Леонова І. М. Соціально-психологічні особливості переживання почуття самотності жінками - внутрішньо переміщеними особами. Журнал «Вчені записки», 2021. Т. 32 (71). Вип. 12021. С. 51-56.

27. Ломова Т. О. Особливості взаємозв'язку стратегії поведінки у конфлікті та соціальних очікувань особистості в малій соціальній групі. *Наукові праці Донецького національного технічного університету. Сер.: Педагогіка.* 2007. Випуск 1. С. 217-223.

28. Литвиненко О. Психологічна допомога і самопомога при депресії та тривозі. ФОП Панов АМ, 2023

29. Литвин Б., Сидорчук Л., Яринич Ю., Каражбей І., Гутніцька А. Частота загострень артеріальної гіпертензії, депресія і тривога в умовах війни в Україні: окрема статистика та результати опитування. *Буковинський медичний вісник (науково-практичний журнал)*, 2023

30. Литвинчук Л. Тенденції розвитку фрустраційних реакцій сучасної молоді. Психологія: реальність і перспективи, 111-117, 2020. URL: https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/view/192

31. Мандрик Л. М. Дослідження феномену агресивності майбутніх фахівців Державної служби України з надзвичайних ситуацій. *Пожежна безпека: теорія та практика.* 2023, №13. С. 79-85. URL: [RN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&S21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Pbtp_2013_13_16](https://www.rivnejournal.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=10&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&S21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Pbtp_2013_13_16)

32. Макгонігал К. The Joy of Movement: How Exercise Helps Us Find Happiness, Hope, Connection, and Courage, 2021. 231 с.

33. Магдисюк Л. І., Блаватна О. Б. Психологічна допомога сім'ї, яка

виховує дитину із затримкою психічного розвитку // Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka. Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour». 2020. # 52 (02/2020). S. 64-66.

34. Науменко Г., Жук А., Янчук Т. Важливі навички в період стресу. досвід проведення навчання груповому курсу управління стресом для дорослих самодопомога+(self-help+) *Psychosomatic Medicine and General Practice* 8 (2), 202314:13 URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/427>

35. Олійник Ю. О. Домедична психологічна допомога в умовах війни. Ю. О. Олійник, А. С. Романів, Н. М. Параняк. *Науковий журнал Габітус*. – 2022. – Випуск 37. – С. 174–179.

36. Папуча М. В. Реальність переживання. Зб. XII міжнародної науково-практичної конференції, «людина та її реальність», 2022. С. 6-8.

37. Панфілов Ю. І., Герман А. В. Тривога як один із психологічних станів лідера. *Журнал «Лідери XXI століття. Формування особистості харизматичного лідера на основі гуманітарних технологій»*, 2020. С. 211-215.

38. Панфілов Д. Цілепокладання як екзистенціальна потреба людини. УДК 159.923. Наукові записки – 2014. URL: https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/183/Panfilov_Goal%20Formulation.pdf?sequence=1&isAllowed=y

39. Потапова С. Психічна саморегуляція негативних станів особистості. Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання: тези доп. Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті проф. СП Бочарової (м. Харків, 30 ..., 2017)

40. Прокоф'єва Л. Служба «телефон довіри» як специфічний вид психологічної допомоги. Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2020 с. 131

41. Рогозіна Н. О. Вплив використання технік медитації за допомогою мобільного застосунку на рівень тривоги дорослих людей: системний огляд література. Магістерська робота, 2022. с. 130

42. Романовська Д. Психологічна допомога у закладах освіти в період

війни: запити, методики, алгоритми дій. *Науковий вісник ужгородського національного університету...*, 2022 с.245

43. І.Д. Зверєва, О.В. Безпалько, С.Я. Харченко та ін.; Соціальна робота в Україні. Навч. посіб. за заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. К.: Наук. світ, 2003. 233 с.

44. Слюсаревський М. «онлайн-коло»: досвід психологічної підтримки і допомоги населенню під час пандемії covid-19. *Вісник національної академії педагогічних наук України* 2 (1), 1-5, 2020 URL: <https://visnyk.naps.gov.ua/index.php/journal/article/view/62>

45. Станіщук А. Тривога як фактор визначення якості життя. 2022 р. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/10547>

46. Титаренко Т. Самодопомога у посттравматичній ситуації: практики автобіографування. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*, 30-36, 2014. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=znpfsp_2014_19\(2\)_7](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=znpfsp_2014_19(2)_7)

47. Титаренко Т. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації. Імекс-ЛТД, 2018. URL: https://www.academia.edu/37037543/ПСИХОЛОГІЧНЕ_ЗДОРОВ_Я_ОСОБИСТОСТІ_ЗАСОБИ_САМОДОПОМОГИ_В_УМОВАХ_ТРИВАЛОЇ_ТРАВМАТИЗАЦІЇ_2018

48. Хобзей М., Волошин П., Марута Н. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення. *Український вісник психоневрології*, 10-14, 2010

49. Цільмак О. Провідні технології самопомоги в процесі психологічної практики. *Юридична психологія* 30 (1), 37-47, 2022. с. 32

50. Чіксентміхайі М. У пошуках потоку: Психологія включеності у повсякденність, 2017 URL: <https://bookmood.com.ua/ua/v-poiskah-potoka-psihologija-vkljuchennosti-v-povsednevnost-mihaj-chiksentsmihaji-20657673/>

51. Шкарлатюк К. І. Агресія та здатність до прогнозування в підлітковому віці. *Психологічні перспективи*. Вип. 17. Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2010. С. 273-280.

52. Шевченко Н. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях. Запоріжжя, ЗНУ 2023 С. 232

53. Ясточкін І. Соціальна тривога людини: причини та наслідки. УДК 373.5.015.3. Серія 11. *Соціальна робота. Соціальна педагогіка* ст. 166

54. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Spitzer R. et al. *Archives of internal medicine*. 2006., № 10. Vol.166, p. 1092-1097.

55. Amber J. Halliday, Margaret L. Kern, Deborah A. Turnbull/ Can physical activity help explain the gender gap in adolescent mental health? A cross-sectional exploration URL:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755296618301017>

56. Anis Sfendla, Petter Malmström, Sara Torstensson, Nóra Kerekes. Yoga practice reduces the psychological distress levels of prison inmates..Frontiers in psychiatry, 407, 2018

58. Beata Aleksandra Basińska , Zuzanna Kwissa-Gajewska. Psychometric properties of the Polish version of the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a non-clinical sample of employees during pandemic crisis URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37737500/>

59. Bernd Löwe 1, Oliver Decker, Stefanie Müller, Elmar Brähler, Dieter Schellberg, Wolfgang Herzog, Philipp Yorck Herzberg Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population 2008 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18388841/>

60. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. .. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):57. 10.1186/s12992-020-00589-w. - DOI - PMC - PubMed

61. Caminiti M, Mercogliano M, Cusotto F, Briganti GL, Genovese D, Priano

W, Ricciotti GM, Bonaccorso N, Grassi F, Antonelli A, Girolametto G, Spatari G, Gianfredi V, Mariniello A, Marisei M, Minutolo G, Ancona A, De Nicolò V, Berselli N, Gallinoro V, Cosma C, Piuanno G, Montagna V, Catalini A. *Healthcare* (Basel). 2024 May 15;12(10):1020. doi: 10.3390/healthcare12101020.

62. Tatiana Bolgeo , Roberta Di Matteo , Niccolò Simonelli, Alberto Dal Molin , Maura Lusignani , Barbara Bassola , Ercole Vellone , Antonio Maconi , Paolo Iovino Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item General Anxiety Disorder scale (GAD-7) in an Italian coronary heart disease population URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37149049/>

63. Daniel McNeish Psychometric properties of sum scores and factor scores differ even when their correlation is 0.98: A response to Widaman and Revelle URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36394821/>

64. Deepti Adlakha, Diana C. Parra. Mind the gap: Gender differences in walkability, transportation and physical activity in urban India URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2214140520300797>

65. David S. Timberlake, Cornelia Pechmann. Broadcast reach and self-reported exposure to court-ordered corrective statements on cigarette harms URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335520300875>

66. Dweck, C. *Mindset: How you can fulfill your potential*. Constable & Robinson Limited. 2012 c. 132

67. Gottman J. *Gottman J. The Love Prescription: Seven Days to More Intimacy, Connection, and Joy*, 2022 c.296

68. K. Journal. Implementation of Deep Breathing Relaxation Techniques to Control Anger at Violent Behavior. March 2023. DOI:10.56359/kian.v2i1.237 LicenseCC BY 4.0 c. 26-32.

69. Louen, A. *Psikhologiiia tela. Bioenergeticheskiy analiz tel [Body psychology. Bioenergetic body analysis]*. Retrieved from livelib.ru: <https://www.livelib.ru/book/1000203567-psihologiya-tela-bioenergeticheskij-analiz-tela-a-louen>. 2005

70. Lipynska, S. *Samodopomoha [Self-help]*. (n.d.). switlipinska.com.

Retrieved from <https://switlipinska.com/uprazhneniya/microcourse-body-charge/2022>

71. Montero A. Effect of a program of sport-recreational activities on aggression and prosocial values among youth living in social risk. 2016

72. Noemi Fluetsch. The relationship of physical activity to mental health: A 2015 behavioral risk factor surveillance system data analysis URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719303003>

73. Shannon L. Michael, Richard Lowry, Caitlin Merlo, Adina C. Cooper a, Eric T. Hyde, Richard McKeon. Physical activity, sedentary, and dietary behaviors associated with indicators of mental health and suicide risk. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335520301133>

74. Sean Locke, Angela-Maithy Nguyen, Liza Friedman, Lisa M. Gargano. Change in binge drinking behavior after Hurricane Sandy among persons exposed to the 9/11 World Trade Center disaster URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335520301042>

75. Stuart J.H. Biddle, Simone Ciaccioni, George Thomas, Ineke Vergeer. Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1469029218303315>. 2019

76. Horesh D, Brown AD.. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. Psychol Trauma. 2020;12(4):331–5. 10.1037/tra0000592. - DOI - PubMed

77. Xiangnan1 L., Zhiyong L., ZHANG L. Relationships between Social Support and Aggression of Adolescents:The Chain Mediating Roles of Self-Esteem and Self-Control. URL: <http://www.devpsy.com.cn/EN/10.16187/j.cnki.issn1001-4918.2017.02.13>. 2017

78. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370 URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. 1983

79. «Zazemlennia 5-4-3-2-1» [Technique «Grounding 5-4-3-2-1»]. (n.d.).

www.cluber.com.ua. Retrieved from <http://www.cluber.com.ua/lifestyle/krasota-i-zdorove/2021/01/tehnika-zazemleniya-5-4-3-2-1-uprazhnenie-kotoroepomozhet-preodolet-trevogu/>

80. Статистика ВООЗ. Веб-сайт. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Всього джерел - 80

Джерел за останні п'ять років - 39

Джерела зарубіжних авторів за останні п'ять років - 8 (57, 60, 61, 67, 68, 70, 75, 76).

Джерела українських авторів за останні п'ять років - 31 (3, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 44, 45, 49, 52).

ДОДАТКИ

Додаток А.

Методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком)

Вік досліджуваного: з 12 років.

№ з/п	Психічні стани	Під	Не	Не
		ход ить	дуж е підх оди ть	підхо дить
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості			
2	Часто червонію без причини			
3	Мій сон мене непокоїть			
4	Легко починаю нудьгувати			
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві			
6	Мене лякають труднощі			
7	Люблю аналізувати свої недоліки			
8	Мене легко переконати			
9	Я підозріливий			
10	Важко перенешу час очікування			
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід			
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом			
13	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе			
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать			
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною			
16	Я часто почуваю себе беззахисним			
17	Іноді у мене буває стан відчаю			
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
19	У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру не виправними			
21	Залишаю за собою право вирішального голосу			
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника			
23	Мене легко розсердити			
24	Люблю робити зауваження іншим			
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих			
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого			
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую			

28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися			
29	У мене різка, грубувата жестикуляція			
30	Я злопам'ятний			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Нелегко переключати увагу			
33	З обережністю ставлюся до всього нового			
34	Мене важко переконати			
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися			
36	Нелегко зближуюся з людьми			
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану			
38	Я проявляю впертість			
39	Неохоче йду на ризик			
40	Різко реаую на відхилення від прийнятого мною режиму			

Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожен з чотирьох груп питань:

I - 1-10-те питання - *тривожність*;

II - 11-20-те питання - *фрустрація* (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III - 21-30-те питання - *агресивність*;

IV - 31-40-ве питання - *ригідність* (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності нема;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

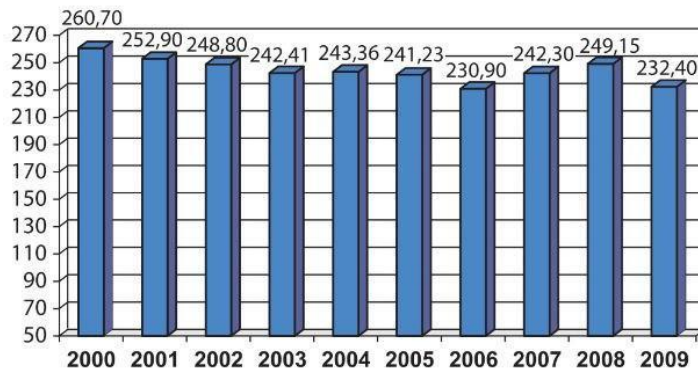


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2000—2009 роках

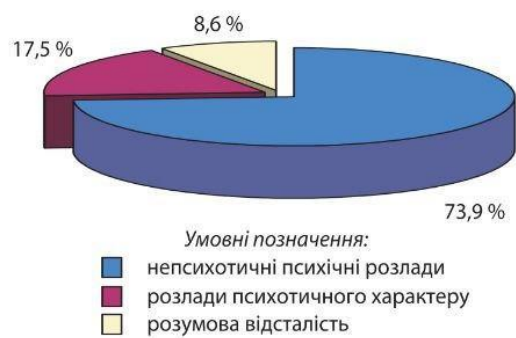


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2009 році

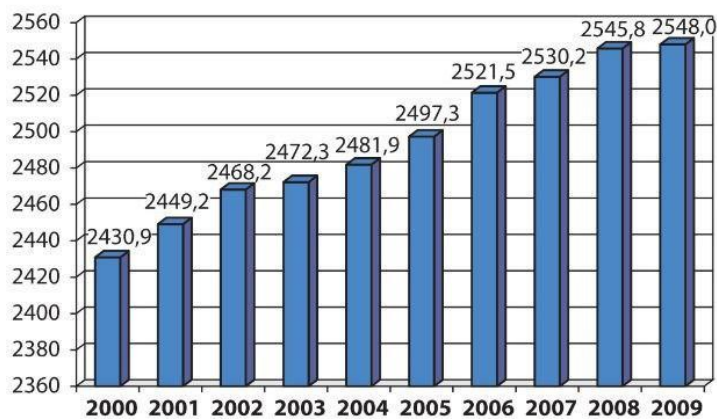


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки (F 00 — F 09, F 20 — F 99) всього (дорослі, підлітки, діти). Диспансерна і консультативна групи у 2000—2009 роках



Шкала Тривоги Бека

Прізвище, ім'я _____ Вік _____ Дата дослідження _____

Прочіть одну з можливостей відповіді на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко.

	0. Зовсім не турбує	1. Злегка турбує	2. Середньо турбує	3. Дуже турбує
1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2. Відчуття жару				
3. Тремтіння в ногах				
4. Неможливість розслабитись				
5. Страх, що станеться найгірше				
6. Головокружіння				
7. Прискорене серцебиття				
8. Нестійкість, нестабільність				
9. Відчуття жаху, це кінець				
10. Дратівливість				
11. Тремтіння в руках				
12. Відчуття задухи				
13. Нерівна хода				
14. Страх втрати контролю				
15. Труднощі з диханням				
16. Страх смерті				
17. Переляк				
18. Шлунково-кишкові розлади				
19. Непритомність				
20. Прилив крові до обличчя				
21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)				

0–5 норма

6–8 легкий рівень тривоги

9–18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги

$\Sigma =$

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість *

- Ані разу Кілька днів
 Понад половину часу
 Майже щодня
-
-
-

2. Нездатність упоратись із хвилюванням *

- Ані раз Кілька днів
 Понад половину часу
 Майже щодня
-
-
-

3. Надмірне занепокоєння з різного приводу *

- Ані раз Кілька днів
 Понад половину часу
 Майже щодня
-
-
-

4. Нездатність розпружуватися *

**5. Крайній рівень неспокою:
«місця собі не знаходжу» ***

- Ані раз Кілька днів
 Понад половину часу
 Майже щодня
-
-

**6. Легко піддаюся відчуттю
неспокою чи дратівливості ***

- Ані раз Кілька днів
 Понад половину часу
 Майже щодня
-
-

**7. Страх з того, що станеться
щось жахливе ***

- Ані раз Кілька днів
 Понад половину часу
 Майже щодня
-
-

Авторський опитувальник “Тривога та методи самопомоги”

Яка ваша біологічна стать?

Жіноча

Чоловіча

Скільки вам років?

До 14

З 14 до 24

З 25 до 44

З 45 до 60

З 60 до 75

Більше 75 років

Освітній рівень?

Шкільна освіта

Не повна вища освіта

Повна вища освіта

Без освіти

Яка ваша зайнятість?

Працюю

Навчаюсь

На пенсії

Без роботи

Чи є у вас діти?

Так

Ні

Чи відчуваєте ви тривогу?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

7. Чи використовуєте ви засоби самопомоги під час відчуття тривоги?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

8. Чи використовуєте ви повільне дихання під час відчуття тривоги?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

9. Чи займаєтесь ви фізичною активністю?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

10. Чи займаєтесь ви медитацією та/або йогою?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

11. Чи споживаєте ви позитивний контент (такий, як меми з котиками)?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

12. Чи плануєте ви свій час?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

13. Чи гуляєте ви на свіжому повітрі?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

14. Чи спілкуєтеся ви з підтримуючими людьми?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

15. Чи вважаєте ви своє мислення позитивним?

Звичайно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

16. Чи звертаєтеся ви за допомогою при негативних психічних станах?

Завжди

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

17. Чи звертаєтесь ви за допомогою у благодійні організації, або на телефон довіри?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

18. Чи рефлексуєте (обдумуєте та аналізуєте) ви над своїм емоційним станом?

Постійно

Час від часу

Рідко

Майже ніколи

Ніколи

19. Чи є у вас домашні улюбленці?

Так, є

Ні, немає