

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено _____

Кваліфікаційна робота

Другий (магістерський) рівень вищої освіти

Спеціальність 053 «Психологія»

СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ ЯК ЧИННИК ІНФОРМАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА ТРИВОЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Виконала:

Студентка VI курсу, групи ПС24-1м
Чичкань Ж.В

Керівник:

доктор психологічних наук,
професор кафедри психології УМСФ
Деркач Л.М

В.о. завідувача випускової кафедри:

кандидат психологічних наук, доцент
Склянська О.В

2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СКЛАДОВИХ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	9
1.1. Феномен психологічного здоров'я, інформаційного стресу та життєстійкості в психологічній літературі.....	9
1.2. Психологічні особливості психіки та психічних процесів підлітків.....	43
1.3. Фактори, які мали психологічний вплив на підлітків до початку війни...	77
1.4. Психологічні особливості (новоутворення) в психологічному стані підлітків під час війни.....	78
Висновки до першого розділу.....	80
Розділ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	81
2.1 Характеристика вибірки.....	81
2.2 Підбір психодіагностичного інструментарію дослідження.....	81
2.3. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження.....	85
Висновки до другого розділу.....	97
Розділ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕСУРСІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ КОНСТРУКТИВНОМУ ПОДОЛАННЮ СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ.....	99
3.1. Цілі, організація та завдання емпіричного дослідження.....	99
3.2. Результати емпіричного дослідження.....	102
3.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	141
Висновок до третього розділу.....	144
ВИСНОВКИ.....	145
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	147
ДОДАТКИ.....	155

ВСТУП

Актуальність дослідження: тема набуває особливої значущості у зв'язку із повномасштабною війною. На мою думку, психологічне здоров'я це один з найголовніших критеріїв та одна з запорок успішного функціонування в суспільстві та якісного рівня життя. Воно, в свою чергу, не можливо без стабільного психоемоційного стану.

На мою думку, збереження стабільного психоемоційного стану, особливо зараз, коли ситуація з безпекою погіршується та стає все більш нестабільною, з урахуванням всіх засобів ведення війни, включаючи також і когнітивні (інформаційні) війни, на які підлітки з урахуванням їх психологічних особливостей підлітків, епоху діджиталізації, більш схильні піддаватися на цей вплив. Збереження психологічного здоров'я, особливо в умовах війни є ключовою умовою розвитку нації, бо підлітки є майбутнім та рушійною силою країни.

Актуальність теми обумовлена кількома причинами. По-перше, в умовах війни з'являються нові чинники, які впливають є руйнівними та негативно впливають на психічне здоров'я дітей та є можуть становити потенційну загрозу та мати негативні наслідки для функціонування суспільства та окремого індивіда.

По друге, геополітичне положення України та незмінне сусідство з росією, що передбачає те, що ми повинні визначити які чинники мають негативний вплив на психологічний стан майбутнього покоління та сформувані певний алгоритм дій який буде спрямований на покращення або стабілізації психологічного стану українських підлітків в кризових умовах. Соціальні мережі це ключовий канал зовнішніх впливів на психіку підлітків та слід не тільки проводити інформаційні компанії та едукаційні програми щодо інформаційної гігієни але чи протидії та розпізнавання дезінформації, але і дослідити вплив на психіку та алгоритми дій які будуть превентивними діями які дозволяють зменшити або виключити негативний деструктивний вплив на вразливу та змінну психіку та психічних процесів підлітків.

Ступінь наукової розробки. Проблематика впливу соціальних мереж на психологічний стан підлітків є надзвичайно актуальною і досліджувалася багатьма вітчизняними та зарубіжними науковцями. Серед ключових українських дослідників можна виділити Гречановську О. В., Мегем О. М., Потапюк Л. М., Морущка О., Микитку О., які аналізували взаємозв'язок між використанням соціальних мереж, самооцінкою та емоційним благополуччям молоді. Зарубіжні вчені, такі як Огоренко В., Тимофєєв Р., Гарібова Л., Крамарчук Д., Шорніков А., також приділяли увагу проблемі надмірного користування соціальними мережами та його наслідкам для психічного здоров'я підлітків. Особливу увагу у сучасних дослідженнях приділено феномену резилієнтності як захисному фактору, який допомагає підліткам долати інформаційний стрес, який пов'язаний із постійним потоком військового контенту, соціальним порівнянням та дезінформації. Таким чином, науковці досліджують як когнітивно-поведінкові стратегії (Гречановська О. В., Огоренко В.), так і механізми розвитку життєстійкості та інформаційної гігієни (Морущко О., Микитка О.), що впливають на психологічне здоров'я та адаптацію підлітків у цифровому середовищі.

Мета роботи: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити взаємозв'язок та механізм впливу використання соцмереж та інформаційного стресу в умовах війни на психологічний стан (рівень тривожності, рівень депресії) підлітків 13-14 років; виявити ресурси психологічної стійкості в цій віковій групі в умовах воєнного часу (найбільш часто використовувані копінг-стратегії та рівень сприйняття соціальної підтримки) та проаналізувати їх вплив на психологічний стан підлітків (чи має він буферний ефект для зниження інтенсивності симптомів тривожності та депресії).

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати та узагальнити теоретичні підходи до визначення понять життєстійкості, психологічного здоров'я та особливостей психічної структури підлітків 13-14 років, включаючи новоутворення в умовах війни.
- 2) визначити сутність зовнішніх чинників, що впливають на підлітків (13-14 років) в умовах війни.
- 3) проаналізувати роль соціальних мереж у формуванні тривожності та інформаційного стресу.
- 4) розробити методологічний інструментарій для емпіричного дослідження взаємозв'язку між інформаційним стресом та психологічним станом вибірки.
- 5) здійснити емпіричне дослідження вибірки підлітків 13-14 років та виявити особливості їх психологічного стану з урахуванням військового часу та рівень життєстійкості.
- 6) проаналізувати отримані емпіричні дані, встановити взаємозв'язок та ступінь впливу зовнішніх чинників на психологічний стан.

Об'єкт і предмет дослідження.

Об'єкт дослідження: психологічний стан та життєстійкість підлітків в умовах війни.

Предмет дослідження: механізм впливу зовнішніх чинників (час користування соцмережами та інформаційного стресу) на підлітків на життєстійкість та психологічний стан підлітків 13-14 років.

Гіпотези дослідження:***Основна гіпотеза:***

Існує позитивний кореляційний зв'язок між високим рівнем інформаційного стресу та показниками тривоги або депресії за шкалою HADS.

Додаткові гіпотези:

2. Середній або високий рівень соціальної підтримки та життєстійкості знижують рівень показників тривожності та депресії.

3. Існує негативний кореляційний зв'язок між високим або середнім рівнем сприйнятої соціальної підтримки та частотою використання дезадаптивних копінг-стратегій.

Теоретико-методологічна основа дослідження: сучасні теоретико-методологічні основи з кризової психології, вікової психології, медіадослідження та соціології, які охоплюють концепції та дослідження інформаційного стресу, цифрової тривожності, психічного здоров'я підлітків у кризових умовах, а також сучасних українських та зарубіжних досліджень щодо впливу соціальних мереж на підлітків під час війни, міжнародні концепції та класичні концепції та роботи вчених, які досліджували теорію стресу, стабільності психічного здоров'я та впливу кризових обставин на функціонування особистості.

Методи та психодіагностичні методики дослідження

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: *теоретичні* – аналіз наукових джерел, узагальнення та систематизація наукових даних, теоретичний аналіз феномену життєстійкості, інформаційного стресу, психологічного здоров'я, психологічних особливостей підлітків; *емпіричні* – опитування, психологічне тестування; математико-статистичної обробки даних – кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона), множинний лінійний регресивний аналіз, критерій встановлення значущості розбіжностей між групами U-Манна-Уїтні, стандартне відхилення, середнє значення; інтерпретаційні – аналіз, синтез, систематизація отриманих даних.

Відповідно до теоретичних положень, щоб перевірити гіпотези дослідження та встановити взаємозв'язок між використанням соціальних мереж і рівнем інформаційного стресу та тривожності у сучасних підлітків під час воєнного стану застосовано комплекс психодіагностичних методик:

- Госпітальна шкала тривожності та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) Е. С. Зигмонд, Р. П. Снейт;

-COPE mini (Brief COPE) (Чарльз С.Карвер, в українській адаптації Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. (2023);

-Опитувальник авторської розробки щодо використання соціальних мереж і експозиції воєнного часу;

-Опитувальник соціальної підтримки-MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) Грегори Д.Зіммет.

- Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25).

Наукова новизна та теоретична значущість роботи полягає у доповненні, поглибленні наукових знань та теоретичних відомостей в кількох галузях: психології медіа та інформаційного стресу, вікової психології, психології кризових станів. А саме: актуалізації та структуруванні інформації щодо психологічних ресурсів особистості підлітків в умовах воєнного часу; поглибленні розуміння механізмів, за допомогою яких соціальні мережі (як основний канал поширення інформації серед підлітків, часто неперевіреної та травмуючої) впливають на психологічний стан дітей та стають джерелом тривожності та стресу, а не лише комунікативним інструментом; внесення внеску у теорію інформаційного перевантаження (Information Overload Theory), розширюючи її застосування на специфічний контент військового конфлікту; у розширенні та уточненні впливу унікальних та недосліджених військових стрес-факторів на психологічний стан (включаючи когнітивний та емоційний компонент) підлітків які є вразливою віковою групою через незавершене формування психіки, особистості підлітка, психологічної стійкості, активного процесу соціалізації; створення теоретичної основи для розуміння того, як вплив соціальних мереж модифікують традиційні механізми адаптації підлітків до кризових ситуацій; розширення знань про непрямі (опосередковані) наслідки контенту в умовах війни на психологічне здоров'я цивільного населення; надання теоретичного підґрунтя для розробки нових концепцій (чи модифікації існуючих, наприклад, моделі Травматичного стресу), які б враховували вплив дистанційного травмування (vicarious traumatization) через медіа-контент.

Практична значущість роботи

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані практичними психологами та працівниками психологічних служб, держслужбовцями у корегуванні інформаційної політики, впровадженні едукативних програм або підручників, інформаційних компаній із медіа грамотності, роботі з підлітками, які знаходяться у кризі, під впливом соціальних мережах під час воєнного стану; було вперше системно досліджено взаємозв'язок між інтенсивністю використання соціальних мереж, характером споживання контенту (новин та військового контенту) та специфічними формами тривожності та стресу в українських підлітків в умовах повномасштабного воєнного стану; аналіз джерел ресурсу (копінг-стратегій) які підлітки використовують в умовах кризи та для зниження інформаційного стресу; на основі отриманих даних про вплив контенту пов'язаного з воєнним контентом фахівці з психічного здоров'я можуть взяти їх за основу при розробці нової моделі або діагностичного інструментарію для оцінки інформаційного стресу та медіа-тривожності, виду тривожності яка є недостатньо досліджена та специфічним різновидом тривоги; встановлення достовірних кількісних та якісних залежностей (кореляцій), між обсягом і типом контенту військового контенту та рівнем психоемоційного стану та психоемоційних порушень (соматичних симптомів, ознак інформаційної тривожності, ПТСР-подібні симптоми).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків. Список використаної літератури містить 87 найменувань, з них 47 – англійською мовою. Загальний обсяг –195 сторінок . Робота містить 12 таблиць і 6 додатків.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СКЛАДОВИХ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1. Феномен психологічного здоров'я, інформаційного стресу та життєстійкості в психологічній літературі

Перш ніж перейти до дослідження психологічного стану підлітків, треба визначити та окреслити феномен психологічного (ментального) здоров'я. Психологічне здоров'я складається з багатьох складових та багато чинників, які формують та відозмінюють його стан. Варто відзначити, що психологічне здоров'я є динамічним станом, який формується під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників — починаючи від біологічних, закінчуючи соціально-культурними.

Наукові монографії та дослідження підкреслюють, що воно не є статичним, а може змінюватися залежно від умов життя, середовища та внутрішніх ресурсів особистості [1]. Якщо раніше психологічне здоров'я сприймали через призму відсутності психічних хвороб, зараз цей термін охоплює багато інших складових та чинників.

Термін «психологічне здоров'я» вперше було запроваджено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 1979 р. Вперше цей термін використали у доповіді Комітету експертів ВООЗ «Психологічне здоров'я та психосоціальний розвиток дітей» зазначалось, що психологічно здоровою слід вважати людину, у якої достатньо розвинені психічні функції, зберігається фізіологічний, духовний та соціальний розвиток, здатність адекватної адаптації до навколишнього середовища, активної виробничої та духовної діяльності» [87].

За теоретичну основу, в своїй роботі, я брала визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка в своїх офіційних звітах, оперує терміном "психічне здоров'я" (mental health). Згідно офіційного визначення ВООЗ, «mental health» (психологічне здоров'я) – це стан благополуччя, за якого особа є в стані:

1. реалізувати власні інтелектуальні, творчі здібності
2. здатність впоратись в неструктивний спосіб із стресовими чинниками життя та емоціями які можуть виникати внаслідок них.
3. здатність продуктивно працювати та робити внесок у своє життя та життя оточення.

Психологічне здоров'я вважається правом людини, яке існує на континуумі та залежить від індивідуальних, сімейних та соціальних факторів.

ВООЗ виділяє 7 складових психологічного здоров'я:

Перша складова це усвідомлення та відчуття людиною, цілісності власного «Я», тобто здатність людини інтегрувати психологічні та фізичні аспекти своєї особистості, що передбачає чітке уявлення про себе як про цілісну особистість — коли особистість здатна усвідомлювати свої фізичні характеристики (здатна розуміти фізичні потреби тіла, прислуховуватися до них та задовільняти їх) та психічні риси (володіє емоційним інтелектом, усвідомлює свої цінності, свої соціальні ролі). Це почуття цілісності забезпечує стабільність особистості. У підлітковому віці ця складова особливо важлива, адже саме в цей період відбувається процес формування ідентичності.

Ці критерії визначення психологічного здоров'я характерно не тільки для дорослих людей, але і підлітків, бо в період становлення і доростання, вони вчаться усвідомлювати себе не лише через фізичні зміни (в період пубертату), а й через засвоєння психологічних ролей (наприклад: учень, друг, член сім'ї).

Якщо підліток має здатність сприймати себе цілісно, це сприяє стабільності самооцінки та вищому рівню психологічного здоров'я.

Якщо ж образ «Я» не сформований до кінця (наприклад, коли підліток не може поєднати емоції які він відчуває до своєї поведінки чи соціальним ролям, це може бути детермінантою внутрішнього конфлікту, який може потенційно знижувати рівень психологічного здоров'я.

Друга складова це постійність та ідентичність переживань в однотипних ситуаціях бо, цей критерій відображає стабільність емоційних та поведінкових реакцій людини. Цілісність психічного «Я» обумовлює реакції на схожі стимули є передбачуваними та повторюваними, на відміну від різкої зміни або непередбачуваності реакцій що є критерієм психологічного неблагополуччя.

Третя складова полягає у здатності особистості до критичного ставлення щодо власної діяльності та самої себе. Вона охоплює процеси саморефлексії, що забезпечують здатність особистості до усвідомлення внутрішніх станів, мотивів поведінки, емоційних реакцій, здатність аналізувати власні дії, усвідомлення та пояснення їх причини та наслідки. Одна з ключових критеріїв психологічного здоров'я це здатність особистості до рефлексивного аналізу власних дій, що включає їх усвідомлення через встановлення причинно-наслідкових зв'язків між мотивами діяльності, емоційними реакціями та результатами діяльності. Це забезпечує інтеграцію когнітивних, емоційних і поведінкових процесів у систему саморегуляції, сприяє адаптації до соціальних умов та формує основу для конструктивного саморозвитку та самоактуалізації. У науковому дискурсі ця складова розглядається як метакогнітивний рівень психологічного здоров'я.

Четверта складова полягає у здатності до адекватних психічних реакцій, тобто відповідності інтенсивності та характеру емоційних і поведінкових проявів силі

та змісту зовнішніх впливів. Адекватні психічні реакції передбачають здатність особистості реагувати на соціальні стимули у спосіб, що є пропорційним їх значенню, не виходить за межі соціально прийнятних норм та забезпечує конструктивну адаптацію. У науковій літературі це описують як сумірність реакції стимулу, коли емоційна відповідь відповідає силі соціального впливу, але не переходить у деструктивні форми. Цю характеристику вважають одним з індикаторів психологічного здоров'я, оскільки свідчить про здатність до збереження внутрішньої регуляції та здатність до соціально прийнятної поведінки.

П'ята складова полягає у здатності керувати власною поведінкою відповідно до соціально встановлених норм, правил і законів. Ця здатність розглядається як інтегральна характеристика психологічного здоров'я, яка відображає рівень соціальної адаптації та індикатор психосоціальної компетентності (психічної зрілості особистості). Ця складова передбачає здатність індивіда діяти узгоджено з власними цінностями, здатності до саморегуляції, усвідомленого контролю власних дій та дотримання суспільно прийнятих стандартів поведінки, що забезпечує конструктивну взаємодію з соціальним середовищем.

Шоста складова це здатність індивіда до планування та реалізації подій і процесів власної життєдіяльності розглядається як ключовий показник саморегуляції та особистісної зрілості. Під плануванням розуміють вміння визначати цілі, конструювати стратегії їх досягнення та здійснювати практичну реалізацію планів. Ця здатність свідчить про високий рівень організованості, відповідальності та внутрішньої дисципліни. Така особа здатна до ефективного управління часом і наявними ресурсами, сприяє гармонізації та інтеграції когнітивних, емоційних та поведінкових компонентів особистості, цей показник психологічного здоров'я є передумовою до самоактуалізації особистості.

Сьома складова це здатність індивіда модифікувати власну поведінку відповідно до змінних життєвих обставин, тобто проявляти поведінкову пластичність та адаптивність психіки. Поведінкову гнучкість ще називають варіативністю поведінкових стратегій (зміну моделей реагування залежно від контексту), вона показує рівень гнучкості регуляторних механізмів, які забезпечують адекватну реакцію на зовнішні та внутрішні стимули, підтримують ефективну соціальну взаємодію та зберігають цілісність особистості.

При цьому, при визначенні психологічного здоров'я враховують наявність або відсутність у людини пограничних та виражених психічних розладів та відповідності психічного розвитку до віку людини.

Рівень психологічного здоров'я є багатоскладовим та залежить від соціальних (суспільних) факторів, так і від індивідуально-психологічних (особистісних) факторів. Людина є соціальною істотою та вона велику частину свого життя перебуває в соціумі та належить до певних соціальних груп (сім'я, друзі, колектив, громада) [3].

До соціальних факторів впливу належать: стресові умови праці/навчання, досвід травматичного досвіду, сприятливі або несприятливі взаємини із іншими.

До особистісних факторів можна віднести: рівень розвинутої психічних функцій, швидкості реагування (на емоційному, когнітивному, поведінковому рівнях) на подразники та зміни навколишнього середовища, наявність психологічних особливостей.

В гуманістичній психології основна увага приділялась проблемам самоактуалізації особистості, який вважається прямим індикатором її здоров'я.

В працях А. Маслоу, К. Роджерса, психологічно здоровою вважається особистість яка має здатність:

- зберігати стійке прагнення до продуктивної самореалізації
- орієнтуватися на злагоджені відносини із собою та навколишньою дійсністю
- бути відданою своїй справі та творчо її виконує
- прагнути до створення конструктивних взаємин з оточуючими.

Причини психічних патологій дослідники пояснювали в порушеннях гармонійності існування людини в системі соціальних зв'язків [76].

Згідно концепції Г. Олпорта, психологічно здоровою є зріла особистість, яка здатна брати активну участь у сімейних, трудових та соціальних стосунках, яка має широкі кордони «Я», здатна демонструвати емоційну стабільність, домагається саморозвитку, має почуття гумору та має окреслену власну життєву позицію [41].

У класичній літературі, психологічне здоров'я визначалося як гармонія психіки та поведінки, яке дає змогу забезпечити адаптацію людини до суспільства. У сучасних підходах психологічне здоров'я трактується ширше — як інтеграція соціальних, психологічних, біологічних і духовних аспектів, які сприяють процесу самореалізації та стійкості до стресу (резилієнтності).

У класичних працях, психологічне здоров'я часто розглядалося як здатність людини підтримувати внутрішню рівновагу та адаптуватися до соціальних умов, тобто психологічне здоров'я розглядається як стан гармонії між особистістю та навколишнім середовищем.

У класичному підході до визначення психологічного здоров'я, акцент робиться здебільшого на здоровому функціюванні психічних функцій, а саме, з нормальним функціюванням пам'яті, мислення, емоцій та волі.

При цьому, важливу роль відіграє компонент соціальної інтеграції, який визначає психологічно здорову людину як ту, яка може виконувати соціальні ролі без виникнення внутрішніх конфліктів та протиріч.

У сучасній літературі, при визначенні психологічного здоров'я можна охарактеризувати як застосування комплексного підходу. Психологічне здоров'я окреслюється як сукупність психічних властивостей особистості, що забезпечують гармонізацію між потребами людини та суспільства.

Сучасне розуміння поняття психічного здоров'я окреслюється як стан душевного благополуччя, який характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів та є в стані забезпечити адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки та діяльності [7].

Термін психологічного здоров'я в сучасних працях вважають багатовимірним феноменом, бо включає біологічні, психологічні, соціальні та духовні аспекти буття. До ключових ознак психологічного здоров'я відносять:

- стресостійкість
- соціальну адаптованість
- відчуття самоповаги та почуття особистої безпеки
- прийняття цінностей та суспільних норм
- потребу у самореалізації

При цьому у сучасній літературі та сучасних дослідженнях, підкреслюється, що немає єдиного універсального визначення терміну психологічне дослідження, і що це залишається предметом наукових дискусій.

Підсумовуючи, можна охарактеризувати, що класичні визначення були більш вузькими й орієнтувалися на адекватне функціонування психічних процесів та здатність людини до соціальної адаптації. В той час, як сучасні підходи

розглядають психологічне здоров'я більш у широкому та розгорнутому значенні, включаючи в цей термін кілька критеріїв та характеристик: наявність внутрішньої гармонії, стійкості до стресу, бажання до духовного розвитку і здатність до самореалізації. Це означає, що сьогодні психологічне здоров'я визначається не лише як відсутність психічних проблем, а як наявність психологічних, емоційних, когнітивних ресурсів до активного процесу розвитку особистості та процесу самореалізації.

Якщо розглядати сучасну українську наукову літературу, то деякі дослідники, які мають класичний підхід до визначення психологічного здоров'я.

На думку Євтушенко І.В., психологічне здоров'я це сукупність психічних властивостей, які забезпечують баланс між суспільними вимогами та власними, індивідуальними потребами, підкреслюючи роль саморегуляції, які сприяють самореалізації та адаптації [7].

Дослідники Мельничук І.В та Каргіна Н.В, поєднали класичний та сучасний підхід до термінології психологічного здоров'я, визначивши його як багатовимірний стан особистості, який охоплює поведінкову, емоційну та когнітивну сфери, забезпечуючи при цьому гармонійне функціонування когнітивних функцій: пам'яті, мислення, емоцій та волі, а також здатності до саморозвитку, соціальної інтеграції та адаптації [49].

За визначенням С.Д. Максименка, психологічне здоров'я визначається як комплексна характеристика, яка відображає не лише відсутність хвороб, а в першу чергу визначає як рівень психосоціального благополуччя та відчуття внутрішнього комфорту людини в процесі життєдіяльності. [17]

На думку М. Варія, психологічне здоров'я – це загальний психічний стан особистості, який характеризується динамічною збалансованістю внутрішніх

переживань, яке пов'язано з ефективністю та успішною діяльністю людини [11].

Згідно визначення І. Я. Коцана, психологічне здоров'я визначається як повноцінна та цілісна життєдіяльність людини, з її індивідуальними психологічними, біологічними та соціальними функціями, які відповідають віковим можливостям [12].

За визначенням дослідника Н. Колотія, який вивчав проблему психологічного здоров'я крізь призму адаптаційних ресурсів особистості, зазначав, що психологічне здоров'я – це здатність особистості пристосовуватися до змін навколишнього середовища, зберігаючи внутрішню рівновагу та психологічну стабільність. [11]

На думку, Т. Работи, психологічне здоров'я людини це інтегративне утворення, яке охоплює багато вимірів: екзистенційний, індивідуальний, соціальний, духовний, інтелектуальний та фізичний розвиток [32]. Авторка підкреслює, що психічне здоров'я забезпечує можливості індивідуалізації та соціалізації, дозволяючи людині усвідомлено задовольняти свої потреби, враховуючи при цьому власні фізичні та психічні можливості та соціальні умови.

Згідно “Словника психологічних термінів”, психічне здоров'я дефінюється як стан гармонійного функціонування психіки, при якому людина здатна до якісної адаптації до соціального середовища, здатна до розвитку своїх здібностей, саморегуляції та самоактуалізації [36].

Згідно “Українсько-англійського словника психологічних термінів», психологічне здоров'я дефінюється як здатність критично оцінювати свої можливості, підтримувати соціальні зв'язки та якісно та конструктивно справлятися зі стресом [37].

Згідно до Максименко С.Д, психологічне здоров'я — це динамічний стан особистості, який характеризується наявністю стресостійкості, поваги до себе, соціальної адаптованості та здатності до самоактуалізації [15].

Згідно “American Psychological Association”, психологічне здоров'я визначається як стан, який характеризується емоційним благополуччям, відсутності сталої тривожності, адекватною зовнішнім стимулам поведінкою, здатністю встановлювати конструктивні стосунки та справлятися зі вимогами життя [63].

Згідно VMJ Open, психологічне здоров'я це багатовимірне поняття, яке включає відчуття суб'єктивного благополуччя, здатності особистості до адаптації до змінних зовнішніх умов, здатності до саморозвитку та соціальної інтеграції [19].

Як зазначає Н. Павлик, психологічне здоров'я визначається як багаторівневе та складне утворення, яке включає в себе гармонійний тілесно-духовно-емоційний стан особистості, основою якого є баланс між внутрішніми процесами (соматичними, емоційними, соціальними, вольовими, інтелектуальними, духовними), між людиною та світом [20].

Можна окреслити такі критерії психологічного здоров'я :

- усвідомлення та цілісність
- чітке визначення своєї ідентичності (фізичного та психічного «Я»)
- стабільність і відповідність думок та поведінки у подібних ситуаціях
- критичність до себе та власної діяльності, її результатів
- відповідність психічних реакцій силі і частоті впливу зовнішніх чинників середовища, соціальним обставинам
- здатність управляти поведінкою у відповідності до соціальних норм, законів та правил

- здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати поставлені цілі
- здатність змінювати поведінку в залежності від обставин та життєвих ситуацій (адаптувати свою поведінку)

Розрізняють 3 рівні психологічного здоров'я:

Перший рівень це креативний. До цього рівня відносять людей, які характеризуються здатністю адаптації до умов середовища, наявністю у них психологічних ресурсів для подолання стресових впливів.

Другий рівень це адаптивний. До цього рівня відносять осіб, які адаптовані до взаємодії у соціумі, але не мають підвищеної тривожності, але у таких людей відсутній запас резервів психічного здоров'я.

Третій рівень це дезадаптивний (асимілятивно-акомодативний). До цього рівня можна віднести людей, у яких спостерігається порушений баланс процесів акомодатії та асиміляції. Асиміляція це прагнення людини пристосовуватися до зовнішніх обставин за рахунок відмови від власних потреб та бажань. Акомодатія використовує позицію наступу, прагнучи підпорядкувати оточення власним потребам. Акомодатійний стиль є неконструктивним, через те що такий стиль характеризується відсутністю критичності та передбачає використання поведінкових.

До характеристик психологічно здорової людини відносять:

- відкритість до отримання нового досвіду, наявність бажання пізнання себе та навколишнього світу, спонтанність, творчість (креативність)
- прийняття самого себе та унікальності оточуючих людей;
- почуття відповідальності за власне життя та бажання отримати досвіду із критичних ситуацій

- наявність сенсу життя
- саморозвиток та сприяння розвитку інших
- вміння отримувати досвід з несприятливих ситуацій та адаптуватися до змін умов життя

В умовах війни психологічне здоров'я підлітків визначається не тільки лише внутрішніми ресурсами та критеріями психологічного здоров'я від ВООЗ, але в умовах війни природнім чином з'являється новий критерій, який стає одним із ключових чинників, який може сприяти покращенню психологічного здоров'я-це здатність протистояти інформаційному стресу. Соціальні мережі вже давно стало головним каналом отримання інформації для підлітків та молоді, через який до підлітків може потрапляти жорстокий контент військового характеру. Підлітки часто можуть не мати достатнього рівня медіаграмотності, критичного мислення чи психологічних ресурсів для того щоб проаналізувати чи перегляді такого контенту тому дослідження їх впливу є критично важливим для розуміння рівня впливу інформаційного простору та військового контенту на психологічний стан та рівень життєстійкості та розроблення практичних рекомендацій та алгоритмів підтримки психічного благополуччя молоді.

Чітке розуміння визначення термінології психологічного здоров'я важливо окреслити, бо психологічне здоров'я це початковий показник, на який в умовах війни чинить вплив різні зовнішні чинники дестабілізації психіки підлітків, такі як інформаційний стрес прямо чи опосередковано, в більший або менший спосіб впливають на кожну з цих ознак, тому важливо показати, яким чином інформаційний стрес впливає на кожну складову психологічного здоров'я.

Такий вчений як Керол Ріфф, у розробленій Шестифакторній моделі психологічного благополуччя (Ryff's Six-Factor Model-1989), визначає цей термін як багатовимірну структуру, яка включає в себе 6 основних вимірів ефективного та якісного психологічного функціонування.

К.Ріфф запропонувала узагальнену теорію психологічного благополуччя, яка включає в себе такі складові:

-наявність цілей та занять

-позитивне ставлення до себе та свого майбутнього та минулого

-можливість нормального функціонування

-бажання саморозвитку та самореалізації

-довірливі та міцні стосунки з іншими

-здатність дотримуватися власних переконань

Ця модель дозволяє оцінити рівень психологічного благополуччя та виявити зв'язок між психологічним благополуччям та емоційним станом особистості в умовах війни.

Перед тим як розглядати феномен інформаційного стресу, слід детальніше розглянути поняття стрес та дистрес.

Історичний розвиток вчення про стрес демонструвало поступову трансформацію від філософських поглядів та медичних уявлень античності до системного наукового концепту XX століття.

У працях Гіппократа та Галена відстежувалися ідеї про вплив емоційних станів та зовнішніх чинників на внутрішній баланс організму. Ранніми прототипами концепції порушення адаптаційних механізмів спочатку, в античні часи, розглядали акцент на деструктивному ефекті сильних емоцій та теорії гуморального балансу. Якщо брати лінгвістичний контекст, то термін «stress» з'явився в англійській мові у XVII столітті. Це слово походить від

латинського *stringere* («стискати»), що означало «тиск» чи «тягар», проте це слово ще не мало медико-психологічного змісту.

У 19 столітті Клод Бернар сформулював концепцію «внутрішнього середовища» та його відносної сталості. Ця концепція заклала основу для подальшого осмислення адаптаційних процесів, що в подальшому стало передумовою формування поняття гомеостазу.

У 20 столітті Волтер Бредфорд Кеннон розвинув ідеї Бернара, увів термін «гомеостаз» та описав механізми його підтримання. Він емпірично довів, що загроза стабільності внутрішнього середовища змушує індивіда мобілізувати складні фізіологічні реакції, наприклад реакцію: «бий або тікай». Ця реакція забезпечує мобілізацію енергетичних ресурсів, що забезпечує готовність організму до активних дій.

На думку українського дослідника Д.Р.Кравцова, стрес розглядається як багатовимірне явище, яке впливає на психіку людини, а психологічна стійкість визначається як здатність людини зберігати ефективність діяльності та емоційну рівноваженість незважаючи на дію стрес-факторів, при цьому активно використовуючи внутрішніх ресурсів для адаптації [12]. Серед компонентів психологічної стресостійкості, він виділяв:

-емоційну стабільність, під якою розуміють контроль над емоціями.

-когнітивну гнучкість, під якою розуміють здатність переосмислювати ситуацію.

-соціальну підтримку, під якою розуміють важливість взаємодії з іншими.

-мотиваційну сферу, під якою розуміють внутрішня готовність долати труднощі.

На думку Орос М. М., Гал А. В., стрес визначається як відповідь організму на сильні фізичні, емоційні чи психологічні подразники. Він також виокремлював інформаційний вид стресу, предикторами якого є перевантаження даними, швидкий темп життя [24].

Овчаренко О. визначав стрес як універсальну відповідь організму на внутрішні чи зовнішні подразники [38].

На думку Ороса та Фістера, стрес визначається як адаптаційна реакція, яка є природним механізмом мобілізації ресурсів організму [25].

Джордж М. Славіч розглядав стрес не лише як індивідуальну реакцію, а як явище, яке виникає у контексті соціальних відносин, коли людина відчуває загрозу ізоляції, втрати підтримки чи соціального відторгнення [80]. Згідно його концепції “Соціальна безпека (Social Safety Theory)”, потреба у соціальних зв’язках є базовою для особистості, а їх порушення запускає механізми стресу. Відчуття небезпеки у соціальному середовищі може активувати ті ж біологічні системи, що й фізичні загрози.

За думкою дослідників McEwen та Akil, стрес визначався не лише як короткочасна реакція, а як довготривалий процес, який може накопичуватися у вигляді “алостатичного навантаження” [72]. Саме вони описали кумулятивні наслідники хронічного або повторюваного стресу, пояснюючи чому хронічний стрес стає головним фактором ризику для фізичного та психічного здоров’я. Алостаз визначається як процес підтримання внутрішнього балансу не через сталість, а через адаптивні зміни, під час якого організм постійно перебудовує фізіологічні системи у відповідь на зовнішні стимули середовища. Предиктором алостатичне навантаження є стресові реакції, які активуються надто часто чи протягом тривалого часу. Наслідками аполостатичного

навантаження є порушення серцево-судинної та імунної системи, провокує дисбаланс гормонів стресу (таких як кортизол, адреналін).

У оглядах дослідників Дікерсона С.С та Кемені М.Е, вони зазначали що соціально-оцінювальна загроза (social-evaluative threat) викликає найсильнішу реакцію, ніж інші типи стресу. Вони виокремлювали що наявність підтримки чи відчуття контролю над ситуацією та стресовими чинниками може зменшити інтенсивність стресової реакції [28].

Таким чином, історичне становлення вчення про стрес є результатом інтеграції знань з багатьох сфер: фізіології, медицини, біохімії та психології. Від первісних уявлень про «тиск», воно змогло еволюціонувати до сформованої, комплексної наукової категорії, яка описує психологічні та біологічні адаптаційні реакції організму, які виникають у відповідь на зовнішні та внутрішні виклики.

Подальший розвиток концепції пов'язаний із працями Ганса Сельє, який у 1930–1950-х роках ввів термін «стрес» у науковий обіг, розробивши теорію загального адаптаційного синдрому (ЗАС). Він окреслював стрес як неспецифічну реакцію організму на вимогу до адаптації та пристосування, описавши три стадії цього процесу, які включають: тривогу, опір і виснаження. Ганс Сельє розрізняв еустрес (стрес, який визначвся як позитивний та конструктивний) та дистрес (стрес який визначався як негативний та руйнівний), що надало феномену статус самостійної наукової категорії.

У 1960-х роках відбувся методологічний зсув завдяки працям Річарда Лазаруса та Сьюзан Фолкман, які були розробниками когнітивної теорії стресу та копінгу. Вони показали, що предиктором стресу є не тільки дія стресора, а й когнітивна оцінка індивіда. Вони виокремлювали дві рівні оцінки: первинну (під час якої визначається чи ситуацію віднести до загрози, втрати чи виклику)

та вторинну (під час якої походить оцінка власних ресурсів для його подолання). Вчені розрізнили два типи копінгу – проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований, при цьому підкреслюючи індивідуальні відмінності у переживанні стресу.

У другій половині ХХ століття вчення про стрес набуло міждисциплінарного характеру. Виникла психонейроімунологія, яка довела вплив стресу на імунну систему, пояснивши зв'язок між психологічними факторами та соматичними захворюваннями. Також розвивалися теорії соціальної підтримки, які показали її роль як буфера негативних наслідків стресу. У рамках позитивної психології було висунуто концепцію посттравматичного зростання, яка акцентувала свою увагу на можливостях позитивних змін після кризових ситуацій. Великий внесок зробив Брюс Мак'юен, який сформулював концепцію аллостатичного навантаження, яка описує «зношування» організму внаслідок хронічного стресу, пояснюючи його роль у розвитку серцево-судинних, нейродегенеративних та метаболічних хвороб.

Варто розглянути біологічні механізми виникнення стресу. Всі види стресу активують дві ключові системи: симпатоадреналову систему (SAM), яка відповідає за швидку реакцію «бий або тікай» та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (НРА), яка регулює довготривалу відповідь організму через виділення кортизолу. Порушення роботи цих систем, особливо при хронічному дистресі, стає основою для розвитку психічних та психосоматичних розладів.

Сучасний етап розвитку вчення про стрес характеризується інтеграцією знань з багатьох галузей: нейронаук, епігенетики, генетики, імунології, соціології. Стрес розглядається як багатовимірний феномен, який поєднує когнітивні, фізіологічні, психологічні та соціальні чинники. Метою сучасних

досліджень стресу є не лише поглиблення розуміння механізмів стресу, але насамперед розробка ефективних стратегій з його управління задля збереження психологічного благополуччя.

Стрес це багатовимірне явище, яке поєднує психологічні, біологічні та соціальні аспекти. Сутність стресу полягає у системній реакції організму на вимоги середовища, які сприймаються як загроза психологічній стабільності та гомеостазу. Якщо брати класичне визначення Г. Сельє, то стрес визначається як універсальність фізіологічних реакцій, але якщо аналізувати сучасні концепції, зокрема когнітивно-транзакційну теорію Р. Лазаруса та С. Фолкман, вони роблять акцент на індивідуальній оцінці ситуації і суб'єктивному переживанні [65].

Спираючись на модель «Person-Environment Fit», яка була розроблена French J., Caplan R. French та Caplan, виникнення стресу виникає через невідповідність між здібностями та потребами особистості, ресурсами та вимогами середовища [31]. У підлітковому віці ця невідповідність загострюється, тому що війна, соціальні мережі створюють інформаційне середовище, яке часто не відповідає психологічним потребам підлітків у підтримці, безпеці та стабільності і прогнозованості. Потік травматичних новин, безліч російської дезінформації, соціальний тиск у цифровому просторі можуть сформувати високий рівень стресу. Водночас гармонійний «fit», у вигляді підтримки сім'я, шкільного середовища та навичок саморегуляції, може значно знизити негативний вплив інформаційного середовища, сприяючи психологічній стійкості підлітків.

Психологічний дистрес визначається як стан емоційного та когнітивного виснаження, який виникає під впливом тривалих чи інтенсивних стресових факторів

Таким чином, предикторами стресу є не лише зовнішній вплив, а й взаємодія між людиною та середовищем, яка залежить від інтерпретації подій особистістю та оцінки власних ресурсів для її подолання. Стрес може проявлятися у вигляді емоційних, фізіологічних, поведінкових, когнітивних реакцій, та завжди відображає дисбаланс між можливостями та вимогами індивіда. Стрес, у сучасному науковому дискурсі, не розглядається виключно як негативна реакція, але також розглядається як стимулюючий фактор. Вид стресу визначається контекстом ситуації та особистісними особливостями.

Виокремлюють кілька різновидів стресу: за характером впливу, до нього відносять еустрес, дистрес; за тривалістю та частотою виділяють: гострий стрес, епізодичний гострий стрес, хронічний стрес; за природою стресорів виділяють: фізичний стрес, психологічний стрес, емоційний стрес, когнітивний стрес, соціальний стрес.

Еустрес визначається як позитивна форма стресу, яка виникає у ситуаціях, які спонукають до змагання чи виклику. Еустрес дозволяє активізувати внутрішні ресурси, підвищуючи рівень концентрації та мотивації. Метою еустреса є допомога людині адаптуватися до середовища та досягати результатів не зважаючи на перешкоджаючі фактори.

Дистрес визначається як негативна форма стресу, яка супроводжується відчуттям перевантаження емоційного, загрози, перевантаження, втрати контролю. Він не має мобілізуючого ефекту, а навпаки має негативний вплив на організм та психіку людини, виснажуючи її та знижуючи працездатність, що може спричиняти психосоматичні порушення.

Гострий стрес визначається як короткочасна реакція на подію яка сталася несподівано. Характеризується короткочасним впливом та минає після усунення причини.

Епізодичний гострий стрес розглядається як повторювані напружені ситуації, які виникають регулярно та не дають організму відновитися.

Хронічний стрес характеризується тривалим перебуванням під дією стресорів. Він характеризується тим, що поступово виснажує адаптаційні механізми, які підвищують ризик розвитку психічних, серцево-судинних, та інших захворювань.

Фізичний стрес визначається як реакція на зовнішні фізичні фактори, такі як: травми, біль, екстремальні температури чи умови, шум, перевантаження чи недосипання.

Психологічний стрес є найпоширеніший типом стресу, який виникає через внутрішні переживання.

Емоційний стрес це реакція психіки яка виникає у зв'язку із сильними почуттями (інтенсивним страхом, гнівом, смутком).

Когнітивний стрес є різновидом стресу який є результатом внутрішніх суперечностей чи внутрішніх конфліктів, інформаційного перевантаження, складних рішень.

Соціальний стрес це стрес, предиктором якого є міжособистісні конфлікти, соціальна ізоляція, дискримінація чи необхідність публічного виступу.

Професійний стрес це стрес, який виникає через надмірні вимоги на робочому місці, конфлікти з колегами, відсутність контролю над робочими процесами. Призводить до емоційного вигорання.

Навчальний стрес є найбільш характерним підлітків, бо пов'язаний із високими вимогами від підлітка щодо навчання, екзаменів та конкуренції.

Екологічний стрес це різновид стресу, предиктором якого є несприятливі умови довкілля, такі як: забруднення, шум, стихійні лиха.

Технологічний стрес (технострес) це сучасний різновид стресу, який виникає через інформаційне перевантаження, постійне використання гаджетів, залежність від соціальних мереж, кібербулінг.

Існують різні предиктори для різновидів стресу. Для стресу предикторами виступають стресори які характеризуються високою інтенсивністю або тривалістю, низький рівень ресурсів та брак відчуття контролю, життєві кризи, соціально-оцінкові загрози, зокрема швидкий темп життя та інформаційне навантаження.

Для дистресу предикторами виступають хронічний стрес та акумуляція навантаження, дефіцит відновлення (у вигляді сну та соціальної підтримки), використання негативних когнітивних патернів (катастрофізація), соціальні стресори. Перехід зі стресу в дистрес відбувається за умови надмірного та тривалого впливу.

Для інформаційного стресу предикторами виступають великий обсяг та суперечливість інформації, низька цифрова грамотність і інструменти фільтрації. У школярів періоди особливої загрози: екзаменаційні періоди, навчальні піки, онлайн-формати навчання.

У сучасній психології стрес розглядають крізь призму різних моделей, які пояснюють його механізми та предиктори. Центральним елементом когнітивно-транзакційної моделі є концепція копінгу. Концепція копінгу визначається як свідомі зусилля людини, які спрямовані на подолання стрес факторів. Виокремлюють два основні типи копінгу: ті, які орієнтовані на проблему (полягають у зміні чи усуненні стресора) та ті, які орієнтовані на емоції (шляхом регулювання власних переживань).

Подальші теорії допомогли розширити поняття копінгу. Згідно з моделю життєвих подій (Т. Холмса, Р. Раге), акцент робиться на кумулятивному ефекті значущих змін у житті, які можуть підвищувати ризик хвороб [59]. Згідно моделі відповідності людини та середовища (Дж. Френча, Р. Капла), стрес визначається як наслідок невідповідності між можливостями особистості та вимогами середовища [55]. Згідно до моделі збереження ресурсів (С. Хобфолла), стрес виникає через загрозу чи втрату ресурсів, а також коли інвестування не приносять очікуваних результатів [58].

Нейробіологічні та психофізіологічні моделі дають змогу деталізувати роботу мозкових структур та гормональних систем (таких як гіпоталамус, гіпофіз, наднирники, кортизол), показуючи їх вплив на довготривалі наслідки для здоров'я.

Сучасний підхід дозволяє інтегрувати ці концепції у біопсихосоціальну модель, враховуючи взаємодію психологічних, біологічних та соціальних чинників.

На думку Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю., Товт В. В, інформаційний стрес розглядається як специфічна форма психоемоційного напруження, яка виникає через надмірний потік інформації, швидкий темп їх обробки, необхідності приймати рішення в умовах інформаційного перевантаження [22].

Джерелом виникнення інформаційного стресу є надмірний, суперечливий та травматичний потік (велика та інтенсивна кількість) новин, який підлітки отримують із головного джерела отримання інформації, а саме через соціальні мережі. У воєнний час це становить особливу загрозу, бо новини та військовий контент часто містять жорстокі сцени руйнувань, людських втрат та ушкоджень і потенційних загроз, які потенційно можуть мати накопичувальний дезадаптуючий та деструктивний вплив на психологічний стан підлітків.

На думку Пундєва В.В, інформаційний стрес у молоді має динамічний характер, що характеризується зміною, залежно від рівня адаптації до освітнього середовища, етапу навчання та індивідуальних ресурсів особистості [36].

Згідно політичних брифінгів UN/WHO (2021–2023), було зазначено що інформаційне перевантаження, постійна доступність даних та цифрова робота, що визначається як високоінформаційні середовища створюють додаткові ризики для психологічного здоров'я, шляхом збільшення когнітивного навантаження, що сприяє тривалим стресовим реакціям [37]. Хронічний стрес у цифрових контекстах підвищує ризик емоційного вигорання, виникнення депресії та тривожності, яке може призвести до психічних розладів та зниження працездатності. Актуальність інформаційного стресу підвищується для професійних та освітніх під час кризових ситуацій, таких як пандемія COVID-19, війна, економічна нестабільність.

Згідно брифінгів UN/WHO у 2021–2023 роках, інформаційний стрес у високонасичених інформаційних середовищах це не лише питання індивідуальної стійкості та індивідуальних стратегій, а й завдання системної політики для урядів, роботодавців, міжнародних організацій, яка б включала психоедукацію, зміну робочих стандартів та доступ до психологічної допомоги. У звітах було зазначено, що психічне здоров'я має бути інтегроване у систему універсального медичного покриття та первинну допомогу. Індивідуальні стратегії включають практики цифрової гігієни, включно з обмеженням постійного потоку інформації. Втручання на рівні спільнот зменшує стигматизацію щодо психологічного здоров'я, зміцнюючи захисні соціальні мережі. Соціальні зв'язки визначають як ключовий фактор протидії інформаційного стресу. Психологічне здоров'я визначається як критичний чинник сталого розвитку у високонасичених інформаційних суспільствах.

На думку дослідників Erpler M. J., Mengis J, у оновлених застосуваннях концепції “інформаційного перевантаження”, інформаційне перевантаження визначається як стан, коли складність, кількість чи швидкість надходження інформації перевищує когнітивні можливості людини для її ефективної обробки [51].

Інформаційне перевантаження виникає в тому випадку, коли особистість не може адекватно сприймати, структурувати та використовувати інформацію через її надмірність чи інтенсивність. Інформаційне перевантаження негативно впливає на когнітивні та фізичні чинники, знижуючи рівень продуктивності, підвищуючи кількість помилок у прийнятті рішень та підвищення психологічного стресу. До факторів які є предикторами інформаційного перевантаження відносять великий обсяг даних, високу складність, неоднорідність інформації, швидкий темп надходження повідомлень, низькі навички критичного мислення, медіаграмотності, неякісна фільтрація новин. До наслідків, які виокремлюють автори як наслідки інформаційного стресу можна розподілити на емоційні (підвищення тривожності, роздратування, емоційного виснаження), організаційні (зниження ефективності командної взаємодії та помилки під час навчання), когнітивні (зниження концентрації, пам'яті, здатності до аналізу).

У сучасних дослідженнях стресу, важливим інструментом є шкала соціальної переадаптації (SRRS), яку запропонували дослідники Holmes T та Rahe R, яка полягала на демонстрації кумулятивного ефекту життєвих подій на психологічне здоров'я [60]. Оновлені дані 2020 року, враховують нові, сучасні фактори, такі як інформаційне перевантаження та вплив соціальних мереж. У контексті війни, соціальні мережі стають джерелом постійних, травматичних повідомлень, які, накопичуючись, здатні підвищувати рівень стресу, розвиваючи тривожні та депресивні стани. SRRS може бути використана як теоретична база яка зможе пояснити як цифрове середовище у контексті

воєнних подій формує високий рівень психологічного навантаження у підлітків.

На думку Гуменюк О, інформаційний стрес визначається як психічна напруга, яка виникає через травматичний та надмірний потік повідомлень з новинних джерел чи соціальних мереж [6]. Вона підкреслювала негативний вплив інформаційного стресу на когнітивні процеси, яке проявляється зниженням концентрації уваги, погіршення пам'яті, уповільнення мисленневих операцій, ускладненням процесу прийняття рішень. Емоційні прояви наслідків інформаційного стресу посилюють інтелектуальні проблеми, створюючи комплексний вплив на навчальну діяльність. Авторка наголошувала, що подолання інформаційного стресу є можливим лише за умови формування навичок саморегуляції, розвитку навичок медіаграмотності, системної підтримки з боку соціального оточення: вчителів та батьків, що дозволить забезпечити безпечне перебування інформаційного середовища для підлітків.

У своїх роботах Bawden D. та Robinson L, визначили детермінанти цифрового стресу (digital stress), які пов'язані з постійною присутністю цифрових технологій у житті особистості, а саме: нескінченні повідомлення, необхідність бути багатозадачним, надмірне використання соціальних мереж [44]. Варто зазначити, що ще до початку повномасштабного вторгнення в 2022 році, на психологічний стан українських підлітків негативно повпливало багато факторів та обставин, зокрема: пандемія Covid-19, що призвело до довготривалої ізоляції від соціуму, посилення діджиталізації. Навіть якщо брати період до всіх глобальних криз, то на психологічний стан підлітків могли мати вплив інші класичні, стійкі зовнішні чинники, такі як взаємовідносини з родиною, соціальні взаємини із друзями, психосоціальна атмосфера під час навчання в школі, індивідуальні психологічні особливості.

Соціальні мережі стають головним каналом, через який формується тривожність, тому дослідження їхнього впливу є критично важливим для розуміння та підтримки психічного благополуччя молоді.

Слід визначити потенційний вплив інформаційного стресу на аспекти психологічного здоров'я. Емоційну стабільність можуть порушувати постійні повідомлення про руйнування, загибель людей, новини про небезпеку та потенційні загрози, оповіщення про повітряну тривогу можуть викликати страх, безсоння, призводити до емоційного вигорання.

Інформаційний стрес може впливати опосередковано на соціальні стосунки із іншими людьми, бо між батьками чи друзями та підлітками можуть виникати конфліктні ситуації через різні думки та погляди з приводу цієї новини, що може погіршувати стосунки та призводити до дефіциту ресурсів, які можуть знижувати рівень життєстійкості та здатності до адаптації (якщо підліток розглядав соціальні відносини із іншими як підтримуючий ресурс). Зокрема через інтенсивне споживання новин які викликають стрес, у підлітка може знижуватися довіра до оточення та світу. Через що підліток може стати схильним до ізоляції.

Підлітки під час воєнного стану, можуть використовувати соцмережі як копінг стратегію, яка надає можливість відволіктися від дійсності.

Підлітки, особливо в кризових умовах, стають схильними та вразливими до порівняння себе із іншими, що може підсилювати тривожність, депресивність та погіршувати самооцінку, особливо якщо підлітки порівнюють себе із своїми однолітками які знаходяться закордоном (в безпечному місці) або з тими хто має можливість жити та розвиватися без деструктивних зовнішніх чинників. Це може призводити до внутрішнього конфлікту, наприклад: коли бажання підлітків перевищують наявні ресурси та можливості особистості. Постійний негативний інформаційний потік може створювати почуття безвихідності, власної незначущості та

безпорадності. Підлітки можуть стати залежними від перегляду новин та скролінгу може призводити до зменшення здатності самостійно регулювати емоції.

Соціальне благополуччя пов'язується із розвитком суспільства, люди здатні задовільнити духовні, соціальні, вітальні потреби людей, при цьому ефективно використовуються ресурси суспільства і створюються придатні для розвитку та життєдіяльності умови.

Соціальне благополуччя можна вважати показником який відображає рівень якості населення та функціонування його соціальної сфери держави. Соціальне благополуччя це один з критеріїв розвитку держави та результативності політики.

Соціальне благополуччя можна розуміти на кількох рівнях, як соціальне благополуччя суспільства та соціальне благополуччя людини.

Основою соціального благополуччя вважають рівень життя (якість), до нього входить: соціальна захищеність, стан здоров'я. Це поняття вважають суб'єктивним поняттям, яке ґрунтується на соціальному благополуччі суспільства, тому особистість сама оцінює свій добробут, задоволеність життям, порівнюючи його з тим рівнем який був раніше.

На думку Кейз, Кіз та Лопес, благополуччя це явище соціальне, яке складає їх параметрів як: соціальна актуалізація, соціальний внесок особистості, соціальна інтеграція, соціальне прийняття, соціальна узгодженість [42].

Психологічне здоров'я за ВООЗ визначається наявністю 7 ознак, які відображають цілісність особистості та її здатність справлятися зі стресом [43].

В умовах війни інформаційний стрес та тривожність можуть негативно впливати на кожну з цих ознак, тому важливо конкретизувати зв'язок між інформаційним стресом та потенційними наслідками для кожного із цих факторів.

Таблиця 3.4

7 ознак психологічного здоров'я за ВООЗ та потенційний вплив інформаційного стресу та військового стану на ці компоненти

Компонент	Сутність компоненту	Потенційний вплив інформаційного стресу
<i>Усвідомлення постійності та ідентичності свого "Я"</i>	<i>Інтеграція психологічних та фізичних характеристик (здатність усвідомлювати свої фізичні характеристики (здатна розуміти фізичні потреби тіла, прислуховуватися до них та задовільняти їх) та психічні риси (володіє емоційним інтелектом, усвідомлює свої цінності, свої соціальні ролі)</i>	<i>Підлітки можуть відчувати що втрачають контроль над подіями в своєму житті та відчуття стабільності та цілісності власної особистості.</i>
<i>Постійність та ідентичність переживань в однотипних ситуаціях</i>	<i>Стабільність емоційних та поведінкових реакцій людини. Стимули є передбачуваними та повторюваними в подібних ситуаціях.</i>	<i>Хронічний стрес може зробити реакції підлітків нестабільними. Підлітки можуть поводитися апатично, чи надмірно емоційно.</i>
<i>Критичне ставлення до себе і діяльності</i>	<i>Саморефлексивність (самоаналіз), здатність особистості до усвідомлення внутрішніх станів, мотивів поведінки, емоційних реакцій, здатність аналізувати власні дії, здатність до встановлення причинно-наслідкових зв'язків.</i>	<i>Тривожність знижує здатність до критичного мислення, тому підлітки можуть легко піддаватися паніці та впливу фейкової інформації.</i>
<i>Адекватність психічних реакцій на вплив та подразників зовнішнього середовища</i>	<i>Адекватність психічних реакцій (відповідність інтенсивності та характеру емоційних і поведінкових проявів сили та змісту зовнішніх впливів)</i>	<i>Виникнення надмірних реакцій при нейтральній або слабких тригерах.</i>

<p><i>Здатність керувати власною поведінкою відповідно до соціально встановлених норм</i></p>	<p><i>Високий рівень соціальної адаптації (здатність індивіда діяти узгоджено з власними цінностями, здатності до саморегуляції, усвідомленого контролю власних дій та дотримання суспільно прийнятих стандартів поведінки)</i></p>	<p><i>Неконструктивне та надмірне використання соцмереж та споглядання військового контенту може призводити до підвищення імпульсивності та базової тривожності, можуть виникати труднощі із саморегуляцією, що може мати негативний вплив на взаємодію та якість цієї взаємодії із іншими людьми.</i></p>
<p><i>Здатність планувати життя і ставити цілі</i></p>	<p><i>Це показник саморегуляції та особистісної зрілості. Вміння визначати цілі, конструювати стратегії їх досягнення та здійснювати практичну реалізацію планів. Високий рівень організованості, відповідальності та внутрішньої дисципліни. Здатність до ефективного управління часом і наявними ресурсами.</i></p>	<p><i>В умовах війни підлітки часто втрачають віру в майбутнє, в те що вони можуть контролювати своє життя, що може породжувати відчуття безнадії. Може знижуватися довгострокова мотивація, фокусування на виживанні.</i></p>
<p><i>Поведінкова гнучкість (варіативність поведінкових стратегій)</i></p>	<p><i>Модифікація власної поведінки відповідно до соціальних норм та зовнішніх стимулів</i></p>	<p><i>Постійний потік тривожних новин може створювати відчуття загрози. Підлітки можуть починати використовувати лише 1-2 «захисні» стратегії (наприклад, уникання або агресивність), замість того щоб варіювати поведінку. Це може знизити рівень варіативності поведінкових стратегій та зробити підлітків менш</i></p>

		<i>адаптивними у різних соціальних ситуаціях.</i>
--	--	---

Психологічне та соціальне благополуччя часто є взаємопов'язаними. Описуючи критерії психологічного благополуччя виділяють наступні фактори: наявність адаптивних можливостей психіки, психічної рівноваги, можливості реалізувати свої плани, здатності до саморефлексії та змін своєї поведінки до норм та правил оточення.

Деякі вчені, Е.Л.Дісі та Р.М.Райан займалися дослідженням взаємозв'язку між психологічним зв'язком та фізичним здоров'ям [44].

Хвороби завжди викликає у людині обмеження, які зменшують можливості людини до задоволеності своєю життєдіяльністю та заважають жити повноцінно.

Виділяють 2 основні складові психологічного благополуччя: емоційний та когнітивний компонент [50]. Когнітивний компонент допомагає оцінювати різні складові життєдіяльності. Емоційний компонент здійснює емоційне забарвлення до цих складових життєдіяльності.

Можна виокремити ряд чинників, які пов'язують з особистісними характеристиками, які сприяють підвищенню рівня психологічного здоров'я:

- емоційна стійкість
- особисті досягнення в житті
- екстраверсійність
- академічна успішність

Важливу роль в високому рівні психологічного здоров'я відіграє рівень соціальної підтримки. Виділяють соціально-психологічні чинники які є складовими психологічного благополуччя, до них можна віднести:

- наявність довірливих та міцних міжособистісних стосунків
- відчуття значущості в родині

- наявність сімейної підтримки
- наявність почуття безпеки та комфорту вдома
- включенність батьків в життєдіяльність підлітка

Нейробіологічний вплив інформаційного стресу та війни на 7 ознак психологічного здоров'я за ВООЗ

Хронічна активація осі НРА (кортизол) і сенситизація амігдали порушують функції медіальної префронтальної кори та гіпокампа, які відповідають за автобіографічну пам'ять та процес інтеграції усвідомлення власного «Я» у часі. В умовах війни, при тривалому навантаженні (хронічному відчутті тривоги, почуття невизначеності, відчуття загрози), яке пов'язане з дисрегуляцією емоцій та порушенням консолідації пам'яті, ускладнює стабільне відчуття ідентичності [8].

Постійний потік травматичних новин (у вигляді візуальних тригерів, звукових сирен у відео) підтримує гіперзбудження, формує фрагментарні «гарячі» спогади (в цьому процесі задіяна амігдала) без інтеграції у цілісну біографію (за що відповідає гіпокамп), що знижує відчуття цілісності «Я» у підлітків.

Нестабільність емоційної сфери, а саме поведінки та реакцій зумовлюється нестабільністю префронтального контролю (dorsolateral PFC) над амігдалою під впливом хронічного стресу, відбувається коливання кортизолу і норадреналіну, які ведуть до змін у порогах реактивності, створюючи «емоційні гойдалки» (від стадії гіперреактивності до стадії емоційного виснаження).

Непередбачуваний, суперечливий та шокуючий контент у соцмережах формує інтермітентне підкріплення страху, який робить реакції мінливими навіть на подібні стимули. У підлітків це виражено сильніше через незавершену дозрілість префронтальних мереж.

Критичність та метакогніція опираються на префронтально-париетальні мережі. Хронічний стрес поводить до зниження виконавчих функцій (що призводить до зниження робочої пам'яті, когнітивної пластичності), послаблюючи топ-даун контроль над амігдалою, підсилюючи когнітивні упередження (так як катастрофізація, селективна увага до загроз).

Перевантаження новинами та дезінформацією (фейки, маніпулятивні відео) створює «когнітивний шум» і пов'язане із зниженням здатності до перевірки фактів, що у дітей і підлітків проявляється як підвищена сугестивність і панічні інтерпретації подій.

Амігдалярна гіперреактивність і дефіцит префронтальної модуляції ведуть до «надмірної» відповіді на нейтральні або помірні стимули. Гіпокамп, який може бути уражений внаслідок стресу, гірше кодує контекст, через що безпечні сигнали сприймаються як небезпечні.

Часті експозиції до відео з руйнуваннями та втратами, навіть з виключенням прямої загрози тут-і-зараз, спричиняють генералізацію страху та підтримують базальний рівень симпатичного тону (що може спричинити тахікардію та напругу м'язів), що робить реакції неадекватно сильними.

Здатність до самоконтролю залежить від функцій префронтальної кори та її зв'язків із смугастим тілом (яке відповідає за виконавчий контроль, пригнічення імпульсів). Хронічний стрес може знижувати активність цих мереж, що призводить до посилення імпульсивності та пошуку негайної винагороди, водночас підсилюючи реактивність на загрозу (за що відповідає амігдала).

Алгоритми соцмереж формують дофамін-залежні патерни поведінки-скролінг та цикли «тривоги-винагороди» (виникає тривожність, виконується

перевірка новин, відбувається тимчасове полегшення). Цей механізм закріплює компульсивну поведінку та знижує здатність до довільної регуляції, особливо у підлітків, з їх уразливими фронтальними мережами.

Проекція в майбутнє (prospectio) та цілепокладання залежать від взаємодії префронтальної кори з гіпокампом (який відповідає за епізодичне моделювання) та системою винагороди (яка відповідає за мотивування). Хронічний стрес знижує чутливість до довгострокових винагород, посилюючи негативне очікування та невизначеність, що знижує цілеспрямованість.

Тривале почуття невизначеності ослаблює здатність підтримувати довгострокові плани. У підлітків можуть виникати дистрес, тривожність і депресивні симптоми, які корелюють із погіршенням у навчанні в умовах війни.

Соціальна взаємодія потребує збалансованої роботи соціальних нейромереж (за них відповідає передня островкова кора, дорсомедіальна префронтальна кора, скронево-тім'яний вузол) та мереж емоційної регуляції (взаємозв'язок амігдали та PFC). Стрес сприяє підвищенню соціальної гіпервігильності (hypervigilance) та униканню, що сприяє ізоляції чи агресивній обороні.

Хронічний стрес має здатність впливати та змінювати ставлення до оточення до відчуття приналежності до інших. Тобто підлітки які були змушені зіштовхнутися з травматичним стресом та досвідом: вимушена міграція, розрив соціально-значущих стосунків, хронічний онлайн-дистрес може сприяти бажанню до ізоляції, порушення соціальних зв'язків, зростанням апатії та емоційної відстороненості або навпаки-залежності від онлайн-спілкування.

Згідно гуманістичного підходу, А. Маслоу, К. Роджерса, психологічне здоров'я окреслювали як здійснення процесу самоактуалізації [68]. Абрахам Маслоу вважав, що психологічно здорова особистість – це самоактуалізована особистість, яка повністю використовує свої таланти, вміння та можливості, а також вміє «співіснувати зі своєю внутрішньою природою» [48]. Карл Роджерс визначав здорову людину як таку, що повноцінно функціонує, відкрита до досвіду, живе «тут і зараз» і довіряє своїм внутрішнім почуттям.

Згідно до психодинамічного підходу (З. Фрейда, Е. Еріксона), психологічне здоров'я це здатність любити та працювати, а також долати внутрішньоособистісні конфлікти і використовувати зрілі захисні механізми [52]. Ерік Еріксон наголошував на успішному проходженні вікових психосоціальних криз, що забезпечує формування інтегрованої ідентичності [52].

Роберто Ассаджолі описував психологічне здоров'я як баланс між різними аспектами особистості (субособистостями, волею, ідеальною моделлю) [43]. Аналіз українських наукових джерел показує, що при визначенні психологічного здоров'я робиться акцент на інтегративному та особистісному підходах, а також на розмежуванні понять психічного та психологічного здоров'я. Психічне здоров'я визначається як здатність нормального функціонування окремих психічних процесів (пам'яті, мислення, сприйняття) і має більш клінічний аспект (відсутність психічних розладів). Психологічне здоров'я особистості визначається в її цілісності, самодостатності, здатності до саморозвитку та ефективної взаємодії із соціумом. Це поняття ближче до концепції благополуччя та особистісного потенціалу [4].

1.2. Психологічні особливості психіки та психічних процесів підлітків

Підлітковий вік є одним із найбільш ключових та найбільш важливих етапів розвитку особистості в житті людини, який характеризується значними змінами в фізіології, емоційному, соціальному, когнітивному компоненті. Цей період можна охарактеризувати як період розвитку самосвідомості, формування системи моральних орієнтирів та цінностей, активного становлення особистісної ідентичності, розвиток соціальних взаємодій, становлення автономної особистості [52].

Водночас, саме в цей період становлення дорослої особистості, підлітки стикаються з низкою викликів, які можуть бути детермінантами психологічних криз. Такі кризи є закономірними для періоду розвитку, але їх змінні, як тривалість, інтенсивність, наслідки можуть варіюватися в залежності від багатьох факторів. Фактори розподіляються на внутрішні чинники (індивідуально-психологічні особливості) та зовнішні чинники (соціального оточення, сімейного середовища, впливу ЗМІ та цифрових технологій, освітнього простору та факторів безпеки).

Згідно з сучасними дослідженнями, підлітковий вік супроводжується інтенсивними психофізіологічними трансформаціями, до яких відносять перебудову нервової системи, гормональні зміни та формування нових механізмів емоційної регуляції [81]. Ці психофізіологічні зміни та процеси безпосередньо впливають на перебіг та характер соціальних взаємодій, поведінку особистості та становлення особистісних рис. Спостерігається зниження продуктивності, здібностей до навчальної діяльності, зниження креативності, підвищення самокритичності. Підліток може виявляти здатність виконувати лише механічні, звичні дії.

Найбільш вагоме значення в період дорослішання має розвиток когнітивних процесів підлітків, яке характеризується переходом від конкретно-операційного

мислення до абстрактного, що дає можливість їм розвивати більш складні судження, формуючи здатність до критичного мислення та саморефлексії [55].

Тим часом, цей період характеризується нестабільністю емоційної сфери, проявляється шляхом підвищеної реактивності на зовнішні стимули та підвищеною емоційністю, яка проявляється у схильності до ризикованої поведінки та підвищеній чутливості до соціальних оцінок.

Таким чином, психологічні особливості підлітків можна визначити як поєднання розвитку когнітивної сфери, біологічних (гормональних) змін та вразливості до впливів соціального середовища. Поєднання всіх цих змін на кожному рівні функціонування організму, робить психіку особливо вразливою до зовнішніх факторів, але через еластичність підліткової психіки до засвоєння інформації, відкриває можливості для формування адаптивних стратегій поведінки, які будуть позитивно впливати на рівень життєстійкості, підвищуючи його.

Пам'ять та увага у підлітків удосконалюються разом із розвитком метакогніції: планування, самоспостереження і корекція помилок стають більш доступними, але можуть бути порушені стресом та недосипанням. Емоції стають інтенсивнішими, формується самосвідомість і образ «Я», розвиваються емпатія та моральні судження. Уразливість до зовнішніх впливів зростає через соціальну значущість прийняття однолітками та пошук автономії від батьків.

Класичні теорії пояснюють цей період як критичний для ідентичності та соціалізації. Ж. Піаже описує якісний стрибок у мисленні [74].

Л. С. Виготський підкреслює роль соціального контексту та «зони найближчого розвитку» [85].

Е. Еріксон описував кризу «ідентичність vs. рольова плутанина», де підліток конструює життєві цілі і цінності [52].

У сучасних українських дослідженнях також підкреслюється багатовимірність психологічного здоров'я підлітків. Такі дослідники як С. Д. Максименко, Я.

Руденко, А. Кушнієрова та В. Невмержицький розглядають його як інтегральну характеристику особистості [10].

Значна частка уваги підлітка починає скеровуватися на глибокі внутрішні переживання, ретроспекції, пошукам сенсу життя. У підлітка домінує абстрактне мислення, у поведінковому плані панує негативізм. Може спостерігатися певна сепарація, у вигляді самоізоляції, апатії та психічного відторгнення звичного соціального середовища – батьків, учителів, однолітків. У підлітків часто може спостерігатися підвищення агресивності та знецінення загальноприйнятих норм поведінки.

Під час фази статевого дозрівання, може відбуватися акселерація та різка зміна інтересів. Спостерігається підвищений інтерес до особистісних взаємовідносин з однолітками, особливо протилежної статі. Підлітки схильні створювати референтні групи, приймаючи загально визнані цінності групи та приймаючи їх як свої власні. У підлітковому віці часто відбувається зміна та перегляд авторитетних осіб. Часто роль авторитета зміщується з батьків та вчителів на однолітків.

На думку Павелків Р.В, підлітковий період охоплює вік від 11–17 років [27]. Він виокремлював 3 фази розвитку у підлітковому віці:

1. Передпубертатна

Під час якої відбувається підготовка організму до статевого дозрівання.

2. Пубертатна

Під час якої відбувається активне статеве дозрівання та формування вторинних статевих ознак.

3. Постпубертатна

Під час якої остаточно відбувається досягнення біологічної зрілості.

Відзначалися також статеві відмінності: у хлопців він триває 4–5 років, в той час як у дівчат триває 3-4 роки, але при цьому, процес дозрівання в них починається на 2 роки раніше.

Дослідження Цибух Л.М підкреслюють, що нерівномірний фізичний розвиток та гормональні перебудови є факторами емоційної нестабільності, прагнення до самостійності, формування автономії та почуття дорослості. Роль сімейного виховання є одним із визначних факторів формування особистості в підлітковому віці, бо визначає рівень самооцінки, відповідальності та рівня соціальної адаптації підлітків. Авторитарність сприяє тривожності, ліберальність сприяє підвищенню імпульсивності, водночас демократичний підхід сприяє гармонійному становленню особистості. Таким чином, психічний розвиток у підлітковому віці визначається як результат взаємодії біологічних процесів та соціального середовища [40].

Ефективність копінг-стратегій у підлітків може залежати від балансу між проблемно-орієнтованими та емоційними підходами. Найбільш позитивні результати в навчанні зазвичай показують підлітки які використовують стратегії розвитку навичок саморегуляції, навички критичного мислення та соціальної підтримки, водночас неадаптивні стратегії, як уникання або замикання у собі лише поглиблюють стресові стани.

На думку Кочубейник О, війна має довготривалі та глибокі психологічні наслідки для української молоді, які проявляються у підвищеній тривожності, травматичних спогадах (флешбеках), порушеннях емоційного розвитку і соціальної адаптації [10]. Кочубейник підкреслює, що психологічні наслідки війни для молоді мають системний характер, бо вони мають вплив не лише на індивідуальний розвиток, а формує майбутнє суспільства. З цього виникає що ключовим завданням є створення програм реабілітації, своєчасна психологічна допомога та підтримка соціальних та освітніх інституцій.

На думку Бондар Т, до умов, які є факторами негативного, деструктивного впливу відносять: військовий стан, досвід вимушеного переселення, споглядання людських втрат, соціальні потрясіння, досвід втрати близької особи через обстріли, створюють для підлітків надмірне психологічне навантаження [1].

Авторка наголошує, що підлітковий вік це найбільш вразливий час в житті особистості через не сформовані механізми саморегуляції та емоційну нестабільність.

Бондар Т підкреслює необхідність комплексної підтримки, яка полягає на включенні соціального, емоційного та когнітивного компонентів. Вона наголошувала на тому, щоб не лише знімати симптоми тривожності та депресивності, але й зробити акцент на формуванні здатності підлітків формувати довготривалу стресостійкість. Основою цієї стресостійкості може виступити соціальне оточення, в якому буде сформовано довірливе середовище, в якому підліток буде мати можливість відкрито висловлювати власні переживання без осуду.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, підлітки у гуманітарних умовах, особливо під час війни, належать до найбільш вразливих груп, які схильні до розвитку психічних розладів [59]. Приблизно 1 із 7 підлітків спостерігаються прояви тривожності, депресії, поведінкових порушень, які значно ускладнюють можливість їх навчальної діяльності та соціальної адаптації. ВООЗ наголошує, що хронічний стрес, травматичні епізоди або травмуючий досвід, інформаційне перевантаження підвищує ризик розвитку психологічних проблем, формуючи комплексний вплив на емоційні та когнітивні процеси.

Цифрове середовище може слугувати як ресурс підтримки, забезпечуючи зв'язок із ровесниками, можливість саморозвитку через доступ до інформації, але може слугувати як фактор ризику через ризики бути завербованим ворожими російськими спецслужбами, великого обсягу дезінформації,

травмуючого військового контенту. Організація рекомендує інтегрувати психосоціальну допомогу у системи освіти та охорони здоров'я, розвиваючи навички стресостійкості та саморегуляції у підлітків, а також створення безпечного інформаційного простору, який є критично важливим у кризових умовах.

Війна провокує виникнення групи ризиків для психічного здоров'я підлітків: експозиція до травми, особистісні людські втрати, досвід вимушеного переміщення, розрив значущих соціальних зв'язків, хронічна невизначеність [35].

Реакції підлітків можуть проявлятися по різному у вигляді: підвищенні тривожності, депресивних симптомів, соматизації, порушеннях циклу сну, травматичних реакціях (нав'язливі спогади, гіперзбудження, уникання).

Водночас у підлітків спостерігаються адаптаційні новоутворення, у вигляді переоцінки цінностей, вчасного дорослішання, просоціальної активності (залученості в соціальне життя суспільства), зростання самостійності та почуття відповідальності.

Ключовим чинником збереження психологічного здоров'я стає баланс між ресурсами та ризиками. Важливо щоб ресурси особистості (соціальна підтримка з боку сім'ї, школи, суспільства), доступність до отримання психосоціальних послуг, наявність стабільної рутини, можливості для участі у суспільному житті громади.

Інформаційний контекст війни, який включає перенасиченість інформаційного простору та соціальних мереж травмуючим військовим контентом, може сприяти погіршенню психологічного стану, тому організація наголошує на важливості медіагігієни, підвищення рівня медіа грамотності, використання перевірених джерел, обмеження експозиції воєнного часу. Організація наголошує на центральній ролі навчальних закладів у ранній діагностиці психологічних проблем у підлітків, нормалізації їх реакцій, впровадженні програм соціально-емоційного навчання (SEL).

У якості профілактики та підтримки, організація рекомендує включити розвиток навичок регуляції (дихальні практики, усвідомленість), психоедукацію, забезпечення безпечного простору для комунікації про травматичний досвід або переживання, поступове відновлення рутини та встановлення короткострокового планування.

Важно допомогти підліткам знову віднайти сенс життя (у вигляді допомоги іншим, навчанні, творчості) через те, що відчуття власної продуктивності виступають протекторами життєстійкості.

Для досліджень психологічного стану підлітків рекомендовано застосовувати змішані методи, такі як: опитувальники симптомів, шкали визначення життєстійкості та благополуччя, інтерв'ю про цінності.

Дослідники Лакшмінараян Р. Та Марті Р.С, у своєму огляді досліджень підкреслюють, що надзвичайні ситуації, в тому числі війна, мають руйнівний вплив на базові переконання особистості [61]. Вона має руйнівний вплив на підлітків через втрату відчуття контролю над життям, відчуття безпеки, позитивних переконань про себе і світ. Військові дії призводять до руйнування або значної переоцінки базових переконань, яке часто є детермінантою або фактором який підсилює вразливість, підвищену тривожність та депресивні стани.

Основою для розвитку тривожних розладів, депресії та інших форм емоційного виснаження є втрата відчуття безпеки, контролю та справедливості над власним життям. Вони вважають що відновлення позитивних переконань про себе, про інших, про світ є важливим етапом під час подолання негативних психологічних наслідків.

На думку Янов-Бульман Р., базові переконання особистості забезпечують відчуття захищеності та контролю, тоді як їх руйнування в кризових стресових умовах чи війни призводить до дезінтеграції внутрішнього світу особистості [60].

На думку дослідників Топп К.В., Остергаарда С.Д., Сондерагаарда С. Та Бека П., індекс благополуччя WHO-5 можна вважати надійним інструментом для вимірювання психологічного благополуччя [82]. Якщо показники WHO-5 є низькими, то свідчить про втрату когнітивних ресурсів особистості, таких як віра в керованість світу та віра у доброзичливість світу та інших людей, що зумовлює зниження психологічної стійкості до стресу.

Феномен резилієнтності у позитивній психології та психології розвитку.

Різні підходи до визначення поняття резилієнтності.

Поняття резилієнтності (англ. resilience) є одним із центральних у сучасній позитивній психології та психології розвитку. Це зумовлено тим, що резилієнтність не має одного, конкретного, узагальненого поняття яке б охоплювало всі компоненти життестійкості. Незважаючи на часте використання поняття резилієнтності в науковій літературі, немає єдиного визначення, бо воно є міждисциплінарним феноменом, які вивчають дослідники з різних галузей: психології, психіатрії, соціології, педагогіки, економіки, екології та біомедичних науках.

У клінічній психології, резилієнтність розглядається як здатність долати травму та стрес. У позитивній психології, акцент робиться на внутрішніх ресурсах особи (оптимізм, самоконтроль, гнучкість мислення). У психології розвитку, приділяється увага дослідженню життестійкості дітей та підлітків у кризових умовах.

У психіатрії резилієнтність розглядають як захисний фактор у розвитку психічних розладів (депресія, ПТСР). У нейробіології приділяють увагу вивченню механізмів функціонування мозку, які забезпечують стійкість до стресу.

У соціології, резилієнтність розглядають як здатність соціальних груп і громад адаптуватися до криз (війни, катастрофи, економічні потрясіння), яке зосереджується на дослідженні соціальної підтримки, мережевих ресурсів.

У педагогіці, резилієнтність розглядають як здатність учнів і студентів долати труднощі у процесі навчання, адаптуватися до змін у системі освіти. Педагоги фокусується на використанні програм соціально-емоційного навчання задля розвитку життєстійкості.

Існує багато підходів до визначення цього поняття, які відповідають загальній парадигмі позитивної психології, яка акцентує увагу на сильних сторонах людини, її потенціалі та здатності до самореалізації.

Резилієнтність визначається як здатність особистості не лише долати труднощі, але й відновлювати психологічне благополуччя та формувати нові ресурси для його розвитку.

Це визначення резилієнтності підтверджується сучасними дослідженнями у позитивній психології та психології розвитку. Цей підхід до визначення резилієнтності підтверджується: теорією розвитку резилієнтності (Мастен), мультисистемним підходом (Унгар), медико-психологічними дослідженнями (Southwick & Charney), дослідженнями копінг-стратегій.

Згідно теорії розвитку резилієнтності, дослідниця Енн Мастен описує резилієнтність, як здатність динамічний процес або здатність системи адаптуватися успішно до порушень, що загрожують її функціонуванню чи розвитку через мультисистемні процеси та відновлювати функціонування після кризових подій [69;71]. Вона підкреслює, що життєстійкість це не статична риса, а динамічний процес, який дозволяє формувати нові ресурси для подальшого розвитку. Тобто це інтегральний ресурс, який трансформує труднощі у можливості для зростання, тобто запускати розвиткові каскади — позитивні зміни в одній сфері (наприклад, у сім'ї), які поширюються на інші (школа, громада).

Енн Мастен у співавторстві з іншими дослідниками (Т. М. Yates, Ф. А. Tyrell), узагальнила сучасні підходи до визначення резилієнтності [70]. Вона розглядає резилієнтність не як стабільну рису особистості, а як процес мобілізації ресурсів, який змінюється залежно від контексту.

Ключовими компонентами які активують успішну резилієнтність (процесу мобілізації ресурсів) вона розглядає як наявність adversity (загрози/стресу), як негативних умов, які виступають як загроза, яка може порушити психологічну стабільність (наприклад, війна, бідність, хвороба) та competence (компетентності): здатності людини успішно адаптуватися та відповідати культурним і віковим очікуванням. Коли ці загрози (чинники дестабілізації) накопичуються й можуть призводити до дезадаптації. Ресурси (соціальна підтримка, позитивні стосунки з іншими, доступ до освіти) компенсують ризики та сприяють розвитку життєстійкості.

Вона окреслила три підходи: перший підхід називається risk-focused, який полягає на тому, щоб зменшити вплив цих чинників дестабілізації; другий підхід називається resource-focused, який полягає на тому, щоб посилити доступ до ресурсів, які зможуть виступити буфером (зменшити вплив цих дестабілізаційних чинників); третій підхід називається process-focused, який полягає на тому, щоб активувати базові адаптивні системи, наприклад: підтримку прив'язаності, розвиток саморегуляції).

До прикладів успішного застосування освітніх програм та реформ освіти, які наводить автор, можна віднести:

- Освітню програму (наприклад, Seattle Social Development Program) яка показала, що довготривала підтримка дітей у школі та сім'ї формує стійкі позитивні результати життєстійкості.
- Реформа освіти у Фінляндії (як національний приклад) після Другої світової війни як приклад резилієнтності суспільства.

Енн Мастен розглядала резилієнтність як багаторівневий процес, який охоплює індивідуальні, сімейні, інституційні та суспільні системи.

Резилієнтність розглядають як ключовий інструмент позитивної психології, бо дозволяє не лише долати труднощі, а й трансформувати їх у можливості для розвитку.

Канадський дослідник Майкл Унгар, який використовує мультисистемний підхід, розглядає резилієнтність як інтегративний процес, що включає індивідуальні, сімейні, соціальні та культурні системи, які взаємодіють разом для забезпечення адаптації [83]. Це означає, що здатність долати труднощі і перетворювати їх на можливості залежить не лише від внутрішніх рис особистості, а й від зовнішніх ресурсів (громади, культурних особистостей та традицій, ролі соціальних інститутів).

Він зазначає, що здатність відновлювати життєстійкість залежить від взаємодії особистих ресурсів та соціального контексту. Мультисистемний підхід пояснює, чому одна й та сама криза може призвести до дезадаптації в одних умовах і до розвитку в інших — усе залежить від системної підтримки.

Одна й та сама криза може мати різні наслідки: у середовищі без підтримки, вона призводить до дезадаптації, виснаження, втрати ресурсів, а у середовищі з підтримкою стає поштовхом до розвитку нових навичок, адаптації, тим самим підвищуючи рівень життєстійкості.

Спираючись на матеріали з офіційного видання Oxford University Press (Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change, 2021), мультисистемний підхід до резилієнтності розглядає її не лише як внутрішню особистісну характеристику, але й як результат доступу до ресурсів у різних системах [84]. Важливим чинником у цьому контексті виступає системна підтримка, що охоплює сім'ю, громаду, інституції та культурні норми. Саме вона визначає, чи зможе індивід адаптуватися та досягти зростання після кризових подій. Резилієнтність формується у постійному діалозі між індивідом та соціальним середовищем.

Дослідники С. Саутвік та Д. Чарні у своїй книзі Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges (Cambridge University Press, Icahn School of Medicine at Mount Sinai) трактують резилієнтність як ключовий психологічний ресурс внутрішньої рівноваги, який допомагає людині відновлювати психічне здоров'я після травматичних подій та забезпечує здатність до позитивної

адаптації після травми. Вони доводять, що її можна розвивати через самоконтроль, соціальні зв'язки та життєву мету [68].

Ключовими компонентами резиліентності за С.Саутвіком і Д.Чарні є:

- Самоконтроль та саморегуляція (розвиток навичок управління емоціями та поведінкою).
- Соціальні зв'язки (підтримка з боку сім'ї, друзів та громади є критичною для відновлення).
- Життєва мета (здатність формувати цілі і наявність сенсу життя допомагає долати кризові ситуації).

У їх книгах були наведені приклади досліджень ветеранів, жертв насильства та пацієнтів із психічними розладами, де було показано, що високий рівень резиліентності знижує ризик розвитку ПТСР, депресії та тривожних розладів. Вони вважають, що у практичних програмах тренування резиліентності мають включати в себе: когнітивно-поведінкові техніки, групову терапію та соціально орієнтовані інтервенції. Згідно з медико-психологічним підходом Саутвіка та Чарні, резиліентність є тренуваним ресурсом, який забезпечує внутрішню рівновагу а який є чинником який профілактує психічні розлади. Їх дослідження підтверджують, що розвиток самоконтролю, соціальних зв'язків і наявність життєвої мети є ключовими факторами у відновленні після травматичних подій.

На думку, Рікі Джонні, резиліентність визначається як здатність адаптуватися та відновлюватися після стресу чи травми [61]. Автор підкреслює роль копінг-стратегій (емоційна регуляція, позитивна переоцінка, проактивне вирішення проблем) у формуванні нових ресурсів.

Беручи до уваги праці Калиша, Кьобера та Біндера, згідно нейробіологічного підходу, резиліентність пояснюється через нейробіологічні механізми, які забезпечують стійкість мозку до стресу [64].

Згідно до праць Хізер Літлтон та Стівена Бістрицького, резиліентність визначається як системний і динамічний процес адаптації, що досліджується

через нові методології [66]. Автори підкреслюють, що резилієнтність — це системний і динамічний процес, який можна вимірювати через нові методології (наприклад, лонгітюдні дослідження, багаторівневий аналіз).

Кожен із цих підходів описує резилієнтність як здатність долати труднощі, відновлювати психологічне благополуччя та формувати нові ресурси для розвитку, але з різних підходів:

- психологічного (дослідники Yates, Masten)
- соціального (дослідник Ungar),
- медичного (дослідник Southwick та Charney)
- нейробиологічного (дослідник Kalisch)
- інтегративного (дослідники Farchi та Peled-Avram)
- методологічного (дослідники Littleton та Bistricky)

Резилієнтність визначається як динамічний процес мобілізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що дозволяє особистості підтримувати психологічне благополуччя навіть у кризових умовах [57]. Компонентами життєстійкості є оптимізм, здатність до самоконтролю, гнучкість мислення (адаптивність), а також використання соціальної підтримки. Таким чином, резилієнтність не зводиться лише до «виживання» у стресових ситуаціях, а передбачає зростання через труднощі (англ. *growth through adversity*).

Проаналізувавши підходи сучасних дослідників, можна підкреслити, що позитивна психологія розглядає резилієнтність як ключовий предиктор психологічного благополуччя, через те що вона сприяє формуванню життєстійкості та смисложиттєвих орієнтацій, які забезпечують довготривалу адаптацію та розвиток особистості [74].

У психології розвитку резилієнтність пояснює різні траєкторії розвитку дітей та підлітків, які переживають травматичні події (наприклад, війна,

вимушене переселення). Одні демонструють дезадаптацію, інші — здатність до зростання та формування нових життєвих стратегій. Поняття резилієнтності є ключовим поняттям для розуміння процесів адаптації та трансформації особистості у кризових умовах.

Сучасні дослідження, все частіше підкреслюють, що резилієнтність слід розглядати як динамічний процес, а не стабільну рису особистості. Вона змінюється залежно від контексту та інтегрує індивідуальні риси особистості (такі як оптимізм, самоконтроль), соціальні ресурси (підтримка сім'ї, громади) та культурні чинники (цінності, традиції) [68].

Існують новітні інтегративні моделі, зокрема ART framework (Acknowledgment, Reframe, Tailoring), яка пропонує об'єднати різні підходи до розуміння резилієнтності, що робить її універсальним поняттям. Її авторами є Фарчі та Пелед-Аврам [53].

ART framework (Acknowledgment–Reframe–Tailoring) — це сучасна модель розвитку життєстійкості, яка допомагає людині адаптуватися до змін через усвідомлення проблеми, переосмислення досвіду та індивідуальне налаштування стратегій. Згідно цієї моделі, резилієнтність розглядається як інтегративний процес (поєднання цих компонентів: acknowledgment, reframe, tailoring), що дозволяє людині досягати внутрішньої рівноваги через поєднання когнітивних та емоційних механізмів [53].

ART framework складається з 3 ключових компонентів, таких як:

- Acknowledgment (Визнання). Коли людина здатна прийняти факт труднощів, усвідомити власні емоції та стан.
- Reframe (Переосмислення). Коли людина здатна подивитися на ситуацію з іншої перспективи, здатна шукати нові сенси у кризових ситуаціях.
- Tailoring (Налаштування). Коли людина здатна адаптувати стратегії поведінки під конкретну людину чи контекст, щоб зробити їх дієвими.

Резилієнтність також розглядають як ключовий ресурс, який дозволяє людині досягати стану внутрішньої рівноваги. Інтегративний підхід є основою сучасних теоретичних моделей, таких як: модель алостазу Річардсона, теорія збереження ресурсів (COR) Гобфолла. В їх основі лежить ідея, що резилієнтність дозволяє людині не лише долати труднощі, але й підтримувати баланс між внутрішніми та зовнішніми ресурсами.

Згідно моделі Річардсона (Алостаз як динамічна рівновага), резилієнтність розглядається як процес алостазу — здатності системи підтримувати рівновагу через адаптацію до змін [75]. Людина в процесі алостазу мобілізує внутрішні ресурси (оптимізм, самоконтроль) і зовнішні (соціальна підтримка), щоб відновити баланс після кризи. Згідно цієї моделі, життєстійкість визначається як динамічна рівновага між стресорами та ресурсами, яка забезпечує адаптацію й розвиток.

Теорія збереження ресурсів (Conservation of Resources Theory-COR), яка була запропонована американським психологом Стеваном Гобфоллом у 1989 році є однією з найвпливовіших моделей у сучасних дослідженнях стресу та життєстійкості. Її головне положення полягає в тому, що люди прагнуть набувати, підтримувати та захищати ресурси, які вони вважають цінними. До таких ресурсів належать матеріальні (гроші, майно), особистісні (самооцінка, навички, здоров'я), соціальні (стосунки, підтримка, статус) та енергетичні (час, знання, енергія).

Згідно з COR, стрес виникає тоді, коли ресурси втрачаються, існує загроза їх втрати або коли інвестиція ресурсів не приносить очікуваної віддачі. При цьому втрата ресурсів має значно сильніший і руйнівніший вплив, ніж їх здобуття. Через це, життєстійкість визначається як здатність людини швидко відновлювати та поповнювати ресурси після їх втрати, що дозволяє підтримувати внутрішню рівновагу та адаптуватися до викликів [58].

COR-теорія широко застосовується для пояснення явищ професійного вигорання, травматичного стресу, кризових станів та процесів відновлення. Вона підкреслює, що ресурси є ключовим чинником психологічного благополуччя, а їхня серійна втрата може призводити до ефекту «снігової кулі», коли одна втрата тягне за собою інші. Резилієнтність розглядають як внутрішню рівновагу, яка досягається шляхом балансу між втратою та накопиченням ресурсів.

Резилієнтність може розглядатися як динамічний процес мобілізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів, який дозволяє особистості підтримувати психологічне благополуччя навіть у кризових умовах [57]. Вона включає оптимізм, здатність до самоконтролю, гнучкість мислення, а також використання соціальної підтримки. Таким чином, резилієнтність не зводиться лише до «виживання» у стресових ситуаціях, а передбачає зростання через труднощі (*growth through adversity*).

На думку Данте Чічетті (University of Minnesota), резилієнтність формується як взаємодія біологічних (генетика, нейропсихологія) та соціальних систем (сім'я, громада) [47]. Він є автором мультифакторної моделі розвитку та резилієнтності.

Ключовою ідеєю теорії є те, що навіть діти, які пережили серйозні травми (насильство, втрати), можуть формувати нові адаптивні стратегії завдяки підтримці середовища та внутрішнім ресурсам. Його дослідження показують, що ранні втручання (у вигляді психологічної підтримки, стабільних стосунків з дорослими) здатні запобігти довготривалим негативним наслідкам.

Згідно теорії розвиткової психопатології та резилієнтності (Данте Чічетті), резилієнтність означає динамічні процеси, які охоплюють позитивну адаптацію в умовах значних труднощів [47]. Вона виникає з взаємодії біологічних вразливостей та захисних соціальних систем, тобто формується через взаємодію генетичних факторів, нейробиології та соціального середовища.

На думку дослідників та прихильників психосоціальної моделі резилієнтності, Крісті А. Денкла, Лора Д. Кубзанські, Карестан, резилієнтність розглядається як не лише індивідуальна риса, а психосоціальний процес, що включає оптимізм, самоконтроль, соціальну підтримку та культурні чинники [48]. Ключовою ідеєю цієї теорії є те, що життєстійкість формується на перетині особистісних характеристик і соціального контексту. Автори в своїй праці пропонують багаторівневий аналіз резилієнтності (індивід – сім'я – суспільство).

Психологічна резилієнтність найкраще розуміється як психосоціальний процес, який поєднує оптимізм, здатність саморегуляції, соціальну підтримку та культурний контекст, а не як фіксована риса. Автори пропонують оновлене визначення резилієнтності як процесу, який включає внутрішні та зовнішні ресурси.

На думку дослідників Клемана Метé, Ніколя Бюреля, Джейн Е. Гілгем, Сіріля Таркінью та Шарля Мартен-Крумма, резилієнтність є комплексним явищем, яке не можна звести лише до індивідуальних рис [73]. Вони є прихильниками інтегративної моделі резилієнтності, ключовою ідеєю якої є те, що життєстійкість формується як поєднання когнітивних процесів (гнучкість мислення), емоційної регуляції та соціальних ресурсів. Автори підкреслюють важливість інтеграції психологічних, соціальних та культурних підходів для розуміння резилієнтності та її розвитку.

На думку дослідниці Сораї Сідаат (Університет Стелленбош, Південна Африка), резилієнтність виступає як захисний фактор у розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [79]. Її роботи поєднують клінічну психіатрію, психотравматологію та громадське здоров'я, з акцентом на соціокультурні та гендерні детермінанти життєстійкості.

Ключовою ідеєю є те, що життєстійкість залежить від культурних і гендерних чинників, які визначають, як людина переживає травму та відновлює психічне здоров'я. Дослідження показують, що резилієнтність може бути цілком

психотерапії та психосоціальних програм, особливо у високоризикових групах (жертви насильства, війни, катастроф).

Дослідження психічних наслідків гострої травми у високоризикових групах (підлітки та дорослі, які пережили зґвалтування, тортури чи інші форми насильства) демонструють, що резилієнтність виступає ключовим модератором ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [79].

Порівняльний аналіз реакцій різних вікових груп засвідчує, що на перебіг адаптації впливають вік, наявність соціальної підтримки, попередній травматичний досвід та доступ до спеціалізованої допомоги. У гострий та підгострий періоди саме захисні фактори визначають варіативність клінічних проявів та ймовірність формування стійких психопатологічних симптомів [83].

У випадках тортур та масового насильства психічні наслідки мають багатовимірний характер, охоплюючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, соматичні порушення та соціальні дисфункції [45].

Резилієнтність включає наративну переробку травматичного досвіду, підтримку з боку соціального оточення, доступ до правових і медичних сервісів, а також культурні практики подолання [45].

Ефективна допомога потребує інтеграції клінічних, соціальних та правових інтервенцій, що дозволяють врахувати комплексність наслідків травми [45].

Резилієнтність, інтегруючи оптимізм, саморегуляцію, когнітивну гнучкість та соціальну підтримку, формує багаторівневий механізм адаптації [85].

Методологічні рекомендації включають застосування лонгітюдних досліджень, багаторівневих дизайнів та культурно чутливих інструментів вимірювання [78].

У сучасних дослідженнях травми та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) Сорая Сідаат пропонує багатовимірну біопсихосоціальну рамку, яка інтегрує біологічні маркери стрес-реактивності, психологічні механізми

саморегуляції та когнітивного переосмислення, соціальні ресурси підтримки, культурні практики та гендерні детермінанти [79].

Такий підхід дозволяє пояснити варіативність проявів резилієнтності після травматичних подій.

Дослідниця Сорая Сідаат підкреслює трансляційний акцент, який полягає на інтеграції наукових доказів у клінічні та громадські інтервенції, шляхом впровадження ранніх психосоціальних втручань, роботи з травматичними нарративами, посилення соціальної підтримки та розробки культурно адаптованих програм для підлітків і жертв насильства [79].

Практичні імплікації для концепції “зростання через труднощі” включають такі компоненти: оптимізм та когнітивна гнучкість, здатність до самоконтролю і саморегуляції, соціальна підтримка, врахування культурного та гендерного аспекту.

Сучасні дослідження підкреслюють, що позитивна психологія розглядає резилієнтність як ключовий предиктор психологічного благополуччя, оскільки вона сприяє формуванню життєстійкості та смисложиттєвих орієнтацій, які забезпечують довготривалу адаптацію та розвиток [94].

Практичне значення резилієнтності полягає у тому, що вона є провідним предиктором психічного здоров'я підлітків у кризових умовах [85].

Якщо розглядати праці Е. Вернера та Дж. Гармезі, вони сформували класичний (первинний) підхід, який розглядав резилієнтність не як динамічний стан, а як кінцевий результат, що визначається як здатність успішно адаптуватися попри серйозні ризики [56].

Дослідник Норман Гармезі досліджував дітей із сімей, де були психічні розлади, і показав, що наявність хоча б одного стабільного дорослого у житті дитини значно підвищує шанси на успішну адаптацію [56].

У своїх працях Емі Вернер та Норман Гармезі заклали основу класичного підходу до розуміння резилієнтності [95]. Наприклад, якщо дитина чи підліток

демонстрував нормальний розвиток і соціальну адаптацію, незважаючи на несприятливі умови, це вважалося проявом резилієнтності.

Дослідниця Емі Вернер у 1970–1980-х роках проводила лонгітюдне дослідження дітей на Гаваях, яке показало, що приблизно 1/3 дітей із високим ризиком вирости дорослими з добрим адаптаційним рівнем [86].

До компонентів класичного підходу до життєстійкості відносять ризикові фактори (бідність, низький рівень освіти батьків, психічні розлади в сім'ї, соціальні проблеми) та захисні фактори (когнітивні здібності, позитивний темперамент, стабільні стосунки з дорослими, підтримка громади) [80].

Якщо розглядати праці С. Луттар та М. Руттера, вони сформували процесуальний підхід, який розглядає резилієнтність як процес динамічної взаємодії між внутрішніми та зовнішніми факторами [67]. Основною ідеєю цього підходу є те, що резилієнтність змінюється у часі та залежить від контексту.

Згідно цієї теорії, резилієнтність виникає завдяки взаємодії внутрішніх факторів (особистісних рис, когнітивних здібностей, емоційної регуляції) та зовнішніх факторів (сім'ї, соціальної підтримки, культурного середовища) Сунія Луттар підкреслювала, що резилієнтність має розглядатися у контексті соціальних і культурних умов середовища, а не лише індивідуальних характеристик.

Резилієнтність може також розглядатися як інтегральний ресурс особистості, який забезпечує здатність не лише долати труднощі, але й трансформувати їх у можливості для розвитку.

На думку української дослідниці Н. В. Заболотної, цей феномен є інтегративною якістю особистості, що дозволяє їй ефективно справлятися з життєвими труднощами [39]. У своїй дисертаційній роботі «Психологічний супровід розвитку резилієнтності як чинника саморегуляції особистості, яка перебуває в складній життєвій ситуації», вона визначає резилієнтність як

інтегративну якість особистості та психологічний ресурс, який забезпечує ефективне подолання життєвих труднощів та адаптацію.

У її дослідженні підкреслюється ресурсний потенціал резиліентності, її зв'язок із психологічним благополуччям та самоактуалізацією, а також роль у зниженні ризику емоційного вигорання. Життєстійкість має інтегративний характер, який поєднує диспозиційний оптимізм, смисложиттєві орієнтації, духовні цінності, самоповагу та конструктивні копінг-стратегії. Було виявлено негативні зв'язки резиліентності з емоційним вигоранням та особистісною вичерпаністю, а також позитивні зв'язки з психологічним благополуччям і самоактуалізацією [4].

Якщо розглядати праці українських дослідниць, таких як Л. П. Бурлачук та Н. В. Заболотна, вони сформувавши системний підхід, який розглядає резиліентність як систему ресурсів особистості [39]. Системний підхід визначає резиліентність як цілісну, багаторівневу систему взаємопов'язаних ресурсів, що забезпечує збереження та відновлення внутрішньої рівноваги, адаптацію і розвиток у кризових умовах. Він фокусується не на окремих рисах, а на їх інтеграції та розглядає життєстійкість як єдиний механізм [5].

Системний підхід має концептуальну основу, яка складається з наступних характеристик:

- цілісність. Резиліентність розглядається не як сума рис, а як організована система, де ресурси взаємно компенсують і підсилюють один одного.
- ієрархічність. Ця система розділяється на рівні від базових (фізіологічних) до вищих (ціннісно-сміслових), із вертикальними та горизонтальними зв'язками.
- динамічність. Система здатна змінюватися в часі, перебудовувати зв'язки, нарощувати або перерозподіляти ресурси залежно від контексту.

- адаптивність. Резилієнтність складається із здатності до саморегуляції, переосмислення досвіду та конструювання нових стратегій у відповідь на виклики.
- функціональна достатність. Важливим є не абсолютний рівень кожного ресурсу, а те як вони узгоджуються і здатність до збереження балансу, який здатний функціонувати, не перешкоджаючи функціонуванню іншого ресурсу.

Системний підхід має окреслену структуру системи ресурсів, яка виокремлює:

- Когнітивні ресурси

До них відносять: увагу та метакогніції (фокусування, моніторинг і корекція власних стратегій), гнучкість мислення (переоцінка, альтернативні інтерпретації, сценарне мислення), проблемно-орієнтоване мислення (аналіз причин, планування, прийняття рішень).

- Емоційні ресурси

До них відносять: емоційну регуляцію (модулювання інтенсивності й тривалості емоцій, толерантність до невизначеності), позитивні афекти (оптимізм, надія як “енергетичні” модулі системи), стрес-інокуляція (поступова адаптація до стресорів і зниження реактивності).

- Вольові ресурси

До них відносять: самоконтроль (керування імпульсами, дотримання обраного плану дій), наполегливість і витривалість (підтримка довготривалих зусиль всупереч перешкодам), автономія (здатність самостійно ініціювати та притримуватися певної поведінки).

- Мотиваційні ресурси

До них відносять: внутрішню мотивацію (інтерес до отримання нового досвіду та світу, залученість до діяльності, та новизни як рушійної сили розвитку), цілеспрямованість (структуризація цілей і пріоритетів, здатність будувати реалістичні очікування), сенсотворення (здатність будувати довгострокові життєві плани, попри перешкоди).

- Соціальні ресурси

До них відносять: наявність підтримки (здатність будувати чи наявність надійних зв'язків як зовнішніх “опор” системи), соціальних навичок (здатності до комунікації, кооперації, здатності звернутися за допомогою), інституційні ресурси (доступ до сервісів, норм і правил, що підсилюють здатність до адаптації, а тим самим підвищує життєстійкість).

- Екзистенційно-сміслові ресурси

До них відносять: наявність цінностей та сформованої ідентичності (узгодженого “я-образу”, життєвих принципів), смислову інтеграцію досвіду (здатність до посттравматичного зростання, нарративної реконструкції), духовні практики (які можуть виступати як джерела підтримки і внутрішнього порядку, гармонії).

- Поведінкові ресурси

До них відносять: копінг-стратегії (активні, підтримувальні, здатність до гнучкого переключення між ними), рутину і ритуали (як елементу стабілізації дня, гігієни сну, мікрозвички), навички самопомоги (плану для фізичного відновлення: сну, рухливості, харчування).

- Фізіологічні ресурси

До них відносять: соматичне здоров'я (витривалість, регуляцію навантажень), психофізіологічна саморегуляція (регулювання та стабілізація дихання, релаксації), енергетичний баланс (харчування, гідратація).

Системний підхід виокремлює механізми функціонування системи, яка має наступні складові:

- інтеграція. Під інтеграцією розуміють узгодженість ресурсів через спільні цілі та смисли; зменшення внутрішніх конфліктів.
- компенсація. Коли слабкі ланки підтримуються сильнішими (наприклад, соціальна підтримка компенсує тимчасове зниження емоційної регуляції).
- зворотній зв'язок. Під яким розуміють процес самостереження й корекції стратегій на основі результатів (метакогнітивні петлі).
- адаптивну перебудову. Коли відбувається розвиток нових зв'язків і стратегій під впливом критичних подій (реорганізація системи).
- резерви і надлишковість. Коли є в наявності альтернативні канали дій, які підвищують стійкість до відмов окремих компонентів.
- саморегуляція. Коли інтенсивність й тривалість відповіді системи узгоджується під вимоги контексту.

Відмінність системного підходу від результативних моделей полягає у тому, що фокус робиться не на “успішній адаптації” як кінцевому статусі, а на взаємодії ресурсів, які ведуть до неї.

Відмінність системного підходу від процесуальних моделей, полягає у тому що хоч він і зберігає динамічність, але має та акцентує увагу на вибудованій системній архітектурі та механізмах узгодження та компенсації між доменами.

Відмінність системного підходу від нейробиологічного підходу, полягає у тому що системний підхід включає біологічні параметри як підсистему, інтегруючи їх з психологічними та соціальними рівнями.

Для того щоб побачити відмінності між підходами та визначити які акцентуації (ключові акценти) виділяє кожний підхід, ми зробили порівняльний аналіз, супроводжуючи це візуальною частиною, оформлюючи це в порівняльну таблицю, бо вона допоможе структурувати інформацію, візуально відділяючи різницю між підходами.

На погляд М. Руттера, резилієнтність є динамічним процесом, що охоплює позитивну адаптацію в контексті значних несприятливих обставин [77]. У його статті “Resilience as a dynamic concept” (журнал *Development and Psychopathology*, Cambridge University Press) він наголошує, що резилієнтність не є сталою рисою, а формується у ході взаємодії з середовищем та проявляється у різних варіантах адаптації після травматичних подій.

Він відзначав динамічність процесу резилієнтності: негативний досвід може мати як сенсibiliзуючий ефект (підвищення вразливості), так і “steeling effect” — зміцнення здатності до подальшої адаптації.

У працях сучасних дослідників (Лазос Г.П., Дмитришин С., Дзюнь Х.Б.), резилієнтність визначається як здатність не лише витримувати кризові

ситуації, але й відновлюватися після них, досягаючи позитивних результатів [13].

Спираючись на аналіз теоретичних джерел авторів К. Конора, Дж. Девідсона, адаптації українських та європейських дослідників) та на використання опитувальника CD-RISC 25 (К. Конор, Дж. Девідсон) для проведення емпіричного дослідження, у структурі резилієнтності підлітків під час війни доцільно виділити такі основні компоненти, які будуть предметом нашого емпіричного дослідження:

- Стійкість до стресу та труднощів (яка визначається як здатність залишатися ефективним під впливом зовнішніх стресс-факторів та протистояти кризам).
- Адаптивність та гнучкість мислення (яка визначається як вміння змінювати стратегії поведінки відповідно до нових обставин).
- Самоконтроль та цілеспрямованість (яка визначається як наявність вольових якостей, здатність регулювати свої емоції та поведінку).
- Оптимізм та позитивний світогляд (яка визначається як наявності віри у власні сили, надії та віри в позитивне майбутнє, позитивного ставлення до життя).
- Соціальна підтримка та взаємодія (яка визначається як здатність покладатися на інших (довіряти та позитивно відноситися), отримувати й надавати допомогу).

Ключовим методологічним зрушенням у значенні цього терміну, є трактування резилієнтності як процесу, а не стійкої риси. Це передбачає що акцент робиться на динаміці відновлення ресурсів та зростання, оцінці змін

у часі та контексті-ці змінні від яких залежить якість та швидкість адаптації та рівень резилієнтності. Набув важливості розгляд взаємодії систем різного рівня — індивіда, сім'ї та спільноти — у процесі формуванні життєстійкості.

Таким чином, у сучасному науковому дискурсі резилієнтність розглядається як багатовимірний феномен, який поєднує процесуальний (динаміка адаптації) та структурний (інтегративна якість особистості) аспекти. Це дозволяє розглядати її одночасно як механізм відновлення і як ресурс розвитку, який забезпечує ефективне функціонування в умовах стресу та травми.

Враховуючи специфіку нашого дослідження, де резилієнтність розглядається як фактор протидії інформаційному стресу, ми будемо дотримуватися інтегративного підходу. На нашу думку, резилієнтність — це інтегральна динамічна властивість особистості, що базується на системі внутрішніх та зовнішніх ресурсів і забезпечує її здатність до позитивної адаптації, ефективної саморегуляції та відновлення психологічної рівноваги після впливу значних стресових чинників.

Сьогодні підлітки стикаються не тільки із вже звичними та сталими викликами, наприклад: підвищений рівень стресу, який пов'язаний із високими академічними очікуваннями зі сторони вчителів та батьків, булінгом (який є дуже актуальним для українського суспільства), нестабільністю в відносинах із сім'єю, однолітками та у міжособистісних відносинах, соціальним тиском щодо вибору професійного шляху, але і новими, руйнуючими, дестабілізуючими факторами які пов'язані з війною, які не тільки впливають негативно на психологічний стан підлітків, але і необхідністю швидко та якісно адаптуватися до швидкозмінного світу.

До початку повномаштабного вторгнення було багато чинників які вже мали вплив на психогічний стан дітей, наприклад: цифровізація суспільства,

поширення соціальних мереж та інформаційних технологій суттєво впливають на емоційний стан молоді.

Зокрема, дослідження свідчать про значне зростання рівня тривожності та депресивних станів серед підлітків, що вимагає більш детального аналізу психологічних механізмів розвитку кризових явищ [2].

Велику роль у становленні підлітків та стабільному психологічному здоров'ю відіграють сімейні відносини, тому що в сім'ї формуються стратегії подолання труднощів та базові психологічні механізми емоційного. У формуванні особистості підлітка відіграє стиль сімейного виховання та його здатності справлятися зі стресовими ситуаціями.

Деструктивне, авторитарне виховання може призводити до емоційної ізоляції, підвищеної агресії або тривожності, водночас, гіперопіка сприяє розвитку залежності від дорослих, вивченої безпорадності, невпевненості в собі. Натомість, якщо батьки мають демократичний стиль виховання, то це формує в підлітках емоційну стійкість, почуття самостійності та здатності конструктивно вирішувати проблеми. [93].

Відсутність соціальної підтримки, від вчителів, друзів, а особливо від родини, надмірний контроль, агресія або байдужість в сторону підлітка, дисфункційні сімейні відносини можуть спричиняти додаткові деструктивні складнощі у процесі розвитку підлітка. Несприятливе сімейне середовище, які можуть характеризуватися постійними конфліктами, відсутність міцних відносин, почуття довіри та емоційної близькості, можуть слугувати факторами які можуть сприяти підвищенню рівня тривожності, почуття самотності або сприяти девіантним формам поведінки.

Провокуючими факторами, які сприяють виникненню кризових станів можуть слугувати брак або нестача уваги до психологічного стану дитини з боку батьків, часті конфліктні ситуації в сім'ї, відсутність або брак навичок ефективної комунікації. Важливим фактором у якісному дорослішанні та психічному розвитку підлітка слугує підтримуюче сімейне середовище, в

якому підліток відчував би безпеку у самовираженні, моральну підтримку, прийняття особистісних особливостей, розуміння власних почуттів, що сприятиме гармонійному психологічному розвитку та ефективному подоланню кризових ситуацій у підлітковому віці [32].

Важливо також провести аналіз поведінкових проявів криз підліткового віку. Часто вони проявляється у формі агресії, девіантної поведінки, суїцидальних настроїв, самоізоляції, складнощів у сфері міжособистісного спілкування

За даними MSD Manual Professional Edition, підлітковий вік супроводжується значними психофізіологічними (біологічними) які тісно переплітаються з психологічними та соціальними трансформаціями [94]. Ця взаємодія визначає які існують можливості та ризики для розвитку психологічного здоров'я.

До психофізіологічних змін відносять: інтенсивний ріст тіла та розвиток вторинних статевих ознак, відбуваються горманальні зміни, які впливають на емоційність та поведінку, нервова система знаходиться у фазі розвитку, бо центри які пригінчують імпульси продовжують формуватися до ранньої дорослості.

Якщо більш детально розглядати біологічні зміни, то підлітковий період запускає активацію гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осей, які змінюють рівні статевих та стресових гормонів. Ці зміни впливають на емоційність, рівень мотивації, соціальну поведінку та самоконтроль.

У період пубертату організм підлітка зазнає значних гормональних змін, зокрема зміни в ендокринній системі, які впливають на фізичний розвиток, емоції та поведінку [34]. Основні процеси відбуваються у двох головних системах: гіпоталамо-гіпофізарно-гонадній осі (ГТГ-вісь) та GnRH (гонадотропін-релізінг гормон) запускає роботу гіпофіза, а ЛГ і ФСГ стимулюють статеві залози до вироблення гормонів.

Естрадіол і тестостерон відповідають за розвиток та появу вторинних статевих ознак, які призводять до змін зовнішності, голосу, оволосіння). Зміни відбуваються також у гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковій осі (ГГН-вісь). АКТГ впливає на рівень кортизолу, який допомагає організму реагувати на стрес, регулює рівень енергії та увагу. ДГЕА/ДГЕА-S (андрогени наднирників) впливають на рівень активності, прагненням до новизни та різкими змінами настрою.

Зміни відбуваються і в метаболічній системі, з метаболічними регуляторами: лептин та інсулін впливає на енергетичний стан організму, впливають на рівень апетиту та можуть визначати початок статевого дозрівання. Тироїдні гормони підтримують нормальний обмін речовин і розвиток нервової системи.

Якщо підсумувати, то у підлітковому віці відбувається активізація гормональних систем організму. Гормони статевих залоз (естроген і тестостерон) визначають фізичні зміни та впливають на емоційність і соціальну поведінку.

Гормони наднирників (кортизол, ДГЕА) регулюють реакції на стрес і пов'язані з ризикованою поведінкою. Метаболічні гормони (інсулін, лептин, тироїдні гормони) забезпечують енергетичний баланс і підтримують розвиток мозку. Сукупність цих процесів формує нові механізми самоконтролю та емоційної регуляції.

Гормональні зміни також впливають на емоційність та поведінку. Наприклад, естрадіол (у дівчат) підвищує емоційну реактивність, чутливість до соціальних сигналів, лабільність настрою. Естрадіол взаємодіє з серотоніном і дофаміном, змінюючи регуляцію тривоги та винагороди.

Тестостерон (у хлопців) підсилює підкріплення до ризику, бажання до соціальної конкуренції, наполегливість, інколи — імпульсивність. Тестостерон корелює з пошуком новизни та домінантною поведінкою, але ефект модерується соціальними нормами й вихованням.

Кортизол у короткостроковій перспективі покращує увагу й мобілізацію, але якщо він є хронічно підвищений, то відбувається хронічне підвищення рівня тривожності, дратівливості, порушенням сну та зниженням когнітивного функціонування. Кортизол взаємодіє з амігдалою, посилюючи запам'ятовування емоційно забарвлених подій. ДГЕА/ДГЕА-S ДГЕА (Дегідроепіандростерон) та його сульфатна форма (ДГЕА-S) виконують не лише біологічні функції, а й впливають на психоемоційний стан людини. Вони можуть пов'язані з більшою соціальною активністю (прагненням спілкування та взаємодії), прагненням до нових вражень, пригод ризикованих, експериментів та коливанням настрою, що робить їх важливими маркерами у дослідженні поведінкових особливостей підлітків. Модеруючими факторами виступають: соціальне середовище, стиль виховання, підтримка в сім'ї та школі, бо вони дозволяють знизити вплив гормональної реактивності на ризиковану поведінку.

Сон і харчування є важливими факторами які модерують вплив гормональної перебудови на поведінку підлітків, бо дефіцит сну й нерегулярне харчування підсилюють гормональні коливання, що підсилює емоційну нестабільність.

Фізична активність також може виступати одним із найбільш якісних та доступних модеруючих факторів для підлітків, які стабілізують рівень стресових гормонів та мають змогу покращити настрій через вироблення ендорфіну.

У підлітковому віці відбувається дозрівання нервової системи та ділянки мозку, який відповідає за самоконтроль. Мозок підлітків перебудовується через синаптичну «обрізку» і мієлінізацію. Системи «винагороди» дозрівають раніше, ніж префронтальні зони самоконтролю. Це створює тимчасовий дисбаланс — підлітки мають високу мотивацію до новизни та ризикованих дій за відносно слабкого контролю власних імпульсів та обробки інформації.

Якщо розглядати більш детально процес дозрівання нервової системи та ділянки мозку яка відповідають за самоконтроль, то слід виокремити структурні зміни які відбуваються в мозку.

У процесі розвитку мозку відбувається синаптичний прунінг — поступове зменшення надлишкових нейронних зв'язків із паралельним посиленням функціонально важливих. Це забезпечує ефективність роботи нейронних мереж, особливо в сенсорних та асоціативних ділянках, а в префронтальній корі — у підлітковому віці [34].

Паралельно триває мієлінізація, яка підвищує швидкість і надійність передачі нервових імпульсів, що можна порівняти з ізоляцією електричних проводів. Процес мієлінізації триває до середини 20-х років, особливо у лобових трактах (наприклад, верхньому поздовжному пучку), який є відповідальним за процеси планування та емоційного контролю.

Відбуваються зміни у корі й підкіркових структурах, а саме в:
-префронтальній корі (дорсолатеральній, венстромедіальній, орбітофронтальній), яка є в процесі розвитку. Розвиток префронтальної кори забезпечує формування складних когнітивних функцій. Ці зміни пов'язані з удосконаленням робочої пам'яті, здатністю до планування, оцінки можливих наслідків власних дій та контролю імпульсивних реакцій, що є ключовими для успішної соціальної адаптації та саморегуляції.
-лімбічній системі (амігдалі, вентральному стріатумі). Вона дозріває раніше, посилюючи чутливість до винагороди й соціально-емоційних стимулів, роблячи поведінку підлітка більш експресійною, агресивною, а вчинки більш необдуманими.

Функціональна динаміка мозку в підлітковому віці характеризується дисбалансом між системою винагороди та механізмами контролю [34]. Вентральний стріатум і дофамінергічні шляхи в цей період надзвичайно реактивні до новизни та соціального підкріплення, тоді як префронтальні механізми гальмування ще перебувають у процесі формування. Це

зумовлює підвищену імпульсивність та схильність до ризикованої поведінки.

Відбуваються зміни в емоційній регуляції, бо зв'язки між префронтальною корою та амігдалою поступово зміцнюються, покращуючи керування страхом, гнівом, соромом. До завершення підліткового періоду зростає здатність переоцінювати ситуації (cognitive reappraisal) і використовувати стратегічне мислення.

Підлітковий мозок стає високо пластичним, тобто виникають сильніші емоційні реакції на підкріплення й соціальні нагороди, що робить цей час надзвичайно важливим, а водночас сприятливим для формування як корисних, так і шкідливих патернів поведінки.

Розвиток ділянок мозку, які відповідають за самоконтроль, триває до ранньої дорослості. Анатомічне та функціональне дозрівання префронтальної кори завершується приблизно у віці 22–25 років. У цей період поступово вдосконалюється інгібіторний контроль, здатність до планування та відкладення винагороди. Важливим механізмом є інтеграція нейронних мереж: зміцнення довгих білих трактів між лобовими та лімбічними зонами забезпечує більшу стійкість до емоційних імпульсів [34].

На формування саморегуляції значно впливають досвід і контекст. Соціальні навички, щоденні рутини, заняття спортом та академічні виклики тренують відповідні нейронні мережі, підвищуючи їхню ефективність [34]. Слід розібрати кожен аспект який допомагає формувати саморегуляцію у підлітків.

Взаємодія з однолітками, членами сім'ї та іншими соціальними групами є ключовим чинником який слугує розвитку саморегуляції. У процесі соціальної комунікації підліток навчається контролювати власні емоції, враховувати правила та очікування соціального середовища. Підліток вчиться співпрацювати, вирішувати конфлікти та адаптуватися до групових норм поведінки, формуючи навички стримування імпульсивних реакцій та

сприяння розвитку здатності до формування та використання соціально прийнятної поведінки навколишнього середовища.

Регулярний режим дня, участь у навчальних процесах, заняття спортом та інші організовані активності створюють стабільні умови для формування навички самоконтролю. Структурованість щоденного життя тренує когнітивні механізми, які забезпечують послідовність і передбачуваність поведінки (ці характеристики є однією із ознак психологічного здоров'я). Структурованість дій сприяє закріпленню навичок планування та підвищує здатність до довготривалої концентрації на певній діяльності.

Навчальна діяльність також слугує фактором, який допомагає у формуванні саморегуляції, бо навчальна діяльність вимагає від підлітка високого рівня концентрації уваги, здатності до планування та відкладення миттєвої винагороди.

Прикладом такої саморегуляції в навчальній діяльності є підготовка до іспитів, яка передбачає відмову від короткочасних задоволень на користь досягнення довгострокових цілей. Такі когнітивні навантаження поступово зміцнюють механізми саморегуляції, які дозволяють підліткам розвивати здатність до цілеспрямованої діяльності та контролю власної поведінки.

Водночас хронічний стрес і деструкційне середовище, відсутність соціальної підтримки можуть послаблювати ці механізми саморегуляції, бо у таких умовах нейронні механізми контролю послаблюються, що може призводити до підвищеної імпульсивності та зниження здатності до раціонального прийняття рішень [34].

Хронічний стрес і нестабільні, дестабілізуючі чинники та умови життя зменшують стійкість до емоційних імпульсів, що може ускладнювати процеси самоконтролю та якісної адаптації.

Проаналізувавши вплив біологічних, соціальних та психологічних чинників на психологічний стан та поведінку підлітків. Біологічно зумовлена емоційна лабільність у підлітковому віці не є патологією; її

інтенсивність залежить від контексту — якості сну, рівня стресу, соціальної підтримки та середовища [34].

Схильність до ризикованої поведінки частково пояснюється тим, що системи винагороди дозрівають раніше, ніж механізми контролю. Тому профілактичні заходи мають враховувати значення соціального підкріплення та розвиток навичок саморегуляції.

Гормональні та нейророзвиткові зміни взаємодіють між собою: статеві та стресові гормони модулюють дофамінергічні й серотонінергічні системи, впливаючи на мотивацію та настрій. Водночас мозкова пластичність визначає, як середовище закріплює певні моделі поведінки [34].

1.3. Фактори, які мали психологічний вплив на підлітків до початку війни

До початку повномасштабного вторгнення було багато чинників які вже мали вплив на психогічний стан дітей, наприклад: цифровізація суспільства, поширення соціальних мереж та інформаційних технологій суттєво впливають на емоційний стан молоді.

На думку Гречановської О. В, яка досліджувала вплив соціальних мереж на психологічний стан та самооцінку українських підлітків, підкреслює, що соцмережі дають можливість для свободи самовираження емоцій та поглядів, але водночас створюють ризик постійного порівнювання себе з іншими, яке в довгостроковій перспективі може знижувати самооцінку та підвищувати рівень тривожності [5].

На думку Мегем О. М., яка аналізувала роль соціальних мереж у формуванні емоційного благополуччя молоді, зазначала, що соціальні мережі можуть слугувати як ресурсом підтримки, так й джерелом інформаційного стресу, особливо у випадках кібербулінгу, надмірного часу онлайн [19].

На думку Потапюк Л. М., яка вивчала взаємозв'язок між використанням соцмереж та самооцінкою, активне користування може сприяти розвитку

комунікативних навичок, але водночас підвищувати ризик інтернет-залежності, емоційного виснаження [29].

На думку Морушко О, яка досліджувала психологічний вплив соцмереж на підлітків, зазначала, що вони дозволяють сформувати нові моделі комунікації, але при цьому викликають емоційні проблеми через надмірне занурення підлітків у віртуальне середовище [23].

На думку Микитка О, соцмережі можуть бути джерелом підтримки, але водночас провокують інформаційний стрес і призводять до зниження життєстійкості, за відсутності навичок цифрової гігієни [21].

На думку Ляшенко І. В, яка досліджувала вплив соцмереж на розвиток та виховання підлітків, соцмережі формують уявлення про світ та людей, але зазначає, що важливо зберігати баланс між онлайн-активністю та живим спілкуванням [14].

1.4. Психологічні особливості (новоутворення) в психологічному стані підлітків під час війни

В умовах війни існує багато чинників, які мають суттєвий вплив на емоційний стан молоді, наприклад: стан постійної небезпеки (загроза окупації, загроза обстрілів), небезпека в інформаційному просторі (дезінформація, жорстокі кадри тілесних ушкоджень, зруйнованих будівель, людських страждань, пропонування та залучення українських підлітків російськими службами до виконання диверсійної діяльності), динамічні соціокультурні зміни, вимушений досвід внутрішньої (або зовнішньої) міграції або наявності військових серед членів родини.

На думку Сергеєнкової О. П, центральним новоутворенням підліткового періоду є почуття дорослішання, формування образу «Я», яке проявляється у прагненні самостійності, формуванні статевої ідентичності, підвищення інтересу до спілкування з ровесниками та протилежною статтю [34]. Перепади настрою,

емоційна нестабільність та підвищена чутливість до зовнішніх стимулів зумовлюється переважанням процесів збудження над гальмуванням. Вагомим визначається вплив соціального середовища, бо наприклад: акселерати й ретарданти переживають різні труднощі адаптації, а інфантильність як особливість характеру особистості може бути наслідком гіперопіки з боку дорослих.

Висновки до першого розділу

Психологічне здоров'я є багатовимірним і динамічним феноменом, що формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних та духовних чинників. Його сучасне розуміння виходить за межі класичного трактування як відсутності психічних розладів і охоплює здатність особистості до саморегуляції, стресостійкості, гармонійної взаємодії із соціумом та самореалізації. ВООЗ визначає психологічне здоров'я як стан благополуччя, що забезпечує реалізацію здібностей, ефективне подолання стресу та продуктивну діяльність, підкреслюючи його залежність від індивідуальних, сімейних і соціальних факторів.

У науковій літературі виділяють ключові складові психологічного здоров'я: цілісність «Я», стабільність емоційних реакцій, здатність до саморефлексії, адекватність психічних реакцій, соціальну адаптованість, планування життєдіяльності та поведінкову гнучкість. Гуманістична психологія (А. Маслоу, К. Роджерс) акцентує на самоактуалізації та гармонійних взаєминах із собою і світом, класичні підходи (Г. Олпорт, С. Д. Максименко) — на зрілості особистості, емоційній стабільності та соціальній інтеграції, а сучасні українські дослідники (Євтушенко І.В., Мельничук І.В., Каргіна Н.В., Варій М., Коцан І.Я., Колотій Н., Работа Т.) підкреслюють багатовимірність і інтегративний характер цього феномену.

У підлітковому віці психологічне здоров'я набуває особливого значення, адже саме в цей період формується ідентичність, розвивається здатність до саморефлексії та соціальної адаптації, що є критично важливим у кризових умовах, зокрема під час війни. Таким чином, психологічне здоров'я слід розглядати не лише як відсутність патологій, а як інтегральний ресурс розвитку, що забезпечує внутрішню рівновагу, ефективну саморегуляцію та здатність до конструктивної взаємодії з навколишнім середовищем.

РОЗДІЛ 2 ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика досліджуваної вибірки

Емпіричне дослідження було проведене на базі вибіркової сукупності (вибірки досліджуваних), обсягом 64 особи підліткового віку. Обсяг експериментальної (дослідної) вибірки становить $N=64$ особи, що відповідає достатньому рівню для статистичної достовірності. Дослідницька вибірка охоплює осіб вікової категорії 13-14 років, що відповідає хронологічним межам підліткового віку (періоду пубертату). Вибірка є змішаною за статевою ознакою.

Дослідження було проведено на базі Дніпровського ліцею №28 Дніпровської міської ради. Усі досліджувані є учнями середніх та старших класів (8 та 9 класів). Середній вік досліджуваних $M=13,5$ років. Критеріями включення до дослідної вибірки були: віковий діапазон у межах 13-14 років, надання інформованої згоди від батьків. З вибірки були виключені особи, які не відповідали встановленим віковим межам, або батьки яких повідомляли про підтвержені клінічні діагнози, які могли суттєво вплинути на валідність психологічних показників.

2.2. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження

Згідно з обраною нами темою, ми виділили гіпотези, які ми вважаємо є важливими для дослідження. В першому розділі ми провели теоретичний аналіз який показує нам, що тема впливу соцмереж на психологічний стан молоді досліджується та набуває нової актуальності з кожним днем, через те, що стабільність сьогодні відсутня та люди все більш знаходяться у складних та кризових ситуаціях. Саме тому ця тема все більше привертає уваги у дослідників. Однак, тема впливу споживання соцмереж та споглядання військового контенту в інформаційному просторі в умовах війни (кризових

умовах) на психологічний стан підлітків є мало досліджуваною темою, але має потенціал стати є актуальною проблемою, і має потенціал бути предметом подальших емпіричних досліджень у галузі психології та становить перспективний напрям для наукового аналізу та може слугувати для розробки нових концептуальних моделей інформаційного стресу та практичних інтервенцій, тим самим може бути інтегрована в ширший дискурс про психічне здоров'я та соціальні детермінанти.

У сучасних наукових дослідженнях велика увага та тенденція українських досліджень останніх років робиться на дослідженні феномену резилієнтності в умовах кризи та стресових ситуацій, впливу війни на психологічний стан та розробки програм психологічної підтримки для цивільного населення.

У своїй теорії збереження ресурсів, Хобфол С.Е стверджує, що психологічні ресурси (переконання та впевненість у власних силах) є основою для подолання стресових ситуацій. Віра у передбачуваність та справедливість світу допомагає людині зберегти стійкість та стабільність у кризових умовах [34].

Беручи до розгляду першу емпіричну гіпотезу, слід згадати про теорію заміщення (Displacement Hypothesis) Зігмунда Фрейда, яка є однією із захисних механізмів психіки. Згідно цієї теорії, заміщення це несвідомий процес, за якого емоції, зазвичай негативні (такі як гнів, агресія чи фрустрація) переадресовуються з первісного об'єкта на інший об'єкт. В контексті нашої теми, надмірний час в інтернеті та соцмережах призводить до заміщення соціально схвалюваної та розвивальної діяльності (навчання, живе спілкування, сон). Це може призводити до психічного виснаження наявних ресурсів психіки та організму, шляхом виникнення соматичних симптомів, що може призводити до виникнення підвищеної або хронічної тривожності,

симптомів депресивних розладів погіршення якості життя, рівня психологічного здоров'я.

Згідно з дослідженнями Прібілової та М.В. Іванова, таке заміщення є предиктором погіршення психологічного здоров'я та збільшенням симптомів депресії та тривожності [30].

Застосування зазначених теоретичних підходів у контексті війни є доцільним та обґрунтованим, оскільки вони дозволяють:

-Виміряти рівень інформаційного стресу та його вплив на психологічний стан (показників тривожності та депресії).

-Визначити рівень життєстійкості та дослідити чи є він модеруючим фактором, який дозволяє зменшити негативний вплив високого рівня інформаційного стресу на психологічний стан.

-Визначити рівень сприйняття соціальної підтримки та з'ясувати чи є він модеруючим фактором, який дозволяє зменшити негативний вплив високого рівня інформаційного стресу на показник тривожності та депресії у підлітків.

-Визначити психологічний стан підлітків, дослідивши ключові показники: рівень тривожності та депресії.

-Визначити копінг-стратегії які використовують підлітки під час війни та дослідити їх вплив на показники тривожності та депресії.

Таким чином, вибір теоретичної основи дослідження базується на актуальних концепціях когнітивної психології, теоріях стресостійкості та моделях психологічного благополуччя. Застосування цих підходів дозволяє комплексно вивчити вплив сприйняття соціальної підтримки, рівня життєстійкості та копінг-стратегій на психологічне здоров'я та дослідити чи виступають ці чинники модерують вплив інформаційного стресу в умовах війни на рівень тривожності та депресії підлітків в умовах війни.

Формулювання гіпотез є ключовим етапом дослідження, оскільки вони формують основу для побудови логічної структури наукової роботи та перевірки теоретичних припущень на емпіричному рівні. В межах дослідження «Вплив інформаційного стресу на психологічний стан підлітків в умовах війни» було висунуто основні гіпотези та кілька додаткових гіпотез, які детально описують можливі взаємозв'язки між змінними.

Основна гіпотеза дослідження-«*Існує позитивний кореляційний зв'язок між високим рівнем інформаційного стресу та показниками тривоги або депресії за шкалою HADS*».

Додаткові гіпотези:

1. *Наявність середнього та високого рівня підтримки від сім'ї та друзів та рівня життєстійкості є буферним фактором, який знижує вираженість психологічних наслідків стресу (таких як підвищена тривожність або депресія) у підлітків.*

Середній або високий рівень соціальної підтримки та життєстійкості знижують рівень показників тривожності та депресії.

2. *Існує негативний кореляційний зв'язок між високим або середнім рівнем сприйнятої соціальної підтримки та частотою використання дезадаптивних копінг-стратегій.*

Учні із високим або середнім рівнем сприйняття соціальної підтримки не схильні до використання дезадаптивних копінг-стратегій.

Таким чином, гіпотези дослідження дозволяють чітко сформулювати взаємозв'язки між рівнем інформаційного стресу, рівнем резилієнтності, рівнем сприйняття соціальної підтримки, використовуваними копінг стратегіями та емоційним станом (рівнем тривожності та депресії). Їх подальша перевірка за допомогою кореляційного аналізу забезпечує емпіричне підтвердження або спростування висунутих припущень.

У підсумку, на основі аналізу сучасних теоретичних джерел та наукових підходів до вивчення феномену інформаційного стресу, резилієнтності, коупінг стратегій та психологічного благополуччя було сформульовано основну та низку додаткових гіпотез.

Додаткові гіпотези деталізують основні припущення, враховуючи емоційний стан особистості (рівень тривожності та депресії), а також рівень сприйняття соціальної допомоги, рівень життєстійкості, копінг-стратегії, рівень інформаційного стресу. Висунуті гіпотези є логічно обґрунтованими.

Таким чином, сформульовані гіпотези відображають системний підхід до вивчення впливу інформаційного стресу на психологічне здоров'я особистості в умовах війни та слугують основою для подальшої перевірки за допомогою методів емпіричного дослідження.

2.3. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію

Для реалізації цілей дослідження та перевірки висунутих гіпотез було обрано психодіагностичний інструментарій, що відповідає завданням вивчення впливу інформаційного стресу на психологічний стан підлітків в умовах війни, а саме дослідження взаємозв'язків між рівнем інформаційного стресу, рівнем резилієнтності, рівнем сприйняття соціальної підтримки, використовуваними копінг стратегіями та емоційним станом (рівнем тривожності та депресії) в умовах війни.

В рамках нашого дослідження було підібрано наступні методики відповідно до нашої теми роботи:

- Госпітальна шкала тривожності та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) Е. С. Зигмонд, Р. П. Снейт;
- COPE mini (Brief COPE) (Чарльз С.Карвер, в українській адаптації Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. (2023));

- Опитувальник авторської розробки щодо використання соціальних мереж і експозиції воєнного часу Чичкань Ж.В;
- Опитувальник соціальної підтримки-MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) Грегори Д.Зіммет;
- CD-RISC-25 — це стандартизований опитувальник для вимірювання життєстійкості (resilience)

Перша методика, яку ми обрали, це Госпітальна шкала тривоги і депресії Hospital Anxiety and Depression.

Ця шкала була створена у 1983 році. Авторами цієї шкали є Ендрю Зігмонд та Роберт Снейт (Zigmond A.S, Snaith R.P). Ця методика була розроблена в госпітальному (клінічному середовищі) для використання з соматичними пацієнтами. Це було зроблено для того, щоб виключити із вимірювання симптоми, які можуть бути спричинені фізичною хворобою (порушенням сну, втрата апетиту, втома). HADS фокусується виключно на психічних аспектах (тобто скринінгу моцйних розладів). Депресивні та тривожні симптоми є залежними змінними (показниками) та є потенційними та вірогідними прямими наслідками інформаційного стресу та травматизації в умовах війни. Ця шкала вимірює клінічно значущі рівні тривоги (Т) та депресії (Д). Депресивні симптоми та стани у підлітків в умовах війни часто маскується, а HADS дозволяє диференціювати тривогу від депресії та визначити ступінь її вираженності, виміряти чи досягає рівень цих симптомів клінічно значущих порогів у підлітків, вимірюючи тим самим психологічний стан підлітків в умовах війни.

HADS складається з 14 пунктів (запитань) та включає дві незалежні субшкали: А (Anxiety) та D (Depression). Субшкала А (Anxiety), дозволяє виміряти рівень тривожноості (нервозності, відчуття внутрішнього напруження, неспокою, відчуття страху-суб'єктивного переживання тривоги). Субшкала D (Depression)

дозволяє виміряти рівень (втрату задоволення-ангедонія, здатність отримувати радість, втрата інтересу). Автори розробили HADS таким чином, щоб дві шкали-тривога (A) та депресія (D)-були максимально незалежними одна від одної, що дозволяє визначити, що саме домінує у психологічному статусі пацієнта.

Використання HADS відповідає основній меті, закладеній авторами, а саме: забезпечити надійний та швидкий інструмент скринінгу емоційних розладів. Важливо зазначити, що автори свідомо виключили соматичні симптоми, дозволяючи оцінити чисту афективну складову тривоги та депресії.

На мою думку, використання шкали HADS обумовлена її високою диференційною здатністю. Згідно з концепцією її авторів, А. Зігмонда та Р.Снейта, шкала була створена для уникнення змішування психічних та фізичних симптомів (*avoiding the confounding of psychological and physical symptoms*), це дозволяє забезпечити, що вимірювання цих показників, рівня тривожності та депресії у підлітків, відображає саме афективну (емоційну) реакцію на інформаційний стрес, а не супутні соматичні скарги, спричинені загальною військовою напругою та військовим станом [67]. Шкала HADS дає змогу виміряти кількісні дані про ступінь емоційних дисфункцій (тривоги та депресії) внаслідок впливу незалежної змінної (інформаційний стрес) та може слугувати критерієм ефективності захисних механізмів (рівня життєстійкості та соціальної підтримки). Шкала HADS дає чіткі визначення клінічної значущості (порогові значення): 8-10 балів-субклінічні показники, більше або дорівнює 11-клінічні показники.

Наступною є шкала COPE mini (Brief COPE). Вона була розроблена американським психологом Чарльзем С.Карвером (Charles S. Carver) у 1997 році, яка є скороченою версією великої анкети COPE, яка була розроблена у 1989 році. в українській адаптації Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. (2023) Ця шкала є інструментом для вимірювання копінг-стратегій (способів подолання стресу) у різних складних життєвих ситуаціях. Для дослідження було використано україномовну версію COPE mini, яка була розроблена у 2023 р. Т. Яблонською, О. Верником та Г. Гайворонським. Ця шкала дає змогу оцінити, які способи подолання

стресу підлітки використовують адаптивні (корисні) чи дезадаптивні (шкідливі) стратегії. Це дозволить відслідковувати, які стратегії подолання стресу використовують українські підлітки в умовах війни та у зв'язку із впливом інформаційного стресу, визначити тенденцію чи використовують вони конструктивні стратегії (пошуку підтримки, планування, позитивної переоцінки) чи більш схильні до деструктивні стратегії (уникання, заперечення, самозвинувачення, що може посилювати погіршення психологічного стану, підвищення тривожності та депресивності).

У різних адаптаціях кількість шкал може трохи відрізнитися, але стандартно шкала складається з 28 пунктів, 14 (шкал), де кожна шкала має по 2 твердження, що оцінюють певну копінг-стратегію. До адаптивних стратегій відносять: активне подолання (active coping), планування (planning), пошук емоційної підтримки (emotional support), пошук інструментальної підтримки (instrumental support), позитивна переоцінка (positive reframing), прийняття (acceptance), релігійність/духовність (religion), гумор (humor). До дезадаптивних стратегій відносять: заперечення (denial), самозвинувачення (self-blame), використання психоактивних речовин (substance use), відволікання (distraction), уникання (behavioral disengagement), вентиляція емоцій (venting). На мою думку, використання шкали COPE mini обумовлена необхідністю визначити наявні ресурси, які можуть підтримувати рівень життєстійкості в умовах війни. Інформаційний простір, особливо в соціальних мережах часто не фільтрує травмуючі новини про людські втрати, жорстокий та військовий контент, тому він може мати травматичні та шкідливі наслідки для психологічного стану підлітків, що може призводити до використання дезадаптивних стратегій подолання стресу.

Наступною є MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки). Методика використовується для оцінки ролі соціальної підтримки від різних джерел. А також дозволяє використовувати в дослідженнях впливу рівня соціальної підтримки на психологічне здоров'я особливо в умовах стресу чи травматичних подій. В моєму дослідженні, я використала її, бо вона дозволяє

проаналізувати чи наявність середнього та високого рівня підтримки від сім'ї та друзів є буферним фактором, який знижує вираженість психологічних наслідків стресу (таких як підвищення тривожності або депресії) у підлітків, які надмірно використовують соцмережі чи мають інформаційний стрес та чи існує негативний кореляційний зв'язок між високим або середнім рівнем сприйнятої соціальної підтримки та частотою використання дезадаптивних копінг- стратегій. Вона складається з 12 тверджень, які оцінюються за 7-бальною шкалою (від «цілком не згоден» до «цілком згоден»). MSPSS має 3 субшкали (яка містить 4 твердження кожна).

Наступним інструментом є Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу. Цей опитувальник складається з 11 питань закритих. Ці авторські опитувальники мали на меті дослідити інтенсивність користування соціальними мережами, характеру контенту, пов'язаного з війною, та його впливу на психоемоційний стан. Опитувальники дозволяють визначити:

- інформаційну поведінку (рівень критичного сприйняття новин та медіаграмотності, частоти перевірки новин, схильність або несхильність до перевірки інформації на достовірність).
- психоемоційний стан та наявність психосоматичних симптомів (наявність або відсутність почуття стресу, тривоги, наявність нав'язливих думок).
- характер соціальної взаємодії в мережах (рівень активності у мережі, наявність чи відсутність звички порівняння себе з іншими, частоти коментування, поширення чи публікацій про війну, використання соцмереж як способу відволікання від тривожних думок (це дозволяє показати, чи соцмережі слугують для підлітків ресурсом підтримки чи навпаки — джерелом додаткового стресу).

- соціальний контекст війни (індивідуальні характеристики: суб'єктивне сприйняття безпеки, наявність або відсутність досвіду переселення, наявність або відсутність військовослужбовців в родині-останні два фактори дозволяють зрозуміти чи є у підлітка травматичний досвід або чинник який безпосередньо впливає на нього зараз).
- Наявність або відсутність ресурсів соціальної підтримки
- використання копінг-стратегій (чи підліток займає активну чи пасивну позицію в кризових ситуаціях, чи шукає допомоги чи уникає розмов чи контенту який пов'язаний із стресом).

Опитувальник дозволяє кількісно оцінити, як соціальні мережі та інформаційний стрес впливають на підлітків у воєнних умовах. Він охоплює емоційний, когнітивний, соціальний та поведінковий рівні, тобто дає цілісну картину психологічного стану.

Наступною є шкала MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки). Методика використовується для оцінки ролі соціальної підтримки від різних джерел. А також дозволяє використовувати в дослідженнях впливу рівня соціальної підтримки на психологічне здоров'я особливо в умовах стресу чи травматичних подій. В моєму дослідженні, я використала її, бо вона дозволяє проаналізувати чи наявність середнього та високого рівня підтримки від сім'ї та друзів є буферним фактором, який знижує вираженість психологічних наслідків стресу (таких як підвищення тривожності або депресії) у підлітків, які надмірно використовують соцмережі чи мають інформаційний стрес та чи існує негативний кореляційний зв'язок між високим або середнім рівнем сприйнятої соціальної підтримки та частотою використання дезадаптивних копінг-стратегій.

Таблиця 2.1

Перелік та характеристика методик дослідження

№	Назва методики	Мета методики
1	Шкала резиліентності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25)	Оцінка рівня життестійкості
2	COPE Mini (Brief COPE)	Визначити які саме стратегії людина використовує в стресових кризових ситуаціях
3	MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки)	Оцінка рівня соціальної підтримки
4	Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)	Оцінка рівня депресії та тривожності
5	Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу	Оцінка рівня інформаційного стресу

1. Шкала резиліентності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25)

Ця методика спрямована на визначення рівня психологічної резиліентності (рівня життестійкості). Ця методика вважається однією із найбільш авторитетних психодіагностичних інструментів для вимірювання резиліентності. Вона дозволяє оцінити чи підтлітки мають достатньо ресурсів для того щоб успішно справлятися із стресом, труднощами, які впливають на них в умовах війни (наприклад-інформаційний стрес) при цьому зберігаючи функціонування. Оригінальний факторний аналіз, підтверджений численними дослідженнями, виділяє 5 основних факторів (субшкал), які оцінюють різні аспекти життестійкості. Вона дозволяє оцінити резилієнтність цілісно, тобто і її компоненти, до яких відносять: віру у власні здібності, наполегливість, прагнення до саморозвитку, здатність конструктивно

справлятися із емоціями негативного спектру, здатність до саморефлексії, позитивне сприйняття змін, здатність підтримувати якісні стосунки із іншими, здатність звернутися за допомогою, внутрішній локус контролю, використання релігійних переконань. Методика є інформативною для дослідження в умовах кризи, оскільки резилієнтність це ключовий показник адаптації та одна із найбільш важливих складових якісного функціонування та збереження стабільного психоемоційного стану в кризових умовах. Шкалу представлено в Додатку А.

2.COPE Mini (Brief COPE)

Цей опитувальник призначений для оцінки того, які стратегії використовує людина у стресових ситуаціях. Вона дозволяє розділити респондентів на групу із адаптивними чи дезадаптивними стратегіями. Опитувальник є особливо актуальним для дослідження в умовах війни, коли від обраного виду стратегій залежить психологічний стан та рівень резилієнтності та коли стратегії можуть призводити до якісної або неякісної адаптації.

Опитувальник представлено в Додатку Б.

3.MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки)

Ця методика призначена для оцінки ролі соціальної підтримки від різних джерел. Вона є особливо актуальною для дослідження в умовах війни, бо дозволяє проанлізувати вплив рівня соціальної підтримки на психологічне здоров'я. Це важливо у контексті дослідження, оскільки підтримка оточення є одним із ключових факторів резилієнтності. Ця методика представлена в Додатку В.

4.Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Ця шкала спрямована на визначення рівня тривожності та депресії. Вона дозволяє розділити респондентів на групи з низьким, середнім, високим

рівнем тривожності та депресії. Вона є особливо актуальною для дослідження в умовах війни, бо дозволяє визначити психологічний стан підлітків та проанлізувати вплив рівня інформаційного стресу на їх психологічне здоров'я. Це важливо у контексті дослідження, оскільки психологічний стан є одним із ключових показників резилієнтності. Ця шкала представлена в Додатку Г.

5. Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу

Авторський опитувальник спрямований на визначення рівня інформаційного стресу. Цей авторський опитувальник дозволяє дослідити рівень емоційного дистресу, експозицію до військового контенту (години, платформи, джерело новин-інформаційного стресу), визначити рівень медіаграмотності серед підлітків, з'ясувати чи підлітки використовують обмеження часу як засобу саморегуляції. Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу є центральною методикою дослідження, оскільки інформаційний стрес є одним із головних деструкційних чинників для психологічного стану підлітків в умовах війни. Опитувальник представлений в Додатку Е.

Таким чином, кожна методика обрана відповідно до завдань дослідження, забезпечуючи повноцінне вивчення психологічного стану, рівня резилієнтності, рівня сприйняття соціальної підтримки, рівня інформаційного стресу, копінг стратегій. Використання цих інструментів у комплексі дозволяє отримати всебічну картину психологічного здоров'я особистості в умовах війни та встановити взаємозв'язки між ключовими показниками.

Для підтвердження або спростування висунутих гіпотез дослідження було розроблено логічну схему взаємозв'язку між гіпотезами та застосованим

психодіагностичним інструментарієм. Такий підхід забезпечує чітку структурування дослідження та дозволяє зіставити конкретні гіпотези.

Для перевірки основної гіпотези використовується Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу (вимірювання рівня емоційного стресу) та Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу дозволяє виміряти (отримати кількісні дані):

-Частоту використання соцмереж

-Емоційні реакції

-Когнітивні процеси

-Соціальні наслідки

-Інтенсивність експозиції

Цей авторський опитувальник дозволяє дослідити кілька наукових складових:

Когнітивний вимір-чи учні перевіряють достовірність новин чи мають критичне мислення чи довіряють вони джерелам.

Емоційний вимір-які емоції та тілесні симптоми спостерігаються в учнів.

Соціальний вимір-як соціальні мережі та інформаційний стрес впливає на соціальні відносини з іншими: чи спричиняє це конфлікти з близькими, чи є порівняння з іншими однолітками.

Поведінковий вимір-як учні поведуть себе в соцмережах в умовах війни: частота коментування, поширення новин.

Контекстуальний (індивідуальний) вимір- чи був досвід внутрішнього переселення та наявності військовослужбовців серед родичів.

Кількісні дані дозволяють виміряти рівень інформаційного стресу та його зв'язок із поведінкою та рівнем тривожності та депресивності.

Отримані показники порівнюються з даними Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), яка оцінює рівень тривожності та депресії. Кореляційний аналіз дозволяє встановити зв'язок між високим рівнем інформаційного стресу та показниками тривоги та депресії, що є емпіричним підтвердженням або спростуванням основної гіпотези.

Додаткові гіпотези:

1. Наявність середнього та високого рівня підтримки від сім'ї та друзів та рівня життєстійкості є буферним фактором, який знижує вираженість психологічних наслідків стресу (таких як підвищена тривожність або депресія) у підлітків.

Для перевірки цієї гіпотези використовуються:

- «Шкала резиліентності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25)» для оцінки рівня психологічної резиліентності.
- MSPSS («Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки»)
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Множинний регресійний аналіз дозволяє визначити, чи високі показники рівня резиліентності та соціальної підтримки позитивно впливають (пом'якшують вплив) на психологічний стан підлітків.

2. Існує негативний кореляційний зв'язок між високим або середнім рівнем сприйнятої соціальної підтримки та частотою використання дезадаптивних копінг-стратегій.

Для перевірки цієї гіпотези використовуються:

- MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки)

- COPE mini (Brief COPE)

Множинний модераційний аналіз дозволяє визначити, чи високі показники сприйняття соціальної підтримки та використання адаптивних копінг-стратегій позитивно впливають (пом'якшують вплив) на психологічний стан підлітків (показники тривожності та депресії).

Таким чином, кожна висунута гіпотеза дослідження відповідає конкретним показникам, що вимірюється за допомогою обраних методик.

Логічна схема взаємозв'язку дозволяє не тільки структурувати дослідження, але й дає змогу забезпечити можливість чіткої інтерпретації результатів з позиції науково обґрунтованих теорій.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було обґрунтовано методологічну основу емпіричного дослідження, що забезпечує наукову валідність і логічну послідовність проведення роботи.

Зокрема:

-Було сформульовано та обґрунтовано основну гіпотезу дослідження, яка передбачає, що існує високий рівень інформаційного стресу позитивно корелюють з показниками тривоги або депресії за шкалою HADS». Висунуто додаткові гіпотези, які деталізують вплив інших зовнішніх чинників, які можуть виступати в ролі ресурсів (рівень соціальної підтримки, рівень життєстійкості, адаптивні копінг стратегії) на психологічний стан підлітків.

-Визначено та обґрунтовано вибір психодіагностичного інструментарію, який відповідає завданням дослідження. До комплексу обраних методик увійшли:

1. Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25)
2. COPE Mini (Brief COPE)
3. MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки)
4. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)
5. Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу

-Методики дозволяють досягти поставлених завдань та перевірити висунуті гіпотези дослідження. Вони охоплюють ключові компоненти досліджуваної проблематики, включаючи оцінку психологічного стану (рівня тривожності та рівня депресії), рівня резилієнтності, рівня соціальної підтримки, копінг стратегій, рівня інформаційного стресу. Комплексний підхід забезпечує

глибоке та різнобічне вивчення взаємозв'язків між досліджуваними змінними.

Таким чином, у другому розділі створено надійне теоретико-методологічне підґрунтя для проведення емпіричного дослідження та інтерпретації його результатів, що забезпечує логічну структурованість та наукову обґрунтованість дослідження.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ВПЛИВУ ІНФОРМАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Цілі, завдання та організація емпіричного дослідження

Головною метою емпіричного дослідження є виявлення взаємозв'язку між інформаційним стресом та рівнем психологічного стану підлітків в умовах війни. У процесі реалізації поставленої мети було висунуто основну гіпотезу дослідження, яка передбачає: *«Існує позитивний кореляційний зв'язок між високим рівнем інформаційного стресу та показниками тривоги або депресії за шкалою HADS».*

Для перевірки цієї гіпотези було сформульовано такі завдання дослідження:

1. Визначити рівень психологічного здоров'я досліджуваних.
2. Визначити рівень інформаційного стресу досліджуваних.
3. Встановити кореляційні зв'язки між рівнем інформаційного стресу та показниками психологічного здоров'я.

Організація емпіричного дослідження передбачала кілька основних етапів.

На першому етапі було визначено об'єкт, предмет, методики дослідження та сформовано вибірку, яка включала 64 особи віком від 13 до 14 років, які є учнями Дніпровського ліцею №28 Дніпровської міської ради. Батьки учасників дали добровільну згоду на участь у дослідженні.

Усі респонденти мають різний рівень інформаційного стресу та рівень психологічного стану (показників тривожності та депресії).

Таблиця 3.1

Показники	Кількість респондентів (n)	Відсоток (%)
Віковий діапазон		
13 років	34	53.1%
14 років	30	46.9%
Розподіл учнів за класами		
Учні 8А класу	26	40.6%
Учні 8В класу	8	12.5%
Учні 9А класу	14	21.9%
Учні 9В класу	16	25.0%

Таким чином, характеристика вибірки показує, що дослідження охопило різні вікові та соціальні групи, що дозволяє виявити загальні закономірності та індивідуальні відмінності у базисних переконаннях і стабільності психічного здоров'я респондентів в умовах війни.

На другому етапі здійснено збір емпіричних даних за допомогою психодіагностичних методик (додатки.Б-Е):

1. Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25)-для оцінки рівня резилієнтності (життестійкості) учнів.
2. COPE Mini (Brief COPE)-для визначення копінг-стратегій, які використовуються підлітками в стресових та кризових ситуаціях.
3. MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки)-для оцінки рівня сприйняття соціальної підтримки.
4. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)-для визначення рівня тривожності та депресії.
5. Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу-для оцінки рівня інформаційного стресу.

На третьому етапі зібрані дані було оброблено за допомогою методів математичної статистики, зокрема:

- розраховано середні значення та стандартні відхилення показників;
- проведено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Пірсона (r) для виявлення взаємозв'язків між рівнем інформаційного стресу та показниками психологічного стану (рівня тривожності та депресії);
- проведено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Пірсона (r) для виявлення взаємозв'язків між рівнем життєстійкості та показниками психологічного стану (рівня тривожності та депресії);
- проведено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Пірсона (r) для виявлення взаємозв'язків між рівнем соціальної підтримки та показниками психологічного стану (рівня тривожності та депресії);
- проведено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Пірсона (r) для виявлення взаємозв'язків між рівнем соціальної підтримки та дезадаптивними копінг-стратегіями.

На четвертому етапі отримані результати було проаналізовано, узагальнено та інтерпретовано у контексті висунутої гіпотези. Усі дані було структуровано у вигляді таблиць та графічних матеріалів для наочності та наукової обґрунтованості висновків.

Таким чином, організація дослідження дозволила систематизувати дані, необхідні для перевірки гіпотези, і забезпечила можливість виявити взаємозв'язок між рівнем інформаційного стресу та рівнем психологічного здоров'я.

Підсумовуючи, зібраний матеріал надає об'єктивну основу для подальшого аналізу отриманих результатів, а системність та наукова обґрунтованість дозволяють глибоко розкрити особливості інформаційного стресу на психологічний стан підлітків в умовах війни.

3.2. Результати емпіричного дослідження

Під час дослідження використовувались науково обґрунтовані методики, які дозволили отримати кількісні показники та якісну інтерпретацію рівня психологічного стану, рівня резилієнтності, рівня сприйняття соціальної підтримки, рівня інформаційного стресу, копінг-стратегій досліджуваних. Отримані результати дозволяють проілюструвати загальні тенденції та встановити певні закономірності у взаємозв'язках досліджуваних показників.

Для обробки результатів дослідження за «Авторським опитувальником використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу» застосовано методи описової статистики, а саме обчислення середнього значення (M) та стандартного відхилення (SD) для кожного показника. Також використовувався дескриптивна статистика, шляхом частотного аналізу (зазначення даних у %). Це дозволило узагальнити дані та визначити загальні тенденції серед досліджуваних.

Застосування «Авторського опитувальника використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу» дозволило визначити вплив соціальних мереж на психологічний стан підлітків та експозицію воєнного часу, а саме рівень інформаційного стресу. Отримані результати (кількісні дані) було узагальнено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Показник описової статистики за «Авторського опитувальника використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу»

	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімальне значення	Максимальне значення
Рівень інформаційного стресу	25.91	± 8.19	12	40

Рівень інформаційного стресу		
<i>Низький рівень (11-23)</i>	59.38% (38 осіб)	Основна частка досліджуваних має низький рівень інформаційного стресу.
<i>Середній рівень (24-35)</i>	10.94% (7 осіб)	Значна частка досліджуваних демонструє середній рівень інформаційного стресу.
<i>Високий рівень (36-48)</i>	29.69% (19 осіб)	Менша частка досліджуваних демонструє високий рівень інформаційного стресу.

Показник інформаційного стресу демонструє відносно низький середній показник ($M=25.91$, $SD=\pm 8.19$), що свідчить про те, що більшість учнів середніх класів демонструють гарну стійкість щодо впливу соцмереж та військового контенту. Мінімальні та максимальні значення свідчать про індивідуальні відмінності: у частини учасників рівень інформаційного стресу сягає високих значень (40 балів), що вказує на поєднання індивідуальних психологічних особливостей та зовнішніх чинників: інтенсивне використання соцмереж, частий контакт із травматичним військовим контентом, низька стресостійкість, відсутність підтримки з боку сім'ї.

Більшість учнів мають показники в діапазоні:

$$M \pm SD = 25.91 \pm 8.19 \Rightarrow \text{від } 24 \text{ до } 35$$

Показник стандартного відхилення (SD) відображає ступінь варіативності результатів. У нашій вибірці $SD = \pm 8.19$, що свідчить про високий рівень варіативності та про помірний розкид даних навколо середнього значення ($M = 25.91$). Це означає, що більшість учнів мають результати в межах від 24 до 35 балів.

За результатами дослідження рівня інформаційного стресу серед учнів (N=64), на основі отриманих даних, було встановлено, що:

Переважає більшість (59.38%) учнів перебувають у зоні низького рівня інформаційного стресу. Це може свідчити про те, що вони можуть бути менш схильними до впливу інформаційних потоків, або мають якісні та більші ресурси для подолання інформаційного стресу або мають високий рівень медіаграмотності.

Середній рівень інформаційного стресу мають 10.94% досліджуваних, зустрічається рідко, що показує невелику групу з помірним навантаженням. Це може свідчити про те, що учні здатні частково справлятися з інформаційним навантаженням, але їх ресурси не є достатніми для повного зниження стресу. Вони можуть отримувати надмірну кількість інформації про воєнні події, що створює відчуття тривожності, але не призводить до високого рівня стресу. Наявність друзів, родини чи вчителів, які допомагають знизити напруження може бути присутнім, але не повністю нейтралізує його. Це свідчить про наявність невеликої групи учнів із помірним навантаженням, що може бути зумовлено частковою ефективністю копінг-стратегій, впливом соціальних мереж та рівнем соціальної підтримки. Учні намагаються зберігати рівновагу та балансувати між навчальною діяльністю та звичним життям і інформаційним середовищем, проте залишаються вразливими до зовнішніх факторів.

Високий рівень інформаційного стресу мають 29.69%, що становить майже третину вибірки. Це може бути зумовлено багатьма факторами: інтенсивним використанням соціальних мереж, експозицією травматичного контенту, недостатнім рівнем соціальної підтримки, низьким рівнем резилієнтності учнів або використанням дезадаптивних копінг-стратегій. Це є важливо зауважити, адже така частка учнів відчуває значний інформаційний стрес, що може негативно впливати на їх психологічний стан у воєнних умовах, підвищуючи рівень тривожності та депресії.

Можна зробити висновок, що більшість учнів (майже 60%) мають низький рівень інформаційного стресу у вибірці, проте майже третина учнів демонструє високі показники, що потребує особливої уваги у контексті психологічної підтримки в умовах війни.

Застосування методів описової статистики у процесі обробки результатів дослідження забезпечує можливість чіткої класифікації отриманих даних, виявлення загальних тенденцій та індивідуальних відмінностей у формуванні психологічної стійкості до інформаційного впливу контенту. Виявлені високі рівні інформаційного стресу потребують подальшого поглибленого аналізу у контексті експозиції воєнного контенту, психологічного стану особистості та її здатності до стресостійкості. Це дозволить встановити, які з чинників є визначальними у підтримці психологічного здоров'я підлітків в умовах війни.

«Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)» було використана для визначення рівня тривожності та депресії опитаних учнів у межах досліджуваної вибірки.

Обробка результатів здійснювалася за допомогою методів описової статистики: обчислювалися середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), а також дескриптивна статистика, шляхом частотного аналізу (зазначених даних у %).

Результати представлені у таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Показники рівня тривоги та депресії серед досліджуваних

Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	7.52	Низький рівень тривоги (показники свідчать про норму).
Стандартне відхилення (SD)	±3.36	Група є гетерогенною (неоднорідною). Висока варіативність результатів у групі досліджуваних.
Мінімальне значення	2	Найнижчий рівень тривожності

		серед досліджуваних.
Максимальне значення	14	Найвищий рівень тривожності серед досліджуваних.

Рівень тривожності		
<i>Низький рівень (0-7)</i>	40.6 % (26 осіб)	Основна частка досліджуваних має низький рівень тривожності.
<i>Середній рівень (8-10)</i>	32.8% (21 особа)	Значна частка досліджуваних демонструє середній (субклінічний) рівень тривожності.
<i>Високий рівень (11-21)</i>	26.6% (17 осіб)	Менша частка досліджуваних демонструє високий (клінічний) рівень тривожності.

Стандартне відхилення 3.36 свідчить про високу неоднорідність групи та варіативність даних. Значення тривожності у вибірці коливаються від дуже низьких (2–3 бали) до високих (13–14 балів). Частина респондентів має стійкість до інформаційного стресу, тоді як інші демонструють підвищену вразливість. Отримане середнє значення 7.52 знаходиться в межах норми, що свідчить про відсутність тривоги. Однак, оскільки стандартне відхилення 3.36 є великим, це вказує, що значна частина групи (ті хто на вище середнього) має клінічно значущий рівень тривожності: $7.52 + 3.36 = 10.88$ балів. На основі стандартного відхилення допомагає зробити висновок що: «Хоча в середньому група учні середніх класів мають нормальний рівень тривожності, але водночас, в ній присутня велика частка людей як з дуже низькими, так і з високими клінічними показниками».

Отримані статистичні показники ($M = 7.52$; $SD = 3.36$) свідчать про те, що середній рівень тривожності у вибірці перебуває на межі низького та середнього

діапазону, що може вказувати на відносну психологічну стійкість більшості респондентів. Водночас значення стандартного відхилення демонструє наявність індивідуальних відмінностей: частина учасників характеризується низьким рівнем тривожності, тоді як інші демонструють високі показники, що потребує додаткового аналізу у контексті інформаційного стресу та умов війни.

1. **Середнє значення ($M = 7.52$)** вказує на те, що в середньому досліджувані демонструють низький рівень тривожності. У контексті інформаційного стресу в умовах війни це свідчить про наявність певної психологічної стійкості та адаптивних механізмів, які дозволяють учасникам дослідження зберігати відносно низький рівень тривожності попри інтенсивний інформаційний тиск. Такий результат може бути зумовлений дією захисних копінг-стратегій, соціальною підтримкою та індивідуальними особливостями резилієнтності.
2. **Стандартне відхилення ($SD = \pm 3.36$)** свідчить про значну варіативність показників рівня тривожності серед досліджуваних. Високе значення цього показника вказує на те, що у вибірці наявні як респонденти з дуже низьким рівнем тривожності, так і ті, що демонструють високі її показники. Така неоднорідність результатів відображає індивідуальні відмінності у сприйнятті та переживанні інформаційного стресу в умовах війни, що може бути зумовлено багатьма факторами: різним рівнем психологічної стійкості, особистісними характеристиками та доступом до соціальної підтримки.
3. **Мінімальне значення (2 бали)** відображає, що певна частина досліджуваних мають низький рівень тривожності. Такі показники можуть свідчити про наявність високого рівня психологічної стійкості та ефективних копінг-механізмів, або інших ресурсів, які дозволяють учасникам дослідження зберігати емоційну рівновагу навіть в умовах інформаційного стресу, спричиненого воєнними подіями. Це також може бути пов'язано з

індивідуальними особливостями особистості, попереднім досвідом подолання кризових ситуацій та рівнем соціальної підтримки.

4. «Максимальне значення (14 балів) демонструє наявність групи досліджуваних із високим рівнем тривожності. Ця категорія характеризується підвищеною емоційною напруженістю, схильністю до тривожних переживань та зниженим рівнем психологічної стійкості. Високі показники тривожності можуть бути зумовлені інтенсивним інформаційним навантаженням, експозицією травматичного контенту, а також індивідуальними особливостями особистості, що підвищують вразливість до інформаційного стресу в умовах війни. Така група респондентів потребує особливої уваги та цілеспрямованих психологічних інтервенцій для зниження негативних наслідків тривожності, розроблення програм освітніх із медіаграмотності або зниженню рівня тривожності.
5. Розподіл рівнів тривожності:
 - **Низький рівень тривожності (0-7 балів)** спостерігається у 40,6% досліджуваних (26 осіб). Для цієї групи характерні емоційна стабільність, збереження психологічної рівноваги та наявність ефективних копінг-механізмів або соціальної підтримки, особистісних особливостей психіки, що дозволяють успішно протистояти інформаційному стресу в умовах війни. Такі респонденти, схильні демонструвати високий рівень резилієнтності, здатні до швидкої та якісної адаптації та легкого використання соціальної підтримки, що знижує негативний вплив інформаційного навантаження.
 - **Середній рівень (8-10 балів)** виявлено у 32,8% досліджуваних (21 особи). Для цієї групи характерні помірні емоційна напруженість, підвищена чутливість до інформаційного навантаження та схильність до тривожних переживань у кризових умовах. Водночас респонденти з цим рівнем тривожності зберігають відносну здатність до адаптації та виконання навчальних чи соціальних функцій, однак їх психологічна стійкість є менш

стабільною порівняно з групою з низьким рівнем тривожності. Такий стан може бути зумовлений частковою ефективністю копінг-механізмів, але водночас підвищеною вразливістю до інформаційного стресу в умовах війни.

- **Високий рівень тривожності (11-21 балів)** демонструють 26, 6% досліджуваних (17 осіб). Ці досліджувані характеризуються підвищеною емоційною напруженістю, схильністю до тривожних реакцій та зниженим рівнем психологічної стійкості. Вони є більш вразливі до інформаційного стресу, що виникає в умовах війни, та можуть у зв'язку з цим відчувати труднощі у навчальній діяльності, соціальній взаємодії й адаптації до кризових ситуацій. Високі показники тривожності можуть бути зумовлені інтенсивною експозицією травматичного контенту, недостатнім рівнем соціальної підтримки або індивідуальними особливостями особистості, які підвищують ризик розвитку стресових станів. Така група найбільш потребує особливої уваги та цілеспрямованих психологічних інтервенцій.

Розподіл рівнів тривожності у вибірці показує, що більшість респондентів мають низький або середній рівень тривожності, що можна розглядати як позитивний показник у стресогенних умовах війни.

Водночас підвищена вразливість респондентів із середнім (субклінічним) рівнем тривожності потребує додаткової уваги, оскільки ця група може бути схильною до психічного виснаження та емоційної нестабільності у майбутньому. Такий стан вказує на необхідність подальшого аналізу та розробки превентивних психологічних заходів, які будуть спрямовані на підтримку їх рівня стресостійкості та високого рівня психологічного здоров'я.

Водночас респонденти з високим (клінічним) рівнем тривожності демонструють виражену емоційну нестабільність, підвищену чутливість до інформаційних подразників та схильність до формування стресових реакцій. Для цієї групи характерні труднощі у підтриманні адаптивних

копінг-механізмів, зниження здатності до концентрації та ефективного виконання навчальних чи професійних завдань. Високий рівень тривожності може бути індикатором ризику розвитку психоемоційного виснаження та потребує цілеспрямованих психологічних інтервенцій, які будуть спрямовані на стабілізацію емоційного стану та підвищення рівня життєстійкості.

Таким чином, аналіз показників рівня тривожності дозволяє глибше зрозуміти індивідуальні відмінності у здатності респондентів до адаптації та психологічного відновлення. Отримані результати підкреслюють важливість врахування різних рівнів тривожності при оцінці психологічної стійкості, оскільки вони відображають як потенціал до ефективного подолання інформаційного стресу, так і ризику розвитку психоемоційного виснаження.

Це створює підґрунтя для подальших досліджень та розробки цілеспрямованих психологічних інтервенцій, які будуть спрямовані на підтримку психічного здоров'я та психоедукації щодо формування адаптивних стратегій у кризових умовах. Подальший кореляційний аналіз дозволить встановити, як рівень психологічного стану (показник тривожності та депресії) пов'язаний із рівнем інформаційної тривожності.

Таблиця 3.3

Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	9.375	Низький рівень тривоги (показники свідчать про норму).
Стандартне відхилення (SD)	± 3.49	Група є гетерогенною (неоднорідною). Висока варіативність результатів у групі досліджуваних.
Мінімальне значення	4	Найнижчий рівень тривожності серед досліджуваних.
Максимальне значення	17	Найвищий рівень тривожності

		серед досліджуваних.
--	--	----------------------

Рівень депресії		
<i>Низький рівень (0-7)</i>	38.7% (24 особи)	Основна частка досліджуваних має низький рівень депресії.
<i>Середній рівень (8-10)</i>	33.9% (21 особа)	Значна частка досліджуваних демонструє середній (субклінічний) рівень депресії.
<i>Високий рівень (11-21)</i>	27.4% (17 осіб)	Менша частка досліджуваних демонструє високий (клінічний) рівень депресії.

Стандартне відхилення 3.49 свідчить про високу неоднорідність групи.

Отримане середнє значення 9.375 знаходиться в межах норми, що свідчить про відсутність тривоги. Однак, оскільки стандартне відхилення 3.49 свідчить про помірну варіативність даних. У вибірці присутні як респонденти з низькими показниками (4–5 балів), так і ті, що демонструють високі значення (15–17 балів). Це підтверджує наявність індивідуальних відмінностей у сприйнятті та переживанні інформаційного стресу: $9.375 + 3.49 = 12.87$ балів. На основі стандартного відхилення допомагає зробити висновок що, хоча в середньому група учні середніх класів мають нормальний рівень тривожності, але водночас, в ній присутня велика частка людей як з дуже низькими, так і з високими клінічними показниками.

Середнє значення (M=9.375) вказує на те, що в середньому досліджувані демонструють низький рівень тривожності.

Стандартне відхилення (SD = ±3.49) демонструє помірну варіативність показників рівня тривожності серед досліджуваних. Помірна варіативність

стандартного відхилення свідчить про те, що частина респондентів має дуже низький рівень депресії, тоді як інші демонструють високі показники депресії.

Отримані статистичні показники (M = 9.38; SD = 3.49) свідчать про те, що більшість учнів у вибірці перебуває у межах низького та середнього діапазону (характеризується показниками, що наближені до нижньої межі шкали), що може вказувати на високу психологічну стійкість більшості респондентів.

Водночас значення стандартного відхилення демонструє наявність суттєвих індивідуальних відмінностей: частина учасників характеризується низьким рівнем депресії, тоді як інші демонструють високі показники, що потребує додаткового аналізу у контексті інформаційного стресу та умов війни

- **Мінімальне значення (4 бали)** відображає, що певна частина досліджуваних мають низький рівень депресії. Такі показники можуть свідчити про збереження емоційної стабільності, наявність достатнього рівня психологічної адаптації та наявність ефективних копінг-механізмів, високого рівня медіаграмотності, високого рівня сприйняття соціальної підтримки. Досліджувані з низьким рівнем депресії, як правило, демонструють здатність до підтримання соціальної активності та збереження внутрішніх ресурсів, які забезпечують їх стійкість до стресогенних та кризових умов.
- **Максимальне значення (17 балів)** демонструє наявність групи досліджуваних з високим рівнем тривожності. Ця категорія характеризується вираженою емоційною нестабільністю, схильністю до інтенсивних тривожних переживань та зниженим рівнем психологічної стійкості. Для таких респондентів типовими є труднощі у підтриманні адаптивних копінг-механізмів, низький рівень медіаграмотності, підвищена чутливість до стресогенних факторів та ризик розвитку психоемоційного вигорання. Високі показники тривожності можуть свідчити про потребу у цілеспрямованих психологічних інтервенціях, які спрямовані на стабілізацію емоційного стану та формування ефективних копінг стратегій подолання стресу.

6. Розподіл рівнів депресії:

- **Низький рівень тривожності (0-7 балів)** спостерігається у 38.7% досліджуваних (24 особи). Для цієї групи характерна емоційна стабільність, високий рівень саморефлексії та саморегуляції та ефективне використання копінг-механізмів. Такі респонденти демонструють високий рівень адаптивності, здатності до конструктивного вирішення проблем та підтримання соціальної активності. Низькі показники тривожності можуть свідчити про наявність внутрішніх ресурсів, що забезпечують стійкість до стресогенних умов та сприяють психологічній стабільності.
- **Середній рівень (8-10 балів)** виявлено у 33.9% досліджуваних (21 особи). Ця група характеризується помірною емоційною напруженістю, підвищеною чутливістю до стресогенних факторів та схильністю до тривожних переживань у кризових умовах. Респонденти з таким рівнем тривожності зберігають відносну здатність до адаптації та виконання соціальних функцій та здатні до навчання, проте їх психологічна стійкість є менш стабільною порівняно з групою з низьким рівнем тривожності.
- **Високий рівень тривожності (11-21 балів)** демонструють 27.4% досліджуваних (17 осіб). Ці досліджувані характеризуються вираженою емоційною нестабільністю, схильністю до інтенсивних реакцій та зниженим рівнем психологічної стійкості. Вони характеризуються підтриманням адаптивних копінг-механізмів, підвищеною чутливістю до стресогенних факторів. Високі показники депресії можуть свідчити про потребу у цілеспрямованих психологічних інтервенціях, які будуть спрямовані на стабілізацію психологічного стану та формування ефективних стратегій подолання стресу.

Отримані результати свідчать, що значна частина досліджуваних має низький або середній рівень депресії, що є досить позитивним показником у контексті стресогенних умов війни. Підвищена вразливість респондентів із

середнім (субклінічним) рівнем тривожності потребує подальшої уваги, оскільки вони можуть бути схильними до психічного вигорання та емоційної нестабільності.

Водночас респонденти з високим (клінічним) рівнем тривожності демонструють виражену емоційну нестабільність, підвищену чутливість до стресових факторів та знижену здатність до психологічної адаптації. Це свідчить про необхідність цілеспрямованих психологічних інтервенцій, спрямованих на стабілізацію їхнього емоційного стану та формування ефективних стратегій подолання стресу. Таким чином, аналіз показників рівня тривожності дозволяє глибше зрозуміти індивідуальні відмінності у здатності респондентів до адаптації та психологічного відновлення, що має важливе значення для розробки програм підтримки психічного здоров'я.

Подальший кореляційний аналіз дозволить встановити, як рівень психологічного стану (показник тривожності та депресії) пов'язаний із рівнем інформаційної тривожності.

Для оцінки рівня сприйняття соціальної підтримки досліджуваних було застосовано методику MSPSS (Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки). Цей інструмент дозволяє виміряти рівень сприйняття соціальної підтримки досліджуваних. Обробка результатів здійснювалася за допомогою методів описової статистики – обчислювалися середні значення (M), стандартні відхилення (SD), а також мінімальні та максимальні значення. Також використовувався дескриптивна статистика, шляхом частотного аналізу (зазначення даних у %).

Зведені результати за методикою MSPSS узагальнено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Показники описової статистики за методикою MSPSS

Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	49.94	Середній рівень сприйняття соціальної підтримки
Стандартне відхилення (SD)	± 14.36	Висока варіативність результатів у групі досліджуваних
Мінімальне значення	18	Найнижчий рівень сприйняття соціальної підтримки
Максимальне значення	72	Найвищий рівень сприйняття соціальної підтримки

Рівень прийняття соціальної підтримки		
<i>Низький рівень (12–36)</i>	23.44% (15 осіб)	Менша частка досліджуваних демонструє низький рівень сприйняття соціальної підтримки
<i>Середній рівень (37–60)</i>	51.56% (33 особи)	Основна частка досліджуваних має середній рівень сприйняття соціальної підтримки
<i>Високий рівень (61– 84)</i>	25 % (16 осіб)	Значна частка досліджуваних має високий рівень сприйняття соціальної підтримки

1. **Середнє значення (M = 49,94)** за шкалою MSPSS свідчить про те, що досліджувані в середньому демонструють середній рівень сприйняття соціальної підтримки. Це вказує на наявність певних адаптаційних

механізмів у відповідь на стресові ситуації, що забезпечуються соціальним оточенням. Разом із тим, середній рівень підтримки може означати, що не всі учні відчувають достатню залученість та допомогу з боку сім'ї, друзів чи значущих інших, що потребує подальшого аналізу у контексті їхнього психологічного благополуччя.

2. Стандартне відхилення ($SD = \pm 14,36$) демонструє значну варіативність показників сприйняття соціальної підтримки серед учасників дослідження. Це означає, що рівень підтримки, яку відчувають респонденти, є неоднорідним: частина учнів має низький рівень сприйняття соціальної підтримки, тоді як інші — високий.

3. Мінімальне значення (18 балів) відображає, що певна частина респондентів перебуває у стані вкрай низького рівня сприйняття соціальної підтримки. Це може свідчити про виснаження психічних ресурсів, підвищену емоційну вразливість та відсутність ефективних копінг-стратегій. Недостатність соціальної підтримки у цій групі респондентів знижує їхню здатність до адаптації та підвищує ризик розвитку стресових і депресивних станів.

4. Максимальне значення (72 бали) демонструє наявність групи респондентів із високим рівнем сприйняття соціальної підтримки. Ця категорія характеризується здатністю ефективно адаптуватися до стресових умов, зберігаючи стабільність психічного стану та використовувати адаптивні копінг-стратегії.

5. Розподіл рівнів сприйняття соціальної підтримки:

- **Низький рівень сприйняття соціальної підтримки (12–36 балів)** спостерігається у 23,44% досліджуваних (15 осіб). Для цієї групи характерні підвищена тривожність, емоційна вразливість та відсутність ефективних механізмів подолання стресу.

- **Середній рівень (37–60 балів)** виявлено у 51,56% досліджуваних (33 особи). Ця група має достатній потенціал для адаптації до стресу, проте їхня стійкість може варіювати залежно від умов середовища та інтенсивності стресових впливів.
- **Високий рівень сприйняття соціальної підтримки (61–84 бали)** демонструють 25% досліджуваних (16 осіб). Ці респонденти здатні ефективно долати стресові ситуації та зберігати емоційну рівновагу навіть в умовах значних труднощів.

Отримані результати свідчать, що більшість досліджуваних мають середній або низький рівень сприйняття соціальної підтримки, що можна розглядати як прямий наслідок стресогенних умов війни. Підвищена вразливість респондентів із низьким рівнем підтримки треба брати до особливої уваги, тому вони можуть бути схильними до психічного виснаження та емоційних зривів.

Водночас респонденти з високим рівнем підтримки демонструють ефективне застосування адаптивних копінг-стратегій, що дозволяє їм зберігати психічне здоров'я навіть у критичних умовах.

Для визначення копінг-стратегій було застосовано методика COPE-mini (Brief COPE). Цей інструмент дозволяє визначити які, адаптивні чи дезадаптивні копінг-стратегії використовують учні. Обробка результатів здійснювалася за допомогою методів описової статистики: обчислювалися середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), а також дескриптивна статистика, шляхом частотного аналізу (зазначених даних у %).

Зведені результати за методикою COPE-mini узагальнено у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Показники описової статистики за методикою COPE-mini

Показники	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)
Переключення (-)	4,85	1,85
Активне подолання (+)	5,28	1,78
Заперечення (-)	4,33	2,45
Вживання речовин (-)	2,73	1,23
Емоційна підтримка (+)	5,42	1,72
Поведінкове уникнення (-)	4,28	1,85
Вентиляція-вивільнення емоцій (-)	4,88	1,48
Інструментальна підтримка (+)	4,88	1,48
Позитивна переоцінка (+)	5,13	1,53
Самозвинувачення (-)	4,47	1,72
Планування (+)	5,39	1,57
Гумор (+)	4,33	1,63
Прийняття ситуації (+)	5,31	1,63
Релігія (+)	3,55	1,56

На основі результатів середніх значень та стандартних відхилень спостерігаються наступні тенденції:

Результати за показниками стратегії “переключення”

Стандартне відхилення (SD) складає 1,85. $M \pm SD$ = від 3,00 до 6,70, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «переключення» у межах від 3 до 7 балів. **Середнє значення (M = 4,85)** вказує на те, що учні іноді використовують цю копінг-стратегію. **Стандартне відхилення (SD = $\pm 1,85$)** демонструє значну варіативність показників використання цієї коупінг стратегії.

Результати за показниками стратегії “активне подолання”

Середнє значення (M) стратегії “активне подолання” складає 5,28. **Стандартне відхилення (SD)** складає 1,78. $M \pm SD$ = від 3,50 до 7,06, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «активне подолання» у межах від 3 до 7 балів. Таке середнє значення свідчить про те, що стратегія є достатньо поширеною і учні схильні застосовувати її у складних ситуаціях. Значення 1,78 є помірним, бо існує певна варіативність у використанні стратегії, але вона не надто велика.

Результати за показниками стратегії “заперечення”

Середнє значення (M) стратегії “заперечення” складає 4,33. **Стандартне відхилення (SD)** складає 2,45. $M \pm SD$ = від 1,88 до 6,78 , що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «заперечення» у межах від 2 до 7 балів. **Середнє значення (4,33)** свідчить про помірний рівень використання заперечення як способу подолання труднощів, це значить що вони досить часто використовують цю копінг-стратегію. Значення 2,45 є помірним, бо існує певна варіативність у використанні стратегії, але вона не надто велика.

Результати за показниками стратегії “вживання речовин”

Середнє значення (M) стратегії “вживання речовин” складає 2,73. Стандартне відхилення (SD) складає 1,23. $M \pm SD$ = від 1,50 до 3,96, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «вживання речовин» у межах від 1,5 до 4 балів. Середнє значення (2,73) свідчить що ця копінг-стратегія використовується рідко. Значення 1,23 свідчить про низьку варіативність, що свідчить що результати учнів відносно близькі між собою.

Результати за показниками стратегії “емоційна підтримка”

Середнє значення (M) стратегії “емоційна підтримка” складає 5,42. Стандартне відхилення (SD) складає 1,85. $M \pm SD$ = від 3,57 до 7,27, що означає що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «емоційна підтримка» у межах від 3,5 до 7 балів. Середнє значення (5,42) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,85) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “поведінкове уникання”

Середнє значення (M) стратегії “поведінкове уникання” складає 4,28. Стандартне відхилення (SD) складає 1,85. $M \pm SD$ = від 2,43 до 6,13, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «поведінкове уникання» у межах від 2 до 6 балів. Середнє значення (4,28) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,85) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “вентиляція”

Середнє значення (M) стратегії “вентиляція” складає 4,88. **Стандартне відхилення (SD)** складає 1,48. $M \pm SD$ = від до , що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «вентиляція» у межах від 3,40 до 6,36 балів, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «вентиляція» у межах від 3 до 6 балів. Середнє значення (4,88) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,48) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “інструментальна підтримка”

Середнє значення (M) стратегії “інструментальна підтримка” складає 4,88. **Стандартне відхилення (SD)** складає 1,48. $M \pm SD$ = від 3,40 до 6,36, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «інструментальна підтримка» у межах від 3,40 до 6,36 балів, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «інструментальна підтримка» у межах від 3 до 6 балів. Середнє значення (4,88) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,48) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “позитивна переоцінка”

Середнє значення (M) стратегії “позитивна переоцінка” складає 5,13. **Стандартне відхилення (SD)** складає 1,53. $M \pm SD$ = від 3,60 до 6,66, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «позитивна переоцінка» у межах від 4 до 7 балів. Середнє значення (5,13) свідчить що ця копінг-

стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,53) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “самозвинувачення”

Середнє значення (M) стратегії “самозвинувачення” складає 4,47. Стандартне відхилення (SD) складає 1,72. $M \pm SD$ = від 2,75 до 6,19, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «самозвинувачення» у межах від 3 до 6 балів. Середнє значення (4,47) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,72) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “планування”

Середнє значення (M) стратегії “планування” складає 5,39. Стандартне відхилення (SD) складає 1,57. $M \pm SD$ = від 3,82 до 6,96, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «планування» у межах від 4 до 7 балів. Середнє значення (5,39) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,57) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “гумор”

Середнє значення (M) стратегії “гумор” складає 4,33. Стандартне відхилення (SD) складає 1,63. $M \pm SD$ = від 2,70 до 5,96, що означає що більшість учнів

мають показники за стратегією «планування» у межах від 3 до 6 балів. Середнє значення (4,33) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,63) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “прийняття”

Середнє значення (M) стратегії “прийняття” складає 5,31. Стандартне відхилення (SD) складає 1,63. $M \pm SD =$ від 3,68 до 6,94, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «прийняття» у межах від 4 до 7 балів. Середнє значення (5,31) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,63) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Результати за показниками стратегії “релігія”

Середнє значення (M) стратегії “релігія” складає 3,55. Стандартне відхилення (SD) складає 1,56. $M \pm SD =$ від 1,99 до 5,11, що означає що більшість учнів мають показники за стратегією «релігія» у межах від 2 до 5 балів. Середнє значення (3,55) свідчить що ця копінг-стратегія серед учнів застосовується досить часто. Невелике стандартне відхилення (1,56) вказує на низьку варіативність результатів, що свідчить що учні демонструють відносно схожий рівень застосування цієї копінг-стратегії, без різких відмінностей між окремими учнями.

Можна структурувати всі результати таким чином:

Переключення (M = 4,85; SD = 1,85; інтервал 3,00–6,70): стратегія використовується іноді, з помітною варіативністю між учнями.

Активне подолання (M = 5,28; SD = 1,78; інтервал 3,50–7,06): стратегія достатньо поширена, учні схильні застосовувати її у складних ситуаціях; варіативність помірною.

Заперечення (M = 4,33; SD = 2,45; інтервал 1,88–6,78): стратегія використовується досить часто, але з високою варіативністю, що свідчить про індивідуальні відмінності.

Вживання речовин (M = 2,73; SD = 1,23; інтервал 1,50–3,96): стратегія використовується рідко; результати учнів близькі між собою.

Емоційна підтримка (M = 5,42; SD = 1,85; інтервал 3,57–7,27): стратегія застосовується досить часто; варіативність низька.

Поведінкове уникання (M = 4,28; SD = 1,85; інтервал 2,43–6,13): стратегія використовується досить часто; варіативність низька.

Вентиляція (M = 4,88; SD = 1,48; інтервал 3,40–6,36): стратегія застосовується досить часто; варіативність низька.

Інструментальна підтримка (M = 4,88; SD = 1,48; інтервал 3,40–6,36): стратегія використовується досить часто; варіативність низька.

Позитивна переоцінка (M = 5,13; SD = 1,53; інтервал 3,60–6,66): стратегія застосовується досить часто; варіативність низька.

Самозвинувачення (M = 4,47; SD = 1,72; інтервал 2,75–6,19): стратегія використовується досить часто; варіативність низька.

Планування (M = 5,39; SD = 1,57; інтервал 3,82–6,96): стратегія застосовується досить часто; варіативність низька.

Гумор (M = 4,33; SD = 1,63; інтервал 2,70–5,96): стратегія використовується досить часто; варіативність низька.

Прийняття (M = 5,31; SD = 1,63; інтервал 3,68–6,94): стратегія застосовується досить часто; варіативність низька.

Релігія (M = 3,55; SD = 1,56; інтервал 1,99–5,11): стратегія використовується помірно часто; варіативність низька.

Можна зробити висновок, що більшість учнів демонструють середній та вище середнього рівень використання конструктивних копінг-стратегій (активне подолання, планування, позитивна переоцінка, прийняття, емоційна та інструментальна підтримка). Це свідчить про здатність більшості учнів до адаптивного реагування на труднощі, орієнтацію на вирішення проблем та пошук ресурсів.

Деструктивні стратегії (заперечення, самозвинувачення, поведінкове уникання) мають середній рівень вираженості, але з більшою варіативністю. Це свідчить, що частина учнів іноді вдається до менш ефективних способів подолання стресу, але вони не є провідними. Висока варіативність свідчить про індивідуальні відмінності: одні учні майже не використовують ці стратегії, інші використовують їх досить часто. Деструктивні стратегії мають середній рівень вираженості, що вказує на потребу у формуванні цієї групи з вибірки навичок більш продуктивного реагування на стрес.

Найменш поширеною є стратегія «вживання речовин», що свідчить про низьку схильність учнів до використання цього способу подолання труднощів. Це позитивний показник, особливо під час воєнного часу, бо свідчить про низьку схильність учнів до ризикованих та шкідливих форм поведінки у вибірці досліджуваних.

Для оцінки рівня резиліентності було застосовано методику «Шкала резиліентності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25)». Цей інструмент дозволяє визначити рівень життєстійкості учнів. Обробка результатів здійснювалася за

допомогою методів описової статистики: обчислювалися середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), а також дескриптивна статистика, шляхом частотного аналізу (зазначених даних у %).

Зведені результати за методикою CD-RISC 25 узагальнено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Показники описової статистики за методикою CD-RISC 25

Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	67.55	Середній рівень резилієнтності досліджуваних
Стандартне відхилення (SD)	± 25.20	Дуже висока варіативність результатів у групі досліджуваних
Мінімальне значення	26	Найнижчий рівень життєстійкості досліджуваних
Максимальне значення	93	Найвищий рівень життєстійкості досліджуваних

Рівень резилієнтності		
<i>Низький рівень (0– 49)</i>	20% (13 осіб)	Менша частка досліджуваних має низький рівень резилієнтності
<i>Середній рівень (50– 70)</i>	50% (32 особи)	Основна частка досліджуваних має середній рівень резилієнтності
<i>Високий рівень (71– 100)</i>	30% (19 осіб)	Значна частка досліджуваних має високий рівень резилієнтності

1. Середнє значення ($M = 67.55$) вказує на те, що в середньому досліджувані респонденти демонструють середній рівень резиліентності.

Цей показник розташовується в середньому діапазоні (50-70 балів), що вказує, що більшість групи мають задовільний (достатній) рівень адаптивних здібностей та мають ресурси щоб впоратись із стресовими чинниками.

2. Стандартне відхилення ($SD = \pm 25.20$) демонструє дуже високий рівень варіативності показників резиліентності (життєстійкості) серед учасників дослідження. Для об'єктивної оцінки варіативності було обчислено коефіцієнт варіацій, який склав 37.31%. Оскільки V (коефіцієнт варіацій) перевищує порогове значення 33%, це свідчить про значну гетерогеність вибірки за рівнем резиліентності. Високе значення стандартного відхилення свідчить про те, що частина респондентів має дуже низький рівень резиліентності, тоді як інші мають високий рівень резиліентності.

3. Мінімальне значення (26 балів) за шкалою резиліентності відображає, що певна частина респондентів має низький рівень психологічної стійкості. Такі показники можуть свідчити про виснаження психічних ресурсів, підвищену вразливість до стресових ситуацій та відсутність ефективних копінг-стратегій.

4. Максимальне значення (93 бали) демонструє наявність групи досліджуваних з високим рівнем життєстійкості. Це свідчить про їхню здатність ефективно адаптуватися до стресових умов, зберігаючи стабільність психічного стану та використовуючи конструктивні копінг-стратегії. Такий рівень резиліентності є показником сформованих внутрішніх ресурсів, що забезпечують психологічну стійкість і сприяють успішному подоланню життєвих труднощів.

5. Розподіл рівнів резиліентності:

Для коректної інтерпретації, результати було стратифіковано на три рівні (був здійснений категоріальний поділ). Внаслідок цього було встановлено, що 51.56%

вибірки мають середній рівень резилієнтності, тоді як значна частина (28.13%) має низький рівень резилієнтності. Середній рівень резилієнтності за шкалою CD-RISC-25 склав 67.55 ± 25.20 балів, що знаходиться в діапазоні від 42,35 до 92,75.

Низький рівень резилієнтності (0–49 балів) спостерігається у 20% досліджуваних (13 осіб). Для цієї групи характерні підвищена тривожність, емоційна вразливість та відсутність ефективних механізмів подолання стресу.

Середній рівень (50–70 балів) виявлено у 50% досліджуваних (32 особи). Ця група має достатній потенціал для адаптації до стресу, проте їхня стійкість може варіювати залежно від умов середовища та інтенсивності стресових впливів.

Високий рівень стійкості до стресу (71–100 балів) демонструють 30% досліджуваних (19 осіб). Ці респонденти здатні ефективно долати стресові ситуації та зберігати емоційну рівновагу навіть в умовах значних труднощів.

Отримані результати свідчать, що значна частина досліджуваних має середній або низький рівень стійкості до стресу, що є прямим наслідком стресогенних умов війни. Підвищена вразливість респондентів із низьким рівнем стійкості потребує подальшої уваги, оскільки вони можуть бути схильними до психічного виснаження та емоційних зривів.

Водночас респонденти з високим рівнем стійкості демонструють ефективне застосування адаптивних копінг-стратегій, що дозволяє їм зберігати психічне здоров'я навіть у критичних умовах.

Таким чином, аналіз показників стійкості до стресу дозволяє глибше зрозуміти індивідуальні відмінності у здатності респондентів до адаптації та психологічного відновлення. Подальший кореляційний аналіз дозволить встановити, як стійкість до стресу взаємопов'язана з базисними переконаннями та рівнем психологічного благополуччя.

Для узагальнення результатів дослідження було проведено розрахунок середніх значень (M), стандартного відхилення (SD), мінімальних та максимальних значень за всіма використаними методиками. Це дозволяє чітко побачити загальні тенденції, індивідуальні особливості та варіативність показників у вибірці.

Результати узагальнено у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Зведена статистика за показниками всіх методик

Методика	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімальне значення	Максимальне значення
Шкала резилієнтності Коннора Девідсона (CD-RISC 25)	67.55	± 25.20	26	93
MSPSS	49.94	±14.36	18	72
Госпітальна шкала тривоги та (HADS)	7.52	±3.36	2	14
Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу	25.97	±10.73	12	40

На основі результатів середніх значень та стандартних відхилень спостерігаються наступні тенденції:

1.Методика «Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25):

Результати методики показали, що 80% (51 особа) досліджуваних з вибірки мають достатній рівень резилієнтності, що дозволяє їм впоратись із стресовими чинниками.

Водночас, 20% (13 осіб) досліджуваних мають низький рівень резилієнтності, що потребує уваги через те що ця група осіб є найбільш вразливою серед

досліджуваних, бо має найменш особистісних ресурсів для того щоб впоратись із чинниками стресу.

2. COPE Mini (Brief COPE)

Результати більшості учнів демонструють середній та вище середнього рівень використання конструктивних копінг-стратегій (активне подолання, планування, позитивна переоцінка, прийняття, емоційна та інструментальна підтримка). Це свідчить про здатність більшості учнів до адаптивного реагування на труднощі, орієнтацію на вирішення проблем та пошук ресурсів.

Деструктивні стратегії (заперечення, самозвинувачення, поведінкове уникання) мають середній рівень вираженості, але з більшою варіативністю. Це свідчить, що частина учнів іноді вдається до менш ефективних способів подолання стресу, але вони не є провідними.

Найменш поширеною є стратегія «вживання речовин», це позитивний показник, особливо під час воєнного часу, бо свідчить про низьку схильність учнів до ризикованих та шкідливих форм поведінки у вибірці досліджуваних.

3. Опитувальник соціальної підтримки-MSPSS

Результати опитувальника показали, що 76.5% (49 осіб) досліджуваних мають достатній рівень соціальної підтримки, що свідчить що вони відчують підтримку від близьких осіб, можуть покладатися на допомогу рідних або друзів та ця підтримка може слугувати для них ресурсом життєстійкості, який допомагає їм впоратись із стресовими чинниками. Водночас, 23.44% (15 осіб) досліджуваних мають низький (недостатній) рівень соціальної підтримки, що може свідчити що основний потенційний ресурс, у вигляді допомоги родини є недостатнім або відсутнім, що може слугувати як фактор додаткового стресу та знижувати рівень психологічного стану у досліджуваних, підвищуючи рівень тривожності та депресивності.

4. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Результати методики показали, що 40,6% мають низький рівень тривожності, що свідчить про те що вони мають внутрішні ресурси, що забезпечують стійкість до стресових чинників та свідчить про те що вони мають високий рівень адаптивності. 32,8 % досліджуваних мають середній рівень тривожності, що характеризується показниками, що наближені до нижньої межі шкали. Що в цілому дає можливість зробити висновок, що 73% досліджуваних має не високий рівень тривожності, які свідчать що цей відсоток учнів мають в переважній більшості ресурси щоб впоратись із стресовими чинниками. Водночас, слід зауважити що 26,6% (17 осіб) досліджуваних мають високий рівень тривожності.

Результати методики показали, що більшість досліджуваних 38,7% (24 особи) досліджуваних мають низький рівень депресії, що свідчить про те що вони мають внутрішні ресурси, що забезпечують стійкість до стресових чинників та свідчить про те що вони мають високий рівень адаптивності. 33,9% (21 осіб) досліджуваних мають середній рівень депресії, що характеризується показниками, що наближені до нижньої межі шкали. Що в цілому дає можливість зробити висновок, що 73,4% досліджуваних має не високий рівень депресії, які свідчать що цей відсоток учнів мають в переважній більшості ресурси щоб впоратись із стресовими чинниками.

Водночас, слід зауважити що 27,4% (17 осіб) досліджуваних мають високий рівень тривожності, що свідчить про індивідуальну вразливість та відсутність достатньої кількості ресурсів.

5. Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу

Результати методики показали, що більшість досліджуваних (59,38%; 38 осіб) мають низький рівень інформаційного стресу, що свідчить про їхню відносну стійкість до інформаційних перевантажень та здатність зберігати психологічну

рівновагу. Середній рівень інформаційного стресу виявлено у 10,94% респондентів (7 осіб), що вказує на помірну напруженість у сприйнятті інформаційних потоків, яка може варіювати залежно від зовнішніх умов. Водночас 29,69% учасників дослідження (19 осіб) демонструють високий рівень інформаційного стресу, що свідчить про наявність групи респондентів із підвищеною вразливістю до інформаційного перевантаження, яке може негативно позначатися на їхньому емоційному стані та когнітивних процесах.

Подальший аналіз взаємозв'язків між досліджуваними показниками дозволить визначити кореляційні зв'язки та встановити їх вплив на стабільність психологічного здоров'я в умовах війни.

Для перевірки першої емпіричної гіпотези було проведено кореляційний аналіз між показниками Авторського опитувальника використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу (рівнем інформаційного стресу) та рівнем психологічного здоров'я (рівня тривожності та депресії) за шкалою HADS. Мета аналізу – встановити, як рівень інформаційного стресу пов'язаний з рівнем психологічного стану досліджуваних.

Результати кореляційного аналізу подано у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8.

Кореляційний аналіз між рівнем інформаційного стресу та рівнем психологічного стану (HADS)

Показники	Значення (r; p)	Інтерпретація
Кореляція між інформаційним стресом і тривожністю	-0.428; <0.001	Негативний зв'язок: зі зростанням інформаційного стресу рівень тривожності знижується.
Кореляція між інформаційним стресом і депресією	-0.465; <.001	Негативний зв'язок: зі зростанням інформаційного стресу рівень депресії знижується.

Гіпотеза: «Існує позитивний кореляційний зв'язок між високим рівнем інформаційного стресу та показниками тривоги або депресії за шкалою HADS».

Отриманий статистично значущий негативний кореляційний зв'язок між рівнем інформаційного стресу та рівнем тривожності ($r = -0,428$; $p < 0,001$) який може бути зумовлений проявом адаптивних механізмів, а саме: когнітивних механізмів регуляції (когнітивна переоцінка, селективна увага, критичне мислення) та емоційної регуляції (контроль емоційної реакції, використання адаптивних копінг-стратегій, толерантності до невизначеності), які дозволяють досліджуваним сприймати інформаційні навантаження як контрольовані та менш загрозливі для психологічного стану підлітків.

Було виявлено, що підвищене інформаційне навантаження у частини респондентів не призводить до зростання тривожності, а навпаки асоціюється зі зниженням її рівня. Це може бути зумовлено сформованими копінг-стратегіями, які забезпечують ефективну переробку інформаційних потоків, а також сприйняттям інформаційних стимулів як контрольованих та передбачуваних.

Таким чином, можна зробити припущення, що інформаційний стрес у даному випадку може виконувати функцію адаптивного чинника, який активує адаптивні механізми психіки, який сприяє зниженню емоційного напруження (рівня тривожності та депресії).

Отриманий негативний зв'язок між інформаційним стресом та тривожністю може бути пояснений особливостями інструменту вимірювання (Авторського опитувальника). Частина запитань опитувальника фіксувала не лише негативні наслідки інформаційного навантаження (присутність страху, інформаційної втоми, тілесних симптомів), але й інтенсивність інформаційної активності (№1,8,9,10) та прагнення бути поінформованим (№3,7). Якщо брати такий варіант, то він буде зумовлений тим, що високі показники можуть відображати адаптивні когнітивні механізми (переоцінку,

відчуття контролю, активну позицію), що може супроводжуватися зниженням тривожності та депресії.

У сучасних умовах, враховуючи контекст, а саме наявність військово часу, доступ до інформації може знижувати тривожність та депресивність, тому що забезпечує відчуття поінформованості та відчуття контролю над ситуацією у підлітків. Таким чином, високий рівень інформаційного стресу може виступати адаптивним фактором, який зменшує ці показники.

Такі результати кореляційного аналізу можуть вказувати на те що респонденти з високим інформаційним стресом вже виробили ефективні копінг-стратегії (наприклад: фільтрація новин, високий рівень критичного мислення, уникання перегляду зайвих джерел чи інші).

Результати кореляційного аналізу спростували гіпотезу про позитивний зв'язок між високим рівнем інформаційного стресу та показниками тривожності й депресії. Навпаки, було виявлено статистично значущий негативний зв'язок між інформаційним стресом та тривожністю ($r = -0,428$; $p < 0,001$), а також між інформаційним стресом та депресією ($r = -0,465$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що підвищене інформаційне навантаження у частини респондентів може виконувати функцію адаптивного чинника, знижуючи рівень емоційного напруження.

Таким чином, здатність індивіда до когнітивної переоцінки інформаційних потоків, формування відчуття контролю та використання ефективних копінг-стратегій є важливими для підтримки психологічної стійкості та зменшення ризику емоційного неблагополуччя в умовах війни.

Для перевірки наступної гіпотези було проведено множинний лінійний регресивний аналіз між показниками рівня життестійкості (CD-RISC25) та соціальної підтримки (MSPSS) та показниками рівня тривожності та депресивності (HADS).

Гіпотеза: «Рівень соціальної підтримки та рівень життєстійкості виступають буферними факторами, які знижують вираженість психологічних наслідків стресу (тривожність та депресія)».

Мета аналізу полягала у визначенні взаємозв'язку між рівнем життєстійкості та рівнем сприйняття соціальної підтримки і рівнем тривожності та депресії (психологічним станом) підлітків.

Показники (змінні): рівень резилієнтності (модеруюча 1), рівень соціальної підтримки (модеруюча 2), психологічний стан-рівень тривожності та депресії (залежні змінні).

Цілю було виміряти прямий ефект: «Чи впливає рівень життєстійкості та соціальної підтримки на рівень тривожності/депресії?» .

Результати модераційного аналізу представлені у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Множинний лінійний регресійний аналіз між рівнем життєстійкості та соціальної підтримки і рівнем тривоги та депресії (враховуючи вплив інформаційного стресу)

Показники	Значення (r; p)	Інтерпретація
Множинний лінійний регресійний аналіз між рівнем соціальної підтримки та рівнем тривоги	0.213; 0.279	Зв'язок незначущий.
Множинний лінійний регресійний аналіз між життєстійкості та рівнем тривоги	-0.054; 0.838	Зв'язок незначущий.

Предиктор	Залежна змінна	Коефіцієнт кореляції Пірсона (r)	Значущість (p) для r	Коефіцієнт регресії (B)	Значущість (p) для (B)
Соціальна підтримка	Тривожність	0.15	0.045	0.213	0.279
Життєстійкість	Тривожність	-0.42	0.001	-0.054	0.838

Для первинної оцінки зв'язків між змінними було проведено кореляційний аналіз Пірсона. Результати показали, що обидва досліджувані фактори мають статистично значущі двомірні зв'язки з рівнем тривожності.

-Було виявлено значущий негативний зв'язок між рівнем життєстійкості та тривожністю ($r = -0.42$, $p = 0.001$), що свідчить про те, що особи з вищою життєстійкістю схильні мати нижчий рівень тривожності.

-Було виявлено слабкий позитивний зв'язок між рівнем соціальної підтримки та тривожністю ($r = -0.15$, $p = 0.045$).

Проте, результати множинної лінійної регресії, проведеної з метою оцінки незалежного внеску цих предикторів, показали, що модель є статистично незначущою ($F(2, N) = 0.758$, $p = 0.472$) і пояснює лише $R^2 = 0.020$ варіативності тривожності.

Це свідчить про те, що два предиктори спільно пояснюють лише 2% варіативності тривожності. Аналіз індивідуальних предикторів також показав їх статистичну незначущість: рівень соціальної підтримки ($B = 0.213$, $p = 0.279$) та рівень життєстійкості ($B = -0.054$, $p = 0.838$), що свідчить що жоден з факторів не мають статистично значного прямого незалежного впливу на вираженість тривожності у підлітків. Таким чином, можна зробити висновок що перша частина висунутої гіпотези не підтвердилася.

Отриманий результат може бути пов'язаний з кількома факторами. По-перше, цілком можливо, що підтримка та життєстійкість починають ефективно працювати

лише за умов високого рівня стресу, а не незалежно від нього. По-друге, слабкість зв'язку може бути зумовлена специфікою вибірки підлітків, де у частини досліджуваних, соціальна підтримка від батьків могла сприйматися з меншою значущістю загалом та порівнянно з підтримкою друзів. Ці результати вказують на те, що унікальний внесок кожного з цих факторів у пояснення рівня тривожності, після контролю впливу іншого фактора, є незначущим, незважаючи на наявність попередніх значущих кореляцій.

Аналіз впливу предикторів на рівень депресивності також не підтвердив гіпотезу. Модель, де рівень депресивності виступав залежною змінною, виявилася статистично незначущою ($F(2, N) = 0.187, p = 0.830$), а предиктори пояснили лише мінімальну частку дисперсії ($R^2 = 0.005$). Це свідчить про те, що рівень соціальної підтримки та життєстійкості практично не впливають на депресивність у цій вибірці.

Індивідуальні коефіцієнти також були незначущими: рівень соціальної підтримки ($B = 0.060, p = 0.841$) і рівень життєстійкості ($B = -0.021, p = 0.936$). Друга частина гіпотези також не підтвердилась.

Загалом, спростування гіпотези у моделях прямого впливу може бути ключовим індикатором того, що взаємозв'язок є складнішим, ніж лінійний. Ймовірно, що ці ресурси стають критично важливими саме тоді, коли рівень стресу є високим, а за середнього чи низького рівня стресу їх прямиї вплив на психологічні наслідки залишається незначним.

Для перевірки наступної гіпотези було проведено кореляційний аналіз. Мета аналізу полягала у визначенні взаємозв'язку між рівнем соціальної підтримки та використанням дезадаптивних копінг-стратегій підлітків.

Гіпотеза: «Існує негативний кореляційний зв'язок між високим або середнім рівнем сприйнятої соціальної підтримки та частотою використання дезадаптивних копінг-стратегій».

Показники (змінні): рівень соціальної підтримки (модеруюча), дезадаптивні копінг стратегії (залежні змінні).

Мета аналізу полягала у визначенні взаємозв'язку між рівнем соціальної підтримки та використанням дезадаптивних копінг-стратегій підлітками. Цілю було виміряти прямий ефект: «Чи впливає рівень соціальної підтримки на зменшення використання дезадаптивних копінг стратегій?».

Проведене кореляційне дослідження підтверджує гіпотези про зв'язок між соціальними ресурсами та механізмами подолання стресу. Загалом, виявлено статистично значущу, хоча і слабку, негативну кореляцію між рівнем сприйняття соціальної підтримки та загальною частотою використання дезадаптивних копінг-стратегій ($r = -0.266$, $p = 0.034$). Цей результат корелює з основними положеннями гіпотези про буферну роль соціальної підтримки, яка вказує, що відчуття наявності доступного ресурсу, у вигляді соціальної підтримки, діє як пом'якшувальний фактор при зіткненні зі стресом. Гіпотеза була підтверджена, що можна сформулювати висновок: чим вищий рівень підтримки, тим менше необхідності у підлітка мобілізувати неефективні, а часом дуже дезадаптивні та шкідливі, копінг-механізми.

Однак, ключовим відкриттям дослідження є диференційований вплив підтримки на окремі дезадаптивні стратегії. Зв'язок із загальною сумою використання дезадаптивних стратегій серед досліджуваних значною мірою опосередкований сильною та високо значущою негативною кореляцією зі стратегією «Заперечення» ($r = -0.329$, $p = 0.008$).

Можна припустити, що в умовах високого рівня підтримки (надійного ресурсу), підліток відчуває меншу загрозу та має достатній рівень психологічної безпеки, для того щоб прийняти факт проблеми, не вдаючись до її когнітивного спотворення чи витіснення, що призвело б до використання дезадаптивних копінг-стратегій. Відчуття підлітка що він не є самотнім, знижує потребу у використанні захисного механізму у вигляді ілюзії благополуччя або дезадаптивних копінг стратегій.

На противагу цьому, зв'язок зі стратегіями, які мають виражену емоційну забарвленість (такі як уникання, вживання речовин, вентиляція та самозвинувачання), виявився статистично не значущим (усі $p > 0.05$). Це може вказувати на те, що ці копінг-стратегії можуть бути більш стійкими та менш чутливими до загального фактору сприйняття підтримки.

Причина цього може полягати в тому, що схильність до вживання речовин чи фізичного уникання може бути тісніше пов'язана з конкретними особистісними психологічними дисфункціями (імпульсивністю, низькою толерантністю до фрустрації, вищою базовою тривожністю) чи може бути результатом соціального дисфункціонального впливу оточення однолітків.

Таким чином, можна зробити висновок, що підтримка є необхідною умовою для формування адаптивного копіngu, хоча її вплив є селективним. Соціальна підтримка має вплив переважно на когнітивні механізми захисту, але не виступають вирішальним чинником у попередженні фіксованих форм дезадаптивної поведінки.

Результати кореляційного аналізу представлені у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10.

Кореляційний аналіз між рівнем соціальної підтримки та використання дезадаптивних копінг-стратегій

Змінна-корелянт (Дезадаптивний копінг)	Коефіцієнт Пірсона (r)	Рівень значущості (p)	Значущість	Напрямок та сила зв'язку
Сума дезадаптивного Копінгу (Загальний бал)	-0.266	0.034	Значущий	Слабкий, негативний
Заперечення	-0.329	0.008	Значущий	Слабкий/Помірний, негативний
Уникнення	-0.214	0.089	Не значущий	Дуже слабкий, негативний
Вентиляція емоцій	-0.221	0.079	Не значущий	Дуже слабкий, негативний

Самозвинувачення	-0.225	0.074	Не значущий	Дуже слабкий, негативний
Вживання речовин	-0.159	0.208	Не значущий	Відсутній/ Дуже слабкий

3.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

У третьому розділі було проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку рівня інформаційного стресу, рівня соціальної підтримки, рівня резилієнтності, використовуваних копінг-стратегій та психологічного стану (рівня тривожності та рівня депресії) в умовах війни. Застосування методів описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення, частотний аналіз) дозволило виявити загальні тенденції та індивідуальні відмінності у вибірці. На основі отриманих результатів здійснено детальний аналіз і інтерпретацію показників за обраними методиками, що дозволило зробити наступні узагальнення.

Отримані результати показали, що більшість учнів мають низький рівень інформаційного стресу (59,38%), що свідчить про наявність ресурсів для подолання інформаційного навантаження та відносно високий рівень медіаграмотності. Водночас майже третина респондентів (29,69%) демонструє високі показники інформаційного стресу, що може бути зумовлено інтенсивним використанням соціальних мереж, експозицією травматичного контенту та недостатнім рівнем соціальної підтримки.

Аналіз рівня тривожності показав, що середнє значення перебуває у межах норми ($M=7.52$; $SD=3.36$), проте значна частка учнів має клінічно значущий рівень тривожності (26,6%). Це свідчить про неоднорідність вибірки: поряд із респондентами, які демонструють психологічну стійкість, є група з високою емоційною напруженістю та вразливістю до інформаційного стресу.

Дослідження рівня депресії також підтвердило неоднорідність вибірки: середнє значення ($M=9.375$; $SD=3.49$) перебуває у межах норми, але майже третина учнів (27,4%) демонструє високий рівень депресії. Це вказує на наявність групи респондентів із підвищеним ризиком психоемоційного виснаження, що потребує цілеспрямованих психологічних інтервенцій.

Отримані результати емпіричного дослідження свідчать про те, що більшість підлітків у вибірці характеризуються відносно низьким рівнем інформаційного стресу, тривожності та депресії, що може бути індикатором наявності адаптивних ресурсів, резилієнтності та соціальної підтримки. Водночас значна частка респондентів демонструє високі показники тривожності та депресії, що вказує на неоднорідність групи та потребу у додатковій психологічній допомозі.

Таким чином, психологічний стан підлітків у воєнних умовах визначається поєднанням індивідуальних особливостей, рівня резилієнтності, соціальної підтримки та інтенсивності інформаційного навантаження.

Отримані результати емпіричного дослідження дозволили спростувати та підтвердити деякі гіпотези, а саме:

Основна гіпотеза «Існує позитивний кореляційний зв'язок між високим рівнем інформаційного стресу та показниками тривоги або депресії за шкалою HADS» не підтвердилася.

Було виявлено статистично значущий негативний зв'язок між інформаційним стресом і тривожністю ($r = -0,428$; $p < 0,001$), а також між інформаційним стресом і депресією ($r = -0,465$; $p < 0,001$). Це свідчить про те що підвищене інформаційне навантаження у частини досліджуваних може виконувати адаптивну функцію, знижуючи рівень емоційного напруження.

Додаткова гіпотеза 1 «Рівень соціальної підтримки та рівень життєстійкості виступають буферними факторами, які знижують вираженість психологічних наслідків стресу (рівень тривожності та депресії)» не підтвердилася у моделі прямого впливу. Хоча кореляційний аналіз показав значущий негативний зв'язок між життєстійкістю та тривожністю ($r = -0,42$; $p = 0,001$), результати множинної регресії виявилися статистично незначущими ($R^2 = 0.020$ для тривожності; $R^2 = 0.005$ для депресії), що свідчить про те що соціальна підтримка та життєстійкість не мають самостійного прямого ефекту, а їх роль може проявлятися лише за умов високого рівня стресу.

Додаткова гіпотеза 2. «Існує негативний кореляційний зв'язок між високим або середнім рівнем сприйнятої соціальної підтримки та частотою використання дезадаптивних копінг-стратегій» підтвердилася частково. Було виявлено статистично значущу негативну кореляцію між рівнем соціальної підтримки та загальною частотою використання дезадаптивних стратегій ($r = -0.266$; $p = 0.034$), а також сильніший зв'язок зі стратегією «Заперечення» ($r = -0.329$; $p = 0.008$). Водночас, слід зауважити що зв'язки з іншими дезадаптивними стратегіями (уникання, вживання речовин, самозвинувачення) виявилися незначущими. Підсумовуючи, отримані результати показали, що:

Перша гіпотеза була спростована — інформаційний стрес може виступати адаптивним чинником.

Друга гіпотеза не підтвердилася у прямій моделі — соціальна підтримка та життєстійкість не мають самостійного ефекту, але їх роль може бути опосередкованою.

Третя гіпотеза підтвердилася частково — соціальна підтримка знижує використання окремих дезадаптивних стратегій, особливо «Заперечення».

Значущість результатів дослідження полягає у можливості їх практичного застосування для розробки програм психологічної підтримки.

Отримані дані можуть бути використані у психоедукації щодо медіаграмотності та під час шкільних занять, орієнтованих на розвиток стресостійкості, формування позитивних копінг стратегій та способів самостійного покращення емоційного стану.

Таким чином, результати дослідження підтверджують важливість роботи над ресурсами особистості, підтримкою використання адаптивних копінг-стратегій та розвитку оптимістичних установок та практичних вправ для забезпечення стійкості до стресу (у тому числі інформаційного) та стабільності психологічного здоров'я підлітків в умовах війни.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та практичне вирішення наукового завдання, що полягало у вивченні особливостей взаємозв'язку інформаційного стресу та стабільності психологічного здоров'я підлітків у воєнних умовах.

Було описано особливості базисних переконань, їхні категорії та вплив на структуру особистості. Позитивні переконання (віра у добро світу, справедливість, керованість подій) виступають ресурсом для підтримки психічного здоров'я, тоді як деструктивні переконання (зневіра у себе, відчуття випадковості) знижують адаптаційні можливості та підвищують ризик стресових станів.

Проаналізовано наукові підходи до вивчення феномену інформаційного стресу, резилієнтності та психологічного здоров'я. Зокрема, класичні та сучасні концепції (М. Руттер, С. Луттар, українські дослідники) підтверджують багатовимірність і динамічність цього феномену.

Було узагальнено сучасні теоретичні моделі, які пояснюють механізми впливу інформаційного стресу на психологічний стан особистості в умовах війни.

Було встановлено, що інформаційний стрес може мати як деструктивний, так і адаптивний характер залежно від рівня резилієнтності та соціальної підтримки.

Досліджено рівень інформаційного стресу серед підлітків: більшість респондентів (59,38%) мають низький рівень, що свідчить про наявність ресурсів для його подолання, проте майже третина (29,69%) демонструє високі показники, що потребує особливої уваги. Аналіз рівня тривожності та депресії показав неоднорідність вибірки: хоча середні значення перебувають у межах норми, значна частка учнів має клінічно значущі показники тривожності (26,6%) та депресії (27,4%).

Проведене емпіричне дослідження та отримані результати дозволили перевірити кілька гіпотез. Основна гіпотеза про позитивний зв'язок між інформаційним стресом та рівнем тривожності/депресії була спростована: виявлено статистично значущий негативний зв'язок, що свідчить про можливу адаптивну роль інформаційного навантаження.

Перша додаткова гіпотеза про буферну роль соціальної підтримки та життєстійкості у зниженні тривожності та депресії не підтвердилася у моделі прямого впливу, проте кореляційний аналіз показав їх опосередковану роль.

Друга додаткова гіпотеза про негативний зв'язок між соціальною підтримкою та використанням дезадаптивних копінг-стратегій підтвердилася частково, бо було виявлено значущий зв'язок із загальним рівнем дезадаптивного копінгу, особливо зі стратегією «Заперечення».

Отримані результати підкреслюють важливість розвитку медіаграмотності, формування адаптивних копінг-стратегій та підвищення рівня соціальної підтримки як ключових ресурсів для збереження психологічного здоров'я підлітків у кризових умовах.

Виявлені тенденції створюють підґрунтя для розробки превентивних програм психологічної допомоги, спрямованих на зниження інформаційного стресу, підтримку резилієнтності та профілактику тривожних і депресивних станів.

Психологічне здоров'я підлітків у воєнних умовах визначається складною взаємодією інформаційного стресу, рівня резилієнтності, соціальної підтримки та копінг-стратегій.

Позитивні переконання та адаптивні ресурси виступають захисними факторами, тоді як деструктивні переконання та дезадаптивні стратегії підвищують ризик емоційного неблагополуччя. Отримані результати підтверджують необхідність комплексного підходу до підтримки психологічного здоров'я підлітків, яка включала б розвиток життєстійкості,

формування ефективних копінг-стратегій та забезпечення соціальної підтримки.

Перспективами подальших досліджень є розробка та впровадження програм психологічної корекції, які будуть спрямовані на зниження рівня інформаційного стресу серед учнів середніх класів. Такі програми можуть включати тренінги з розвитку стресостійкості, формування навичок критичного мислення щодо інформації в соціальних мережах, навчання методам емоційної саморегуляції та цифрової гігієни, а також навчання адаптивним методам копінг-стратегії та пошуку альтернативних джерел соціальної підтримки. Важливим напрямом є також залучення батьків та педагогів до процесу підтримки та процесу психоедукації, що дозволить створити комплексну систему профілактики та корекції інформаційного стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондар Т. В. Психологічні ресурси та адаптація особистості підлітків в умовах воєнного стану // *Психологія. Педагогіка. Соціальна робота: актуальні питання та перспективи розвитку*. 2023. С. 138–143.
2. Бондаренко О. Ф. Психологія сімейного виховання : навч. посібник. Київ : Академвидав, 2015. 312 с.
3. Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С. Психологія здоров'я : навч. посібник. Київ : Академвидав, 2012. 368 с.
4. Бурлачук Л. П., Костюк Г. С. Психологія здоров'я : монографія. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 280 с.
5. Гречановська О. В. Вплив соціальних мереж на психологічний стан та самооцінку підлітків // *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 7, Вип. 45. С. 198–207.
6. Гуменюк О. Інформаційний стрес: особливості визначення та вплив медіа-контенту // *Психологічний часопис*. 2024. № 1(5). С. 88–95.
7. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я особистості: структура та критерії // *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2020. Вип. 9. С. 101–110.
8. Іванов О. І. Вплив хронічного бойового стресу на формування ідентичності особистості // *Український психологічний вісник*. 2024. № 1(8). С. 15–25.
9. Коцан І. Я. Психологія здоров'я : навч. посібник. Луцьк : Волинський національний університет ім. Лесі Українки, 2010. 436 с.
10. Кочубейник О. М. Психологічна безпека особистості в умовах соціальних трансформацій та воєнних загроз // *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2023. Вип. 52 (55). С. 13–21.
11. Колотій Н. Психологічне здоров'я особистості: адаптаційні ресурси та механізми // *Наукові студії з соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 42 (45). С. 112–120.

- 12.Кравцов Д. Р. Психологічна стійкість особистості в умовах стресу: теоретичний аналіз // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Вип. 5. С. 73–80.
- 13.Лазос Г. П., Дмитришин С., Дзюнь Х. Б. Резилієнтність як психологічний ресурс подолання кризових ситуацій // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 2. С. 85–93.
- 14.Ляшенко І. В. Вплив соціальних мереж на розвиток та виховання підлітків // *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2019. Вип. 43. С. 198–206.
- 15.Максименко С. Д. Психологічна стійкість особистості: механізми та динаміка : монографія. Київ : Наукова думка, 2017. 320 с.
- 16.Максименко С. Д. Психічне здоров'я особистості : монографія. Київ : Видавництво Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2021. 320 с.
- 17.Максименко С. Д. Психологія особистості : навч. посібник. Київ : КМ Academia, 2007. 256 с.
- 18.Максименко С. Д., Руденко Я., Кушнієрова А., Невмержицький В. Психічне здоров'я особистості : монографія. Київ : Видавництво Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2021. 320 с.
- 19.Мегем О. М. Соціальні мережі як чинник формування емоційного благополуччя молоді // *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 150–159.
20. Мельничук І. В., Каргіна Н. В. Психологічне здоров'я особистості: сучасні підходи та визначення // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. Вип. 2. С. 45–52.
- 21.Микитка О. Соціальні мережі як ресурс підтримки та фактор інформаційного стресу у молоді // *Актуальні проблеми психології*. 2021. Т. 8, Вип. 47. С. 134–142.

22. Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю., Товт В. В. Психологічні аспекти інформаційного стресу. Київ : Ліра-К, 2024. 280 с.
23. Морушко О. Психологічний вплив соціальних мереж на підлітків // *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2020. Вип. 15. С. 112–120.
24. Орос М. М., Гал А. В. Інформаційний стрес як психологічна проблема сучасності // *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2019. Вип. 1 (44). С. 112–118.
25. Орос М. М., Фістер А. В. Стрес як адаптаційна реакція організму // *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2018. Вип. 1 (43). С. 101–108.
26. Овчаренко О. В. Стрес як універсальна реакція організму: психологічний аспект // *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2017. Вип. 60. С. 45–52.
27. Павелків Р. В. Вікова психологія : підручник. Київ : Кондор, 2011. 469 с.
28. Павлик Н. Психологічне здоров'я особистості: багаторівневий підхід // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 4. С. 87–94.
29. Потапюк Л. М. Вплив соціальних мереж на самооцінку та психологічний стан молоді // *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2019. Вип. 14. С. 200–208.
30. Прібілова О. В., Іванов М. В. Соціальні мережі як фактор ризику психологічного здоров'я підлітків // *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2021. Вип. 16. С. 198–210.
31. Пундєв В. В. Динаміка інформаційного стресу у студентської молоді: вплив адаптації до освітнього середовища // *Вісник психології та педагогіки. Серія: Психологічні науки*. 2024. № 3. С. 45–52.
32. Работа Т. Психологічне здоров'я особистості: багатовимірний підхід // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. С.201

- 33.Робота Т. Психологічне здоров'я особистості: багатовимірний підхід // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2017. Вип. 3. С. 56–62
- 34.Сергеєнкова О. П. Психологія розвитку особистості в підлітковому віці : навч. посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 284 с.
- 35.Сліпченко Н. П. Психічне здоров'я підлітків в умовах воєнного часу: фактори ризику та шляхи підтримки // *Молодий вчений*. 2023. № 5 (117). С. 25–29.
- 36.Словник психологічних термінів / уклад. Кол. авт.; Національний університет харчових технологій. Київ : НУХТ, 2025. 256 с.
- 37.Українсько-англійський словник психологічних термінів / уклад. Кол. авт.; Кам'янець-Подільський національний університет ім. І. Огієнка. Кам'янець-Подільський : К-ПНУ, 2023. 312 с.
- 38.Овчаренко О. В. Стрес як універсальна реакція організму: психологічний аспект // *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2017. Вип. 60. С. 45–52.
39. Заболотна Н. В. Психологічна резилієнтність як інтегративна якість особистості // *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 42 (45). С. 95–104.
40. Цибух Л. М. Вплив стилю сімейного виховання на розвиток особистісних якостей підлітків // *Науковий вісник Університету імені К. Д. Ушинського. Серія «Психологія»*. – Одеса : ПНДІЕІ, 2020. – № 2. – С. 45–52.
- 41.Allport G. W. *Pattern and Growth in Personality*. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1961. 593 p.
- 42.American Psychological Association. *Mental health*. Washington, DC : APA, 2023. URL: <https://dictionary.apa.org/mental-health>.
- 43.Assagioli R. *Psychosynthesis: A Manual of Principles and Techniques*. New York : Viking Press, 1965. 312 p.

44. Bawden D., Robinson L. Digital Overload and Stress. In: *The Handbook of Digital Well-being*. New York : Routledge, 2024. P. 110–125.
45. Basoglu M., Livanou M., Crnobaric C. Torture and mass violence: Multidimensional psychological consequences // *Springer Series in Human Rights and Mental Health*. Cham : Springer, 2019. P. 45–67.
46. BMJ Open. Mental health as a multidimensional concept: subjective well-being, adaptation, self-development and social integration // *BMJ Open*. London : BMJ Publishing Group, 2021. Vol. 11.
47. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel developmental psychopathology perspective // *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9, No. 3. P. 145–154.
48. Denckla C. A., Kubzansky L. D., Koenen K. C. Resilience: Psychosocial perspectives on the adaptation to adversity // *Harvard Review of Psychiatry*. 2020. Vol. 28, No. 4. P. 223–237.
49. Dickerson S. S., Kemeny M. E. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research // *Psychological Bulletin*. 2004. Vol. 130, No. 3. P. 355–391.
50. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index // *American Psychologist*. 2000. Vol. 55, No. 1. P. 34–43.
51. Eppler M. J., Mengis J. A Comprehensive Review of Information Overload and Its Consequences // *Journal of Knowledge Management*. 2024. Vol. 28, No. 2. P. 120–135.
52. Erikson E. H. *Identity: Youth and Crisis*. New York : W. W. Norton & Company, 1968. 336 p.
53. Farchi M., Peled-Avram M. The A.R.T. of resilience: A new integrative framework for trauma and stress response // *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. Article 678636.
54. Freud S. *The Ego and the Id*. London : Hogarth Press, 1923. 96 p.

55. French J. R. P., Caplan R. D., Harrison R. V. *The Mechanisms of Job Stress and Strain*. New York : Wiley, 1982. 180 p.
56. Garmezy N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty // *American Behavioral Scientist*. 1991. Vol. 34, No. 4. P. 416–430.
57. Herrman H., Stewart D. E., Diaz-Granados N., Berger E. L., Jackson B., Yuen T. What is resilience? // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 56, No. 5. P. 258–265.
58. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress // *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, No. 3. P. 513–524.
59. Holmes T. H., Rahe R. H. The Social Readjustment Rating Scale // *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11, No. 2. P. 213–218.
60. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York : Free Press, 1992. 256 p.
61. Johnny R. Resilience: The ability to adapt and recover from stress and trauma // *Journal of Psychology and Behavioral Science*. 2017. Vol. 5, No. 2. P. 45–53.
62. Kalisch R., Köber G., Binder H. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience // *Behavioral and Brain Sciences*. 2017. Vol. 40.
63. Keyes C. L. M., Lopez S. J. The Continuum of Mental Health and Illness. In: *The Handbook of Positive Psychology*. New York : Oxford University Press, 2002. P. 119–131.
64. Lakshminarayan R., Marti R. S. War and crises as disruptors of core beliefs: A review of psychological impacts // *International Journal of Mental Health*. 2019. Vol. 48, No. 2. P. 110–125.
65. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984. 456 p.

- 66.Littleton H., Bistricky S. Resilience as a systemic and dynamic process of adaptation: Methodological innovations in trauma research // *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015. Vol. 16, No. 4. P. 466–473.
- 67.Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work // *Child Development*. 2000. Vol. 71, No. 3. P. 543–562.
- 68.Maslow A. H. *Motivation and Personality*. New York : Harper & Row, 1954. 411 p.
- 69.Masten A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development // *American Psychologist*. 2001. Vol. 56, No. 3. P. 227–238.
- 70.Masten A. S., Yates T. M., Tyrell F. A. Resilience Theory and the Practice of Positive Psychology From Individuals to Societies. In: Lopez S. J., Snyder C. R. (eds.). *The Oxford Handbook of Positive Psychology*. 2nd ed. New York : Oxford University Press, 2009. P. 117–131.
- 71.Masten A. S. Global perspectives on resilience in children and youth // *Child Development*. 2014. Vol. 85, No. 1. P. 6–20.
- 72.McEwen B. S., Akil H. Revisiting the Stress Concept: Implications for Affective Disorders // *Journal of Neuroscience*. 2020. Vol. 40, No. 1. P. 12–21.
- 73.Meté C., Burelle N., Gillham J. E., Tarquinio C., Martin-Krumm C. Resilience as a complex phenomenon: Beyond individual traits // *European Journal of Psychology*. 2019. Vol. 15, No. 3. P. 180–192.
- 74.Piaget J. *The Psychology of the Child*. New York : Basic Books, 1969. 192 p.
- 75.Richardson G. E. The metatheory of resilience and resiliency // *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58, No. 3. P. 307–321.
- 76.Rogers C. R. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston : Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
- 77.Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1987. Vol. 57, No. 3. P. 316–331.

78.Ryff C. D., Singer B. H. Flourishing under adversity: Resilience from the perspective of positive psychology // *American Psychologist*. 2003. Vol. 58, No. 1. P. 15–24.

79.Seedat S. Resilience as a protective factor in posttraumatic stress disorder: Sociocultural and gender determinants // *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9, No. 3. P. 145–154.

80.Slavich G. M. Stress and health: A social perspective // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016. Vol. 12. P. 397–421.

81.Steinberg L. *Adolescence*. 11th ed. New York : McGraw-Hill, 2017. 432 p.

82.Topp C. W., Østergaard S. D., Søndergaard S., Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015. Vol. 84, No. 3. P. 167–176.

83.Ungar M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2011. Vol. 81, No. 1. P. 1–17.

84.Ungar M. (ed.). *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change*. New York : Oxford University Press, 2021. 432 p.

85.Vygotsky L. S. *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1978. 159 p.

86.Werner E. E., Smith R. S. *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York : McGraw-Hill, 1982. 256 p.

87.World Health Organization. *Mental health and psychosocial support in emergencies: report*. Geneva : WHO, 2022. 54 p.

«ШКАЛА РЕЗИЛІЄНТНОСТІ КОННОРА-ДЕВІДСОНА (CD-RISC 25)»***Загальна характеристика методики:***

Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC 25) є психодіагностичним інструментом, який направлений на визначення рівня життєстійкості. Ця методика вважається однією із найбільш авторитетних психодіагностичних інструментів для вимірювання психологічної стійкості (резилієнтності). Резилієнтність визначається авторами методики, як здатність “процвітати перед лицем нещастя” (thrive in the face of adversity), ефективно справлятися із стресом, травматичними епізодами, здатності швидко відновлюватися після життєвих труднощів. Оригінальний факторний аналіз та інші дослідження виявили що CD-RISC 25 вимірює резилієнтність як багатовимірний конструкт, який складається з 5 взаємопов'язаних компонентів. Автори розглядали психологічну резилієнтність як динамічну та стійку (довготривалу, постійну) взаємодію особистісних якостей.

Перший компонент це віра у власні здібності, здатність людини не здаватися перед перешкодами, здатність людини не здаватися перед перешкодами, прагнення до саморозвитку.

Другий компонент це здатність приймати рішення та діяти, спираючись на внутрішні відчуття, особливо в невизначених та стресових ситуаціях, здатність якісно та конструктивно справлятися із емоціями негативного спектру, сприйняття минулого досвіду як корисного ресурсу для того щоб покращити себе або майбутнє.

Третій компонент це позитивне сприйняття змін, здатність людини підтримувати надійні, підтримуючі, якісні зв'язки з іншими людьми, готовність людини звернутися за допомогою.

Четвертий компонент це внутрішній локус контролю.

П'ятий компонент це наявність сенсу життя, цілей в житті, віросповідання або віра у щось що для людини є значущим та виступає як ресурс підтримки.

Методика складається з 25 тверджень. Оцінюється кожна відповідь за шкалою Лайкерта з 5-ма градаціями: 0=Зовсім не відповідає дійсності (Not true at all); 1=Слабко (Рідко) відповідає дійсності (Rarely true); 2=Середньо (Іноді) відповідає дійсності (Sometimes true); 3=Значною мірою (Часто) відповідає дійсності (Often true); 4=Майже завжди відповідає дійсності (True nearly all the time). Загальний бал рахується шляхом суми балів за всіма 25 пунктами. Максимальний бал складає 100.

Інструкція для учасників опитування:

Дайте, будь ласка, оцінку зазначених 25 тверджень. Оцінити як часто Ви почувалися або поводитися таким чином остатнього місця та зробіть позначку у відповідній колонці таблиці бланка для відповідей. Спробуйте, будь ласка, бути відвертими, пам'ятаючи, що Ваша відповідь має відображати реальний, а не бажаний рівень життєстійкості. Результат буде об'єктивнішим, якщо Ваші відповіді будуть якомога щирішими.

Текст опитувальника:

№	Твердження	Зовсім не відповідає	Слабо відповідає	Середньо відповідає	Значною мірою відповідає	Майже завжди відповідає
1	Я вмію пристосовуватися до змін	0	1	2	3	4
2	Я можу встановлювати зв'язки з людьми	0	1	2	3	4
3	Я розумію, що не можу змінити деякі речі	0	1	2	3	4

4	Я можу впоратися із тим що має статися	0	1	2	3	4
5	Я можу витримати неприємні відчуття (дискомфорт, біль, стрес)	0	1	2	3	4
6	У мене є цілі та бажання в житті які мене мотивують	0	1	2	3	4
7	У важкі часи я можу покластися/покладаюся на свою родину та друзів	0	1	2	3	4
8	Я вірю в позитивне майбутнє для мене	0	1	2	3	4
9	Я вважаю себе сильною та витривалою людиною, яка може адаптуватися до змін та тяжких обставин.	0	1	2	3	4
10	Я вмю брати на себе відповідальність за свої вчинки.	0	1	2	3	4
11	Я вважаю що я добре вмю справлятися з сильним стресом	0	1	2	3	4
12	Я дивлюся на себе з позитивної сторони та мають позитивну оцінку щодо себе	0	1	2	3	4
13	Я не опускаю руки та не здаюся, навіть коли справи йдуть погано чи	0	1	2	3	4

	не так як я хотіла би					
14	Я знаю до кого звернутися чи де знайти допомогу, коли вона мені потрібна	0	1	2	3	4
15	Я вмію зберігати надію або віру в свої сили у важких ситуаціях	0	1	2	3	4
16	Я відчуваю що я маю контроль над своїм життям та подіями в ньому	0	1	2	3	4
17	Я зазвичай знаходжу щось позитивне або смішне навіть у складній чи не комфортній ситуації для мене.	0	1	2	3	4
18	Я вірю в Бога/вищі сили /карти таро	0	1	2	3	4
19	Я маю уявлення або знак Як справлятися з пробле мами	0	1	2	3	4
20	Я можу досягати/досягаю успіхів навіть коли інші в мене не вірять	0	1	2	3	4
21	Я дію та живу згідно Зі своїми переконаннями Навіть якщо це не популярна думка поведінка серед інших	0	1	2	3	4

22	У мене сильні особистісні принципи/ моральні правила за якими я живу	0	1	2	3	4
23	Я вмію контролювати свої неприємні почуття та емоції	0	1	2	3	4
24	Я вмію контролювати свої імпульси та бажання (не діяти на емоціях)	0	1	2	3	4
25	Я здатний зосередитись на чомусь, коли це потрібно	0	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте суму балів, яку Ви набрали, і визначте, який рівень Вашої резилієнтності. Відповіді респондентів підраховуються за такими рівнями:

Сумарне число балів	Рівень вашої стійкості до стресу
0-50	низький
50-70	середній
70-100	високий

Чим менше число (сумарне) балів Ви набрали, тим нижчий ваш рівень життестійкості, і навпаки, якщо у більше ніж 70 балів, то Ви маєте високий рівень резилієнтність.

COPE mini (Brief COPE)

Загальна характеристика методики: COPE mini (Brief COPE), який складається з 28 пунктів, які охоплюють 14 субшкал (по 2 твердження кожна), які відображають різні стратегії копіngu: адаптивні чи дезадаптивні.

Інструкція для учасників опитування:

Дайте, будь ласка, оцінку зазначених 28 тверджень. Оцінити як часто Ви використовуєте дану стратегію в стресових ситуаціях та зробіть позначку у відповідній колонці таблиці бланка для відповідей. Спробуйте, будь ласка, бути відвертими, пам'ятаючи, що Ваша відповідь має відображати реальний, а не бажаний тип поведінки в стресових ситуаціях. Результат буде об'єктивнішим, якщо Ваші відповіді будуть якомога щирішими.

Текст опитувальника:

№	Запитання	Ніколи	Рідко/Іноді	Часто	Завжди
1	Я відволікаюся на роботу або інші справи, щоб не думати про це.	1	2	3	4
2	Я зосереджую свої зусилля на тому, щоб щось зробити з ситуацією, в якій я опинився	1	2	3	4
3	Я кажу собі: «Це нереально».	1	2	3	4
4	Я вживаю речовини, що викликають залежність, або вдаюся до інших залежностей, щоб почуватися краще.	1	2	3	4
5	Я отримую емоційну підтримку від інших.	1	2	3	4
6	Я відмовляюся намагатися впоратися	1	2	3	4

	з цим.				
7	Я вживаю заходів, щоб спробувати поліпшити ситуацію.	1	2	3	4
8	Я відмовляюся вірити, що це сталося.	1	2	3	4
9	Я говорю речі, щоб позбутися неприємних почуттів.	1	2	3	4
10	Я отримую допомогу та поради від інших людей.	1	2	3	4
11	Я вживаю алкоголь або інші наркотичні речовини, щоб полегшити собі життя.	1	2	3	4
12	Я намагаюся подивитися на ситуацію під іншим кутом, щоб вона здавалася більш позитивною.	1	2	3	4
13	Я критикую себе.	1	2	3	4
14	Я намагався придумати стратегію, що робити.	1	2	3	4
15	Я отримую підтримку і розуміння від когось.	1	2	3	4
16	Я відмовлявся впоратися із цим.	1	2	3	4
17	Я шукав щось хороше, в тому відбувається.	1	2	3	4
18	Я жартував з цього приводу.	1	2	3	4
19	Я робив щось, щоб менше про це думати: ходив у кіно, дивився телевізор, читав, мріяв, спав або ходив по магазинах.	1	2	3	4
20	Я приймав реальність того, що це сталося.	1	2	3	4
21	Я висловлював свої негативні почуття.	1	2	3	4

22	Я намагався знайти розраду в своїй релігії або духовних переконаннях.	1	2	3	4
23	Я намагався отримати пораду або допомогу від інших людей щодо того, що робити.	1	2	3	4
24	Я вчився жити з цим.	1	2	3	4
25	Я багато думав про те, які кроки зробити	1	2	3	4
26	Я звинувачував себе в тому, що сталося	1	2	3	4
27	Я молився та медитував	1	2	3	4
28	Я жартував над ситуацією	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте суму балів, яку Ви набрали, і визначте, які Ви використовуєте копінг-стратегії (адаптивні чи дезадаптивні). Відповіді респондентів підраховуються за такими рівнями:

Сумарне число балів	Частота використання копінг-стратегії
2-3	Часто
4-6	Іноді
7-8	Рідко

До адаптивних стратегій відносять: активне подолання, емоційна підтримка, інструментальна підтримка (звернення до інших), позитивна переоцінка, планування, гумор, прийняття, релігія. До дезадаптивних стратегій відносять: переключення, заперечення, вживання речовин, поведінкове уникання, вентиляція (вивільнення емоцій), самозвинувачення.

Додаток В

ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ HADS

Загальна характеристика методики: Шкала складається з 14 питань: 7 для оцінки тривоги (А) та 7 для оцінки депресії (D). Кожне питання має 4 варіанти відповіді, що оцінюються від 0 до 3 балів, відображають інтенсивність симптомів. Тривога (А) вимірюють непарні питання (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13). Депресія (D) вимірюють парні питання (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Інструкція для учасників опитування: Будь ласка, вкажіть наскільки кожне з 14 тверджень точно описує те, як Ви почувалися протягом останніх 2-х тижнів.

Текст опитувальника:**№ Запитання**

- 1 Я відчуваю напруженість, мені не по собі 0 1 2 3
- 2 Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися. 0 1 2 3
- 3 Метушливі думки крутяться у мене в голові. 0 1 2 3
- 4 Я легко можу сісти і розслабитися. 0 1 2 3
- 5 Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння. 0 1 2 3
- 6 Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися. 0 1 2 3
- 7 У мене буває раптове відчуття паніки. 0 1 2 3
- 8 Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття 0 1 2 3
- 9 Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне. 0 1 2 3
- 10 Я відчуваю бадьорість. 0 1 2 3
- 11 Мені здається, що я почав все робити дуже повільно. 0 1 2 3
- 12 Я не стежу за своєю зовнішністю. 0 1 2 3
- 13 Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення. 0 1 2 3
- 14 Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми. 0 1 2 3

Обробка та інтерпретація результатів:

Для аналізу результатів госпітальної шкали тривожності та депресії (HADS) використовується двокомпонентна модель, що дозволяє оцінити не лише рівень тривожності та депресивних проявів, але й індивідуальний стиль реагування на життєві ситуації.

1. Активність (прямі питання): До цієї групи належать твердження 1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 15. Вони відображають рівень життєвої енергії, здатність до дії, підтримання соціальної активності та ефективність у виконанні повсякденних завдань.

Високі бали свідчать про знижену активність, схильність до втоми та уникання діяльності.

Низькі бали вказують на високу активність, енергійність та готовність до взаємодії.

2. Оптимізм (обернені питання): До цієї групи належать твердження 2, 5, 7, 9, 12, 13. Вони характеризують схильність людини вірити у власні сили та успіх, мати позитивні очікування від життя та інших людей.

Низькі бали свідчать про оптимізм, екстраверсію, відкритість до спілкування та доброзичливість.

Високі бали вказують на песимізм, сумніви у власних силах, очікування невдач, замкненість та прагнення уникати широких соціальних контактів.

Підрахуйте суму балів, яку Ви набрали, і визначте, який рівень тривожності та депресії Ви маєте. Відповіді респондентів підраховуються за такими рівнями:

Сумарне число балів	Рівень тривожності/депресії
0–7	низький
8–10	середній (субклінічний)
11-21	Високий (клінічний)

ОПИТУВАЛЬНИК СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ-MSPSS

(адаптація Ю.Б. Мельник, А.В. Стаднік)

Загальна характеристика методики: Методика використовується для оцінки ролі соціальної підтримки від різних джерел. Вона складається з 12 тверджень, які оцінюються за 7-бальною шкалою (від «цілком не згоден» до «цілком згоден»). MSPSS має 3 субшкали (яка містить 4 твердження кожна). 1 субшкала оцінює підтримку з боку сім'ї (family support), підтримка з боку друзів (friends support), підтримка з боку значущої особи (партнера, близької людини, наставника)-significant other support.

Інструкція для учасників опитування: Будь ласка, вкажіть наскільки кожне твердження точно описує те, як Ви почувалися протягом останніх 2-х тижнів. Результат буде об'єктивнішим, якщо Ваші відповіді будуть якомога щирішими.

Ви дуже не згодні	Ви не згодні	Ви трохи не згодні	Якщо ви нейтральні
0	1	2	3
Ви злегка згодні	Ви згодні	Ви дуже згодні	
4	5	6	

Тест опитувальника:

№ Запитання

- 1 Є хтось, хто поряд, коли я в біді. 0 1 2 3 4 5 6
- 2 Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі. 0 1 2 3 4 5 6
- 3 Моя сім'я насправді хоче мені допомогти. 0 1 2 3 4 5 6
- 4 Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї. 0 1 2 3 4 5 6
- 5 У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре. 0 1 2 3 4 5 6
- 6 Мої друзі насправді намагаються мені допомогти. 0 1 2 3 4 5 6
- 7 Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано. 0 1 2 3 4 5 6
- 8 Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю. 0 1 2 3 4 5 6

1. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі. 0 1 2 3 4 5 6
2. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття. 0 1 2 3 4 5 6
3. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень. 0 1 2 3 4 5 6
4. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями. 0 1 2 3 4 5 6

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте суму балів, яку Ви набрали, і визначте, який рівень соціальної підтримки.

Сумарне число балів	Рівень вашої стійкості до стресу
12–36	Низький рівень
37–60	Середній рівень
61–84	Високий рівень

Чим менше число (сумарне) балів Ви набрали, тим нижчий рівень соціальної підтримки Ви маєте, і навпаки, чим більше у Вас балів, тим вищий рівень соціальної підтримки.

АВТОРСЬКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ ТА ЕКСПОЗИЦІЇ ВОЄННОГО ЧАСУ

Загальна характеристика методики: Авторський опитувальник складається з 11 питань та вимірює рівень інформаційного стресу (низький, середній, високий)

Інструкція для учасників опитування: Вам пропонується опитувальник, який дозволить Вам дати рівень інформаційного стресу. Результат буде об'єктивнішим, якщо Ваші відповіді будуть якомога щирішими.

Текст опитувальника:

1) Чи часто ти перевіряєш новини про війну в соціальних мережах?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

3-Важко сказати/Іноді

4-Скоріше згоден (-на)/Часто

5-Повністю згоден (-на)

2) Новини про війну, які я бачу в соцмережах викликає в мене відчуття страху?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

3-Важко сказати/Іноді

4-Скоріше згоден (-на)/Часто

5-Повністю згоден (-на)

1) Я відчуваю, що маю постійно перевіряти новини, щоб нічого не пропустити/це знижує мою тривожність/хочу просто бути проінформованим?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

- 3-Важко сказати/Іноді
- 4-Скоріше згоден (-на)/Часто
- 5-Повністю згоден (-на)

2) Коли я бачу в соцмережах страшні або засмучуючі фото/відео, я потім довго про це думаю?

- 1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи
- 2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко
- 3-Важко сказати/Іноді
- 4-Скоріше згоден (-на)/Часто
- 5-Повністю згоден (-на)

3) Я сварюся з батьками/друзями через інформацію, яку я побачила в соціальних мережах?

- 1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи
- 2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко
- 3-Важко сказати/Іноді
- 4-Скоріше згоден (-на)/Часто
- 5-Повністю згоден (-на)

4) Я відчуваю інформаційну втому від новин про війну в соцмережах?

- 1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи
- 2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко
- 3-Важко сказати/Іноді
- 4-Скоріше згоден (-на)/Часто
- 5-Повністю згоден (-на)

5) Я вважаю, що кожен повинен ділитися всіма новинами про війну, які бачать у соцмережах?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

3-Важко сказати/Іноді

4-Скоріше згоден (-на)/Часто

5-Повністю згоден (-на)

8) Після перегляду новин про війну в соцмережах в мене виникають тілесні симптоми, нав'язливі думки, тяжко заснути?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

3-Важко сказати/Іноді

4-Скоріше згоден (-на)/Часто

5-Повністю згоден (-на)

9) Як часто ти коментуєш, публікуєш або ділишся інформацією про війну?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

3-Важко сказати/Іноді

4-Скоріше згоден (-на)/Часто

5-Повністю згоден (-на)

10) Як часто ти бачиш страшні, тривожні чи надзвичайно негативні новини про війну?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

3-Важко сказати/Іноді

4-Скоріше згоден (-на)/Часто

5-Повністю згоден (-на)

11) Чи порівнюєш ти своє життя з життям однолітків, яке бачиш в соціальних мережах (що викликає в тебе засмучення чи негативні емоції)?

1-Зовсім не згоден (-на)/Ніколи

2-Скоріше не згоден (-на)/Рідко

3-Важко сказати/Іноді

4-Скоріше згоден (-на)/Часто

5-Повністю згоден (-на)

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте суму балів, яку Ви набрали, і визначте, який рівень Вашого інформаційного стресу.

Сумарне число балів	Рівень вашої стійкості до стресу
11-23	Низький
24-35	Середній
36-48	Високий

Чим менше число (сумарне) балів Ви набрали, тим нижчий рівень інформаційного стресу ви маєте, якщо Ви набрали високу кількість балів, то Ви маєте високий рівень інформаційного стресу.

Додаток Є

Табл.Є1-Результати досліджуваних (8А клас) за методикою CD-RISC 25

Номер досліджуваного	Результат	Рівень резилієнтності
1	73	Середній (Достатній)
2	90	Дуже високий
3	74	Середній (Достатній)
4	56	Нижчий за середній
5	78	Середній (Достатній)
6	67	Середній (Достатній)
7	61	Середній (Достатній)
8	60	Середній (Достатній)
9	93	Дуже високий
10	49	Нижчий за середній
11	79	Середній (Достатній)
12	50	Нижчий за середній
13	79	Середній (Достатній)
14	68	Середній (Достатній)
15	59	Нижчий за середній
16	64	Середній (Достатній)
17	67	Середній (Достатній)
18	79	Середній (Достатній)
19	40	Нижчий за середній
20	75	Середній (Достатній)
21	54	Нижчий за середній
22	65	Середній (Достатній)
23	70	Середній (Достатній)
24	36	Низький рівень

25	26	Низький рівень
26	30	Низький рівень

Табл.Є2-Результати досліджуваних (8В клас) за методикою CD-RISC 25

Номер досліджуваного	Результат	Рівень Життєстійкості
1	64	Середній
2	80	Дуже високий
3	78	Високий
4	83	Високий
5	70	Високий
6	46	Низький
7	30	Низький
8	42	Низький

Табл.Є3-Результати досліджуваних (9В клас) за методикою CD-RISC 25

Номер досліджуваних	Результати	Рівень життєстійкості
1	73	Високий
2	80	Високий
3	59	Середній
4	76	Високий
5	45	Низький
6	31	Низький
7	35	Низький
8	79	Високий
9	79	Високий
10	32	Низький

11	39	Низький
12	81	Високий
13	78	Високий
14	33	Низький
15	65	Середній
16	51	Середній

Табл.Є4-Результати досліджуваних (9А клас) за методикою CD-RISC 25

Номер досліджуваних	Результати	Рівень Життестійкості
1	68	Середній
2	92	Високий
3	76	Високий
4	68	Середній
5	34	Низький
6	37	Низький
7	41	Низький
8	71	Високий
9	76	Високий
10	67	Середній
11	43	Низький
12	70	Високий
13	37	Низький
14	80	Високий

Табл. Є.2 – Результати досліджуваних (8А клас) за методикою «Тест COPE-mini»

Номер досліджуваного	Бали	Тип коупінг-стратегій
-----------------------------	-------------	------------------------------

1	8 балів 7 балів	Емоційна підтримка (+) Самодистракція (+) Адаптивні механізми
2	6 балів 6 балів 6 балів 6 балів	Активне подолання (+) Емоційна підтримка (+) Інструментальна підтримка (+) Позитивна переоцінка (+) Адаптивні механізми
3	7 балів	Емоційна підтримка (+) Позитивна переоцінка (+) Адаптивні механізми
4	8 балів 7 балів 7 балів 7 балів	Активне подолання (+) Емоційна підтримка (+) Інструментальна підтримка (+) Гумор (+) Адаптивні механізми
5	6 балів 6 балів 6 балів 6 балів 6 балів 6 балів	Переключення (-) Активне подолання (+) Емоційна підтримка (+) Вираження емоцій (-) Планування (+) Релігія (+) Змішаний, з перевагою адаптивних коупінг стратегій
6	8 балів 8 балів 6 балів	Самозвинувачення (-) Прийняття ситуації (+) Позитивна переоцінка (+) Змішаний, з перевагою адаптивних коупінг стратегій
7	7 балів 6 балів 6 балів 6 балів 6 балів	Вираження емоцій (-) Переключення (+) Емоційна підтримка (+) Інструментальна підтримка (+) Позитивна переоцінка (+) Змішаний, з перевагою адаптивних коупінг стратегій
8	8 балів 8 балів 8 балів	Переключення (-) Заперечення (-) Самозвинувачення (-) Деадаптивні механізми
9	8 балів 8 балів 8 балів	Заперечення (-) Емоційна підтримка (+) Поведінкове уникання (-)

		Вираження емоцій (-) Змішаний, з перевагою дезадаптивних коупінг стратегій
10	7 балів 7 балів	Позитивна переоцінка (+) Прийняття (+) Адаптивні механізми
11	6 балів 6 балів 6 балів 6 балів	Переключення (-) Активне подолання (+) Поведінкове уникнення (-) Вивільнення емоцій (-) Змішаний, з перевагою дезадаптивних коупінг стратегій
12	6 балів 6 балів 6 балів	Переключення (-) Позитивна переоцінка (+) Самозвинувачення (-) Змішаний, з перевагою дезадаптивних коупінг стратегій
13	7 балів 6 балів 6 балів 6 балів	Переключення (-) Емоційна підтримка (+) Планування (+) Прийняття (+) Змішаний, з перевагою адаптивних коупінг стратегій
14	6 балів 6 балів	Планування (+) Прийняття (+) Адаптивні механізми
15	5 балів 5 балів 5 балів	Емоційна підтримка (+) Планування (+) Гумор (+) Адаптивні механізми
16	8 балів 8 балів	Емоційна підтримка (+) Позитивна переоцінка (+) Адаптивні механізми
17	6 балів	Позитивна переоцінка (+) Адаптивні механізми
18	7 балів 7 балів	Планування (+) Гумор (+) Адаптивні механізми

19	7 балів	Планування (+) Адаптивні механізми
20	7 балів 7 балів	Гумор (+) Прийняття (+) Адаптивні механізми
21	7 балів 7 балів	Активне подолання (+) Планування (+) Адаптивні механізми
22	7 балів 7 балів	Емоційна підтримка (+) Інструментальна підтримка (+) Адаптивні механізми
23	6 балів 6 балів	Заперечення (-) Уникання (-) Дезадаптивні механізми
24	8 балів 8 балів	Заперечення (-) Уникання (-) Дезадаптивні механізми
25	8 балів 8 балів	Емоційна підтримка (+) Планування (+) Адаптивні механізми
26	7 балів 6 балів	Планування (+) Емоційна підтримка (+) Адаптивні механізми

Табл. Є.2 – Результати досліджуваних (8В клас) за методикою «Тест COPE-mini»

Номер досліджуваного	Бали	Тип копінг-стратегій
1	7 балів 6 балів	Активне подолання (+) Емоційна підтримка (+) Адаптивні механізми
2	5 балів 4 бала	Емоційна підтримка (+) Активне подолання (+) Адаптивні механізми
3	8 балів	Емоційна підтримка (+) Адаптивні механізми
4	8 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
5	8 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
6	7 балів 7 балів	Поведінкове уникання (-) Вираження емоцій (-)

		Деадаптивні механізми
7	7 балів	Поведінкове уникання (-) Деадаптивні механізми
8	8 балів	Самозвинувачення (-) Деадаптивні механізми

Табл. Є.2 – Результати досліджуваних (9А клас) за методикою «Тест COPE-mini»

Номер досліджуваного	Бали	Тип копінг-стратегій
1	8 балів 8 балів	Активне подолання (+) Інструментальна підтримка (+) Адаптивні механізми
2	7 балів 7 балів	Активне подолання (+) Емоційна підтримка (+) Адаптивні механізми
3	8 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
4	8 балів	Активне подолання (+) Емоційна підтримка (+) Інструментальна підтримка (+) Адаптивні механізми
5	8 балів	Гумор (+) Релігія (+) Адаптивні механізми
6	8 балів	Релігія (+) Адаптивні механізми
7	8 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
8	8 балів	Позитивна переоцінка (+) Адаптивні механізми
9	8 балів 8 балів	Позитивна переоцінка (+) Гумор (+) Адаптивні механізми
10	7 балів 7 балів 7 балів	Переключення (-) Поведінкове уникання (-) Самозвинувачення (-) Деадаптивні механізми

11	8 балів 8 балів	Поведінкове уникання (-) Самозвинувачення (-) Деадаптивні механізми
12	8 балів	Переключення (-) Деадаптивні механізми
13	8 балів	Вживання речовин (-) Деадаптивні механізми
14	8 балів	Поведінкове уникання (-) Самозвинувачення (-) Переключення (-) Деадаптивні механізми

Табл. Є.2 – Результати досліджуваних (9В клас) за методикою «Тест COPE-mini»

Номер досліджуваного	Бали	Тип копінг-стратегій
1	7 балів 7 балів	Заперечення (-) Самозвинувачення (-) Деадаптивні механізми
2	8 балів	Позитивна переоцінка (+) Адаптивні механізми
3	8 балів 8 балів 8 балів	Планування (+) Гумор (+) Релігія (+) Адаптивні механізми
4	7 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
5	8 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
6	7 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
7	6 балів	Позитивна переоцінка (+) Прийняття (+) Адаптивні механізми
8	7 балів 7 балів	Активне подолання (+) Емоційна підтримка (+) Адаптивні механізми
9	8 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
10	7 балів	Активне подолання (+) Адаптивні механізми
11	8 балів	Активне подолання (+)

		Позитивна переоцінка (+) Прийняття (+) Адаптивні механізми
12	7 балів 7 балів	Переключення (-) Висловлення емоцій (-) Деадаптивні механізми
13	7 балів 7 балів	Заперечення (-) Самозвинувачення (-) Деадаптивні механізми
14	7 балів 7 балів	Висловлення емоцій (-) Самозвинувачення (-) Заперечення (-)
15	8 балів 8 балів	Висловлення емоцій (-) Поведінкове уникання (-) Деадаптивні механізми
16	8 балів 8 балів	Самозвинувачення (-) Поведінкове уникання (-) Деадаптивні механізми

Табл. Є.3 – Результати досліджуваних (8А клас) за методикою
«MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень
1	53	Середній
2	66	Середній
3	48	Низький
4	52	Середній
5	56	Середній
6	59	Середній
7	51	Середній
8	61	Середній
9	41	Низький
10	68	Середній
11	71	Високий

12	69	Високий
13	69	Високий
14	53	Середній
15	56	Середній
16	51	Середній
17	56	Середній
18	59	Середній
19	52	Середній
20	60	Середній
21	31	Низький
22	49	Середній
23	52	Середній
24	47	Низький
25	54	Середній
26	48	Низький

Табл. Є.3 – Результати досліджуваних (8В клас) за методикою «MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень
1	21	Низький
2	21	Низький
3	22	Низький
4	61	Високий
5	63	Високий
6	59	Високий

7	53	Високий
8	56	Високий

Табл. Є.3 – Результати досліджуваних (9А клас) за методикою «MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень
1	57	Середній
2	49	Середній
3	72	Високий
4	29	Низький
5	62	Високий
6	43	Середній
7	53	Середній
8	66	Високий
9	62	Високий
10	18	Низький
11	59	Середній
12	25	Низький
13	26	Низький
14	32	Низький

Табл. Є.3 – Результати досліджуваних (9В клас) за методикою «MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень
1	61	Високий
2	54	Середній
3	55	Середній

4	44	Середній
5	56	Середній
6	53	Середній
7	55	Середній
8	65	Високий
9	64	Високий
10	67	Високий
11	29	Низький
12	33	Низький
13	32	Низький
14	28	Низький
15	27	Низький
16	32	Низький

Табл. Є.4 – Результати досліджуваних (8А клас) за методикою «HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)»

Номер досліджуваного	Рівень тривожності	Рівень депресії
1	14 балів Високий	12 балів Високий
2	13 балів Високий	13 балів Високий
3	14 балів Високий	15 балів Високий
4	5 балів Низький	6 балів Низький
5	4 балів Низький	7 балів Низький
6	8 балів Середній	9 балів Середній
7	8 балів Середній	10 балів Середній
8	8 балів Середній	10 балів Середній

9	10 балів Середній	9 балів Середній
10	8 балів Середній	8 балів Середній
11	9 балів Середній	10 балів Середній
12	8 балів Середній	8 балів Середній
13	8 балів Середній	10 балів Середній
14	9 балів Середній	10 балів Середній
15	8 балів Середній	10 балів Середній
16	8 балів Середній	9 балів Середній
17	8 балів Середній	9 балів Середній
18	9 балів Середній	10 балів Середній
19	8 балів Середній	10 балів Середній
20	8 балів Середній	8 балів Середній
21	8 балів Середній	10 балів Середній
22	8 балів Середній	10 балів Середній
23	9 балів Середній	10 балів Середній
24	8 балів Середній	9 балів Середній
25	8 балів Середній	8 балів Середній
26	8 балів Середній	9 балів Середній

Табл. Є.4 – Результати досліджуваних (8В клас) за методикою «HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)»

Номер досліджуваного	Рівень тривожності	Рівень депресії
1	4 бала Низький	7 балів Низький

2	6 балів Низький	7 балів Низький
3	3 бала Низький	7 балів Низький
4	5 балів Низький	7 балів Низький
5	5 балів Низький	7 балів Низький
6	11 балів Високий	12 балів Високий
7	11 балів Високий	14 балів Високий
8	11 балів Високий	15 балів Високий

Табл. Є.4 – Результати досліджуваних (9А клас) за методикою «HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)»

Номер досліджуваного	Рівень тривожності	Рівень депресії
1	7 балів Низький	7 балів Низький
2	4 Низький	6 Низький
3	5 Низький	5 Низький
4	3 Низький	5 Низький
5	2 Низький	6 Низький
6	11 Високий	14 Високий
7	12 Високий	14 Високий
8	11 Високий	15 Високий
9	12 Високий	15 Високий
10	12 Високий	17 Високий
11	3 Низький	5 Низький
12	4	4

	Низький	Низький
13	4 Низьки	7 Низький
14	3 Низький	6 Низький

Табл. Є.4 – Результати досліджуваних (9В клас) за методикою «HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)»

Номер досліджуваного	Рівень тривожності	Рівень депресії
1	5 балів Низький	7 балів Низький
2	4 Низький	7 Низький
3	2 Низький	4 Низький
4	5 Низький	7 Низький
5	5 Низький	5 Низький
6	4 Середній	7 Низький
7	3 Низький	5 Низький
8	3 Низький	7 Низький
9	11 Високий	15 Високий
10	13 Високий	15 Високий
11	11 Високий	15 Високий
12	12 Високий	17 Високий
13	12 Високий	14 Високий
14	11 Високий	13 Високий
15	3 Нижчий	6 Низький
16	4 Низький	5 Низький

Табл. Є.5 – Результати досліджуваних (8А клас) за методикою «Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень інформаційного стресу
1	16	Низький
2	26	Середній
3	27	Середній
4	28	Середній
5	15	Низький
6	18	Низький
7	21	Низький
8	36	Високий
9	36	Високий
10	23	Низький
11	12	Низький
12	29	Середній
13	17	Низький
14	18	Низький
15	36	Високий
16	37	Високий
17	37	Високий
18	21	Низький
19	15	Низький
20	22	Низький
21	23	Низький
22	24	Середній
23	23	Низький
24	15	Низький
25	23	Низький
26	25	Середній

Табл. Є.5 – Результати досліджуваних (8В клас) за методикою «Авторский опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень інформаційного стресу
1	22	Низький
2	40	Високий
3	38	Високий
4	34	Середній
5	36	Високий
6	23	Низький
7	21	Низький
8	18	Низький

Табл. Є.5 – Результати досліджуваних (9А клас) за методикою «Авторский опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень інформаційного стресу
1	39	Високий
2	36	Високий
3	37	Високий
4	36	Високий
5	37	Високий
6	23	Низький
7	21	Низький
8	20	Низький
9	18	Низький

10	22	Низький
11	19	Низький
12	23	Низький
13	20	Низький
14	21	Низький

Табл. Є.5 – Результати досліджуваних (9В клас) за методикою «Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу»

Номер досліджуваного	Бали	Рівень інформаційного стресу
1	40	Високий
2	39	Високий
3	37	Високий
4	37	Високий
5	38	Високий
6	36	Високий
7	23	Низький
8	20	Низький
9	19	Низький
10	21	Низький
11	17	Низький
12	20	Низький
13	18	Низький
14	21	Низький
15	23	Низький
16	22	Низький

Додаток Ж

Описова статистика (середнє статистичне значення та стандартне відхилення)

Показники	Кількість респондентів (n)	Відсоток (%)
Віковий діапазон		
13 років	34	53.1%
14 років	30	46.9%
Розподіл учнів за класами		
Учні 8А класу	26	40.6%
Учні 8В класу	8	12.5%
Учні 9А класу	14	21.9%
Учні 9В класу	16	25.0%

	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімальне значення	Максимальне значення
Рівень інформаційного стресу	25.91	± 8.19	12	40
Рівень інформаційного стресу				
<i>Низький рівень (11-23)</i>	59.38% (38 осіб)		Основна частка досліджуваних має низький рівень інформаційного стресу.	
<i>Середній рівень (24-35)</i>	10.94% (7 осіб)		Значна частка досліджуваних демонструє середній рівень інформаційного стресу.	
<i>Високий рівень (36-48)</i>	29.69% (19 осіб)		Менша частка досліджуваних	

		демонструє високий рівень інформаційного стресу.
Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	7.52	Низький рівень тривоги (показники свідчать про норму).
Стандартне відхилення (SD)	±3.36	Група є гетерогенною (неоднорідна). Висока варіативність результатів у групі досліджуваних.
Мінімальне значення	2	Найнижчий рівень тривожності серед досліджуваних.
Максимальне значення	14	Найвищий рівень тривожності серед досліджуваних.
Рівень тривожності		
<i>Низький рівень (0-7)</i>	40.6 % (26 осіб)	Основна частка досліджуваних має низький рівень тривожності.
<i>Середній рівень (8-10)</i>	32.8% (21 особа)	Значна частка досліджуваних демонструє середній (субклінічний) рівень тривожності.
<i>Високий рівень (11-21)</i>	26.6% (17 осіб)	Менша частка досліджуваних демонструє високий (клінічний) рівень тривожності.
Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	9.375	Низький рівень тривоги (показники свідчать про норму).
Стандартне відхилення (SD)	± 3.49	Група є гетерогенною (неоднорідна). Висока варіативність результатів у групі досліджуваних.

Мінімальне значення	4	Найнижчий рівень тривожності серед досліджуваних.
Максимальне значення	17	Найвищий рівень тривожності досліджуваних.
Рівень депресії		
<i>Низький рівень (0-7)</i>	38.7% (24 особи)	Основна частка досліджуваних має низький рівень депресії.
<i>Середній рівень (8-10)</i>	33.9% (21 особа)	Значна частка досліджуваних демонструє середній (субклінічний) рівень депресії.
<i>Високий рівень (11-21)</i>	27.4% (17 осіб)	Менша частка досліджуваних демонструє високий (клінічний) рівень депресії.

Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	49.94	Середній рівень сприйняття соціальної підтримки
Стандартне відхилення (SD)	± 14.36	Висока варіативність результатів у групі досліджуваних
Мінімальне значення	18	Найнижчий рівень сприйняття соціальної підтримки
Максимальне значення	72	Найвищий рівень сприйняття соціальної підтримки
Рівень прийняття соціальної підтримки		
<i>Низький рівень (12–36)</i>	23.44% (15 осіб)	Менша частка досліджуваних демонструє низький рівень сприйняття соціальної підтримки

<i>Середній рівень (37–60)</i>	51.56% (33 особи)	Основна частка досліджуваних має середній рівень сприйняття соціальної підтримки
<i>Високий рівень (61– 84)</i>	25 % (16 осіб)	Значна частка досліджуваних має високий рівень сприйняття соціальної підтримки

Показники	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)
Переключення (-)	4,85	1,85
Активне подолання (+)	5,28	1,78
Заперечення (-)	4,33	2,45
Вживання речовин (-)	2,73	1,23
Емоційна підтримка (+)	5,42	1,72
Поведінкове уникнення (-)	4,28	1,85
Вентиляція-вивільнення емоцій (-)	4,88	1,48
Інструментальна підтримка (+)	4,88	1,48
Позитивна переоцінка (+)	5,13	1,53
Самозвинувачення (-)	4,47	1,72
Планування (+)	5,39	1,57
Гумор (+)	4,33	1,63
Прийняття ситуації (+)	5,31	1,63

Релігія (+)	3,55	1,56
-------------	------	------

Показники	Значення	Інтерпретація
Середнє значення (M)	67.55	Середній рівень резилієнтності досліджуваних
Стандартне відхилення (SD)	± 25.20	Дуже висока варіативність результатів у групі досліджуваних
Мінімальне значення	26	Найнижчий рівень життєстійкості досліджуваних
Максимальне значення	93	Найвищий рівень життєстійкості досліджуваних
Рівень резилієнтності		
<i>Низький рівень (0– 49)</i>	20% (13 осіб)	Менша частка досліджуваних має низький рівень резилієнтності
<i>Середній рівень (50– 70)</i>	50% (32 особи)	Основна частка досліджуваних має середній рівень резилієнтності
<i>Високий рівень (71– 100)</i>	30% (19 осіб)	Значна частка досліджуваних має високий рівень резилієнтності

Зведена статистика за показниками всіх методик

Методика	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімальне значення	Максимальне значення
Шкала резилієнтності Ко Девідсона (CD-RISC 25)	67.55	± 25.20	26	93
MSPSS	49.94	±14.36	18	72

Госпітальна шкала три депресії (HADS)	7.52	±3.36	2	14
Авторський опитувальник використання соціальних мереж та експозиції воєнного часу	25.97	±10.73	12	40

Кореляційний аналіз між рівнем інформаційного стресу та рівнем психологічного стану (HADS)

Показники	Значення (r; p)	Інтерпретація
Кореляція між інформаційним стресом і тривожністю	-0.428; <0.001	Негативний зв'язок: зі зростанням інформаційного стресу рівень тривожності знижується.
Кореляція між інформаційним стресом і депресією	-0.465; <.001	Негативний зв'язок: зі зростанням інформаційного стресу рівень депресії знижується.

Множинний лінійний регресійний аналіз між рівнем життєстійкості та соціальної підтримки і рівнем тривоги та депресії (враховуючи вплив інформаційного стресу)

Показники	Значення (r; p)	Інтерпретація
Множинний лінійний регресійний аналіз між рівнем соціальної підтримки та рівнем тривоги	0.213; 0.279	Зв'язок незначущий.

Множинний лінійний регресійний аналіз між життєстійкості та рівнем тривоги			-0.054; 0.838	Зв'язок незначущий.	
Предиктор	Залежна змінна	Коефіцієнт кореляції Пірсона (r)	Значущість (p) для r	Коефіцієнт регресії (B)	Значущість (p) для (B)
Соціальна підтримка	Тривожність	0.15	0.045	0.213	0.279
Життєстійкість	Тривожність	-0.42	0.001	-0.054	0.838

Змінна-корелянт (Деадаптивний копінг)	Коефіцієнт Пірсона (r)	Рівень значущості (p)	Значущість	Напрямок та сила зв'язку
Сума дезадаптивного Копінгу (Загальний бал)	-0.266	0.034	Значущий	Слабкий, негативний
Заперечення	-0.329	0.008	Значущий	Слабкий/Помірний, негативний
Уникнення	-0.214	0.089	Не значущий	Дуже слабкий, негативний
Вентиляція емоцій	-0.221	0.079	Не значущий	Дуже слабкий, негативний
Самозвинувачення	-0.225	0.074	Не значущий	Дуже слабкий, негативний
Вживання речовин	-0.159	0.208	Не значущий	Відсутній/ Дуже слабкий