

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра практичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ
ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ
В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ІЗОЛЯЦІЇ, ЩО
СПРИЧИНЕНА ПАНДЕМІЄЮ COVID-19**

Дипломна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала студентка VI курсу, 622 групи,

Спеціальність «Психологія»,

Іскрун Юлія

Науковий керівник:

Д.мед.н., проф. Кушнір І.Г.

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри №__

від «__»_____2021 р.

Зав. кафедри практичної психології

_____ **В.М.Радчук**

Чернівці 2021

Зміст

Вступ	4
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	15
1.1. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я людей.....	15
1.2. Особливості психоемоційного стану студентської молоді.....	19
1.3. Харчова поведінка як індикатор психоемоційного стану студентської молоді	31
1.4. Психокорекція психоемоційного стану та харчової поведінки.....	38
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	42
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	56
3.1. Особливості психоемоційного стану студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції у зв'язку з пандемією COVID-19.....	56
3.2. Особливості харчової поведінки та режиму харчування як індикатор психоемоційного стану студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції у зв'язку з пандемією COVID-19.....	69
3.3. Розробка психокорекційної програми регуляції психоемоційного стану та харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції, що спричинена пандемією COVID-19 та практичні рекомендації щодо профілактики тривожності, депресії та розладів харчової поведінки...	78
ВИСНОВКИ	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	89
ДОДАТКИ	103

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АПА	Американська психіатрична асоціація
АРМ	адаптаційно-резервні можливості
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗМІ	засоби масової інформації
ЗНЗ	загальна напруженість захистів
ІЖС	індекс життєвого стилю
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МПЗ	механізми психологічного захисту
НПР	непсихотичні психічні розлади
НЛП	нейролінгвістичне програмування
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ПР	психосоматичні розлади
РД	рівень депресії
РТ	реактивна тривожність
САН	самопочуття, активність, настрій
ОТ	особистісна тривожність

Вступ

Актуальність дослідження. В умовах поширення пандемії COVID-19 та з початком введення карантинних заходів українське суспільство постало перед низкою організаційних, освітніх, професійних, економічних і соціальних викликів. Гостро і дещо неочікувано постала проблема швидко перебудувати звичний спосіб життя, вчитися контролювати і внаормувати свої емоційні реакції, коригувати економічну і споживацьку поведінку, шукати нові способи вирішення нагальних проблем (пошук джерела прибутку, організація навчального робочого процесу, ускладнення у соціальній комунікації) та адаптації до умов, що склалися. У зв'язку з наростанням ситуації невизначеності актуалізувалися різного роду переживання, страхи, невпевненість, панічні атаки, що спонукало людей активно звертатися за психологічною та медичною допомогою [112].

Пандемія, яку ми зараз переживаємо, стала причиною застосування карантину як способу зупинити поширення хвороби. Для багатьох людей ці події стали причиною дистресу в зв'язку з довготривалою небезпекою для життя і здоров'я, а також різкою зміною стилю життя. Серед стресорів цього періоду називають страх інфекції, неправдива інформація, розчарування і нудьгу [50].

Пандемія COVID-19 стала серйозним випробуванням не лише для українського суспільства, а й для всього людства. У ситуації пандемії, яка склалась в Україні на початку поточного року, змінились особливості функціонування практично всіх сфер життя, в тому числі умови роботи освітнього середовища, яке повністю перейшло у дистанційний формат. Для учнів загальноосвітніх навчальних закладів дистанційне навчання є нетиповим, тому такий перехід викликав ряд труднощів не тільки технічного й організаційного, але і психологічного характеру. Отже, важливою є психологічна допомога та підтримка, спрямована на адаптацію до нових умов навчання, зниження психологічної напруги та формування мотивації до роботи в нових умовах [87].

Ситуація продовження карантину і тривалого перебування в ньому створює умови для формування у певної частини осіб коронавірусного синдрому аналогічного чорнобильському, афганському та іншим військовим синдромам. Заходи влади, направлені на унеможливлення розповсюдження коронавірусу, обмеження прав і свобод громадян за наявності гібридної війни в Україні сприймаються певною частиною громадян, перш за все учасниками АТО/ООС, волонтерами, антиваксорами, як створення умов для прийняття владних рішень, які суперечать, на їх думку, інтересам держави і суспільства. Зовнішні, вимушені обмеження, актуалізують внутрішній психологічний супротив, призводять до формування станів роздратування, гніву, агресивних поведінкових проявів. В цьому контексті такий чинник, як примусова самоізоляція призводить до формування внутрішньоособистісного конфлікту, який також проектується назовні у проявах агресивної поведінки. З одного боку, особа розуміє, що ізоляція є засобом її убезпечення від інфікування потенційно смертоносним вірусом, а з іншого, вона може сприймати її як необґрунтоване, саме для неї, обмеження, яке перешкоджає її виживанню в умовах карантину. Застрягання у переживанні цього внутрішнього конфлікту зумовлює хронічне психічне виснаження, втому, психоемоційне вигорання, загострення і поглиблення депресивних і агресивних станів [34, 62, 112].

Голова Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Тедрос Гебреєсус заявив, що пандемія коронавірусу вплинула на психічне здоров'я мільйонів людей у світі, адже «спричинила страх і тривожність». Результати дослідження впливу карантину на психологічний стан людей свідчать, що ізоляція призводить до різних психологічних наслідків: від підвищеного рівня тривожності, безсоння та емоційної нестабільності до посттравматичного синдрому (ПТСР) та депресії. Епідемія коронавірусу SARS-COV-2 супроводжується зростанням рівня тривожності, суїцидальних настроїв та домашнього насильства [92, 126].

Фахівці з американського Університету Чепмена провели дослідження, яке показало, як пандемія коронавірусу впливає на психічне здоров'я людей.

З понад 4 тисяч опитаних 61% респондентів зазначили, що помітили в себе високий рівень стресу, а 45% учасників опитування розповіли, що відчували пригнічення або безнадійність. Згідно з результатами дослідження, люди стали їсти більше шкідливої їжі, втратили мотивацію до занять спортом, а серед розваг перегляд телевізора випередив читання художньої літератури. Більше половини респондентів заявили, що сильно переймаються пандемією коронавірусу [50].

Співробітники Центру біомедичних досліджень охорони здоров'я Оксфорда та Національного інституту медичних досліджень, виявили, що у 18% пацієнтів, у яких був позитивний тест на COVID, спостерігалися психічні розлади. Ці люди мали тривогу, депресію або порушення сну протягом трьох місяців після виявлення інфекції [126].

З іншого боку, протягом кількох десятиріч років негативні наслідки зростання урбанізації, погіршення соціально-економічного розвитку країни, зниження якості життя та бідність населення призвели до зростання депресивних та тривожних розладів. На жаль, статистика нас переконує, що депресія – достатньо широко розповсюджене захворювання. За даними Американської психіатричної асоціації (АПА), 2–5% населення планети страждають від депресії в різні періоди свого життя, 22–23% серед контингенту, що спостерігається у загальній медичній практиці.

Щорічно на клінічно розпізнану депресію хворіють не менше 200 млн. людей, ця цифра постійно зростає. Відповідно до прогнозів АПА, до 2020 року депресія може посісти перше місце серед захворювань у світі, що випередить сьогоденних лідерів – серцево-судинні та інфекційні захворювання. Проблема посилюється тому, що більшість депресивних станів не розпізнають, оскільки вони дуже часто маскуються під соматовегетативними симптомами [47].

Взаємозв'язок стресу, тривоги та депресії значно погіршує стан організму, що призводить до зниження працездатності, збільшення частоти звернення за медичною допомогою, а також зниження якості життя людини.

Психічне здоров'я громадян є індикатором тих процесів, що відбуваються у суспільстві в теперішній час. Кризові події оголюють і загострюють проблеми, які торкаються здоров'я населення. Погіршення рівня психічного здоров'я населення, омолодження певних хвороб, які раніше були притаманні особам старших вікових категорій з активним поширенням психосоматичних розладів, несприятливих психічних станів, посттравматичних стресових розладів зумовлені негативним впливом кризового середовища. Зважаючи на серйозність загрози, світова спільнота активно працює над виробленням сучасних підходів до збереження та покращення психічного здоров'я населення [69, 89].

Психічне здоров'я – це стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам довколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності. Порушення регулятивної функції психіки призводить до станів соціально-психологічної дезадаптації, а у складніших випадках – до психічних розладів. Саме тому розвиток саморегуляції та інших психологічних механізмів здоров'я доречно вважати одним з основних напрямків збереження психічного здоров'я людини [33, 53, 83, 85].

Саме проблема здоров'я осіб молодого віку названа одним з пріоритетних напрямків діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у XXI сторіччі. Відповідно до класифікації ВООЗ, термін «молодь» поєднує людей у віці від 15 до 24 років. Робота з цим контингентом вимагає урахування деяких особливостей. З одного боку - це раннє наростання біологічної зрілості, з іншого - соціальний, психологічний та економічний стан, який не дозволяє цю зрілість реалізувати. Таким чином, наявність відмінностей за духовним та фізичним розвитком від дорослої людини, емоційна, юридична та фінансова залежність від батьків, відсутність необхідної кількості адекватної інформації тощо робить осіб молодого віку вразливими до впливу негативних чинників [88].

Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я молоді обумовлені впливом медико-соціальних, демографічних, психологічних та інших факторів. Показово, що найбільш тривожні темпи росту захворюваності відзначаються у віці від 19 до 25 років, коли захворюваність практично подвоюється [84, 95].

Студентство є специфічною соціальною групою молоді, що характеризується особливими умовами життя, праці і побуту, системою ціннісних орієнтацій і певними соціально-психологічними особливостями. Слід зазначити, що студентський вік - це особливий період в розвитку особистості як по «кризовій насиченості» (періодичний екзаменаційний стрес, проблеми віку, усвідомлення сенсу професійної діяльності як самореалізації і самоактуалізації та ін.), так і по насиченості можливостей максимального розвитку здібностей й потенціалу [120].

У сучасних умовах отримання освіти у вищих навчальних закладах можна віднести до специфічного виду діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що вкрай зростають у сесійний період, необхідністю засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації, підвищеними вимогами до вирішення проблемних ситуацій, суворим контролем і регламентацією режиму. Пристосування до процесу навчання визначається особистісними особливостями студентів, сукупністю мікросоціальних факторів, специфічністю вікового періоду, що відрізняється кризовою насиченістю, глибокою психологічною переорієнтацією особистості при відсутності конструктивного досвіду виходу із кризової ситуації [121].

Комплекс різноманітних факторів обумовлює високі показники поширеності НПР у студентської молоді: зміна стилю життя, що пов'язано з початком навчання; підвищена відповідальність за самоосвіту (різке зниження контролю над виконанням домашніх завдань); умови навчання, що пред'являють підвищені вимоги до здоров'я; низька кількість звернень до лікарів-психіатрів через стигматизацію уявлень про психіатрію в суспільстві; приховування при вступі наявних захворювань і перенесених травм [122].

Адаптація до комплексу нових факторів, специфічних для вищої школи, являє собою складний процес і супроводжується значною напругою компенсаторно-приспосувальних систем організму студентів. А в умовах постійної психоемоційної напруженості й недосконалості психофізіологічних систем, можуть приводити до зриву процесу адаптації й розвитку цілого ряду захворювань, у тому числі психічних [27, 40].

Специфіка вузівської освіти визначає високу поширеність психічних розладів у студентів, що обумовлено значними стресовими навантаженнями, які створюють додаткові умови для маніфестації схильності до захворювання або для активного прояву доти латентного хворобливого процесу, тоді як психічне здоров'я, студентської молоді є необхідною умовою якісного та ефективного навчання у ВНЗ [35].

Студентська молодь є найуразливішою верствою населення до стресових ситуацій [31]. Підвищена стурбованість, невпевненість у своїх силах, емоційна нестійкість, особистісна тривожність сприяють розвитку в студентської молоді неврозів, захворювань серцево-судинної, ендокринної систем та органів шлунково-кишкового тракту. Отож, актуальність окресленої теми є очевидною.

Пандемія COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2, зумовлює значний психологічний і фізичний стрес. Когнітивно-поведінкові моделі припускають, що в умовах реальної інфекційної загрози незвичні тілесні відчуття чи доброякісні симптоми можуть сприйматись як ознаки серйозного захворювання, спричиняють тривожність щодо стану здоров'я, що згодом призводить до ще більшого посилення тілесних відчуттів. Дослідження попередніх пандемій респіраторних вірусних інфекцій виявили, що завищення загрози пов'язане з підвищеною тривожністю [50]. На соматичні відчуття, їх сприйняття й інтерпретацію суттєво впливають зовнішні події, зокрема повідомлення в засобах масової інформації (ЗМІ). Хибне коло тілесних відчуттів і тривожності може частіше виникати й отримувати негативне підкріплення за наявності певних факторів схильності (наприклад, тривожні

розлади в сімейному анамнезі) та підтримуватися хворобливою поведінкою, зокрема спрямованою на пошук безпеки, як-от пошук інформації про свій стан в Інтернеті чи відвідування лікаря [39, 42].

Серед усіх ініціювальних подій і факторів підтримки тривожного стану ЗМІ можуть відігравати центральну роль при епідеміях інфекційних хвороб. Нещодавно було виділено поняття «кіберхондрія» – повторюваний та/або надмірний пошук в Інтернеті інформації, пов'язаної зі здоров'ям, який асоціюється з емоційним стресом (особливо тривогою). Спочатку такий пошук є частиною адаптивної поведінки, спрямованої на пошук безпеки в умовах загрозливих подій. Але надалі ця поведінка може посилювати та підкріплювати тривогу й занепокоєння [91].

Через емоційний вплив пандемії COVID-19 можна обґрунтовано припустити підвищений ризик рецидивів серед людей, які вже мають фонові розлади психічного здоров'я.

Проте аналіз наукової та методичної літератури дав підставу встановити відсутність досліджень особливостей психоемоційного стану та його взаємозв'язку з особливостями харчової поведінки у студентів ВНЗ в період пандемії, обумовленої коронавірусом, що спричинила соціальну ізоляцію та необхідність дистанційного навчання в нових умовах підвищеної загрози здоров'ю та життю.

Дослідження психоемоційного стану студентської молоді та харчової поведінки є актуальним, адже складні психологічні процеси у свідомості й поведінці студентів цього віку, психоемоційні переживання пов'язані як із завершенням біологічного та фізіологічного розвитку, так і з адаптацією до нових умов навчання й проживання в умовах вимушеної ізоляції, спричиненої коронавірусною хворобою.

Метою нашого дослідження було визначити особливості психологічного стану та харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19.

Завдання роботи – визначити психоемоційний стан студентів 19–21 років в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19; проаналізувати та охарактеризувати показники психоемоційного стану та харчової поведінки студентів під час вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19; установити взаємозв'язок між психоемоційним станом студентів та особливостями харчової поведінки, порівняти з даними наукової літератури; розробити психокорекційну програму подолання тривожності та депресії, порушень харчової поведінки.

Задачі дослідження:

1. Вивчити показники психоемоційного стану (самопочуття, активності, настрою, реактивної та особистісної тривожності, рівня депресії) студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19.

2. Вивчити особистісні особливості осіб (акцентуації рис характеру особистості) у студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19.

3. Вивчити особливості харчової поведінки у студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19.

4. Визначити механізми психологічного захисту особистості у студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19.

5. Розробити психокорекційну програму, спрямовану на нормалізацію психоемоційного стану та харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19, що буде сприяти оздоровленню українського населення як у соматичному, так і в психологічному плані.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості студентів Буковинського державного медичного університету.

Предмет дослідження – самопочуття, активність, настрої, рівень депресії, рівень ситуативної та особистісної тривожності, акцентуації

характеру особистості, механізми психологічного захисту особистості, особливості харчової поведінки.

Методи дослідження: теоретичний аналіз й узагальнення наукової та методичної літератури, порівняльний, анкетування, експериментально-психологічні, статистичні.

Використано також систему психодіагностичних методик, спрямованих безпосередньо на вивчення особистісних характеристик та психоемоційного стану особистості: особистісний опитувальник Леонгарда К., адаптований Шмішеком Ю.Л., оцінки показників САН (самопочуття, активність, настрій); шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера в модифікації Ханіна, рівня депресії (Цунге в модифікації Балашової Т.І.), механізмів психологічного захисту особистості (Плутчика, Келлермана, Конте); особливостей харчової поведінки (голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), опитувальник харчової залежності).

Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакету програм STATISTICA 6.1 та включала розрахунки середніх арифметичних значень (M) та їх похибок ($\pm m$). Відмінності вважали статистично достовірними при значенні $p \leq 0,05$. Статистична обробка отриманих даних відбувалась за допомогою методів визначення вірогідності відмінностей (за t-критерієм Стьюдента).

Встановлено, що психоемоційні порушення та зміни харчової поведінки є предикторами зміни адаптаційно-компенсаторних реакцій у студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19, і залежать від особистісних особливостей.

На основі комплексного вивчення показників психоемоційного стану та особистісних особливостей студентської молоді поглиблено уявлення про тривожність як чинник виникнення депресії та порушення харчової поведінки в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19.

На основі вивчення показників психоемоційного стану та особливостей харчової поведінки, особистісних особливостей студентської молоді, механізмів психологічного захисту особистості, що використовуються ними для адаптації, розроблено психокорекційну програму регуляції психоемоційного стану та харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції, спричиненою пандемією COVID-19, що спрямована на зменшення проявів дезадаптації, зниження рівня депресії, тривожності, напруженості механізмів психологічного захисту, нормалізації харчової поведінки та відновлення потенціалу здоров'я.

Вивчення психоемоційного стану та харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19, проводиться за допомогою простих опитувальників скринінгової оцінки визначення рівня депресії та тривоги, особливостей харчової поведінки студентів.

Своєчасна діагностика психологічного стану та цілеспрямована психокорекція виявлених відхилень сприяють швидкому поліпшенню психоемоційного стану особистості, підвищення резервів здоров'я й запобігають виникненню НПР.

Запропоновані психокорекційна програма та практичні рекомендації щодо регуляції психоемоційного стану та харчової поведінки студентської молоді можуть бути впроваджені в практику на державному рівні у вищих навчальних закладах.

Особистий внесок здобувача. Автором проведений патентно-інформаційний пошук і аналіз літератури, обґрунтована мета і задачі, визначена програма наукових досліджень. Розроблений пакет первинної документації (карти обстеження, опитувальники і їх оцінка за допомогою математичної обробки на ПЕОМ, анкети для вивчення результатів вимірювання рівня депресії, реактивної та особистісної тривоги, механізмів психологічного захисту особистості, ваги, росту, особливостей харчової поведінки). Проведений науковий аналіз отриманих результатів, їх

математична обробка, написані розділи, сформульовані основні положення, висновки і практичні рекомендації, оформлена магістерська робота. Основні публікації за темою дослідження носять пріоритетний характер.

Публікації. За темою роботи опубліковано 1 статтю – «Дослідження механізмів захисту особистості при розладах харчової поведінки» - в збірці III Міжнародної науково-практичної конференції «MODERN SCIENTIFIC RESEARCH: ACHIEVEMENTS, INNOVATIONS AND DEVELOPMENT PROSPECTS» 29-31 серпня 2021 року, Берлін, Німеччина, С. 256-263.

Структура та обсяг роботи. Робота викладена на 132 сторінках машинописного тексту (обсяг основного розділу 86 сторінок, складається із вступу, огляду літератури, характеристики матеріалів і методів досліджень, розділу власних досліджень та отриманих результатів, психокорекційної програми, практичних рекомендацій, висновків). Робота ілюстрована 11 таблицями. Перелік використаних літературних джерел складає 127 найменувань. В додатку представлені описання використаних методик досліджень та опис вправ психокорекційної програми.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я

У зв'язку з пандемією COVID-19 усе частіше порушуються питання психічного здоров'я. Нові для світу, і для наукової спільноти зокрема, умови невизначеності, спричиненої пандемією COVID-19 та карантинном, стали викликом, що породжує не тільки значне підвищення рівня тривоги, стресу та різноманітних соціально-економічних проблем, але і викликає науковий інтерес у великій кількості дослідників різного профілю. Кількість он-лайнних опитувань стала закономірною відповіддю в умовах соціальної ізоляції.

Спалах COVID-19 через невідомі клінічні особливості та пов'язані з ним чутки призвів до значного психічного тиску та проблем для населення – викликав тривогу, депресію, страх, що безпосередньо відображаються на поведінці, а саме зростанні дій, спрямованих на біологічне самозбереження, зменшення альтруїстичної поведінки та навіть обман щодо інфікування та контактування з пацієнтами. Результати дослідження продемонстрували глибокий і широкий спектр психологічних наслідків, до яких може призвести спалах COVID-19: поява нових психіатричних симптомів в осіб, які не мають психічних захворювань; погіршення стану тих, хто страждає на такі захворювання; дистрес у тих, хто доглядає за пацієнтами з психічними та соматичними недугами [50].

Брак належної збалансованої інформації за спалаху нової хвороби спричиняє паніку з більш серйозними згубними наслідками для життєдіяльності, соціального життя, економічного ландшафту та політичної стабільності. Проведене в Китаї під час початкового спалаху COVID-19 дослідження виявило, що 53,8% опитаних оцінили психологічний вплив спалаху як середній або тяжкий; 16,5% повідомили про помірні та тяжкі симптоми депресії; 28,8% - про симптоми середньої тяжкості до тяжкої тривожності; 8,1% - про середній і значний рівень стресу. Зокрема, було

зазначено, що широке висвітлення епідемії в ЗМІ може мати вплив на фізичну та психологічну реакцію громадськості щодо загрози інфекційних захворювань, яка неминуче посилює занепокоєння, але є ключовим інструментом заохочення запобіжних і профілактичних заходів [127].

Спалах коронавірусної хвороби спричиняє такі суспільні психологічні реакції, як напруга, тривога та страх, втрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, депресії, інших емоційних розладів і як наслідок — до зростання аутоагресивних дій аж до суїцидальних. Спектр психічних порушень може коливатися від депресії, тривоги, панічних нападів, соматичних симптомів та ознак посттравматичного стресового розладу до делірію, психозу та навіть суїциду, які були пов'язані з молодшим віком і посиленням самозвинувачення.

Незалежно від залучення до ситуації, люди за таких умов можуть відчувати безпорадність, страх і занепокоєння з приводу того, що вони захворіють або помруть, або звинувачувати інших [92]. Причому психологічний страх (як ірраціональний) стає страшнішим, аніж власне хвороба (об'єктивний страх) [91].

При дослідженні, яке охоплювало 1 тис. 210 респондентів із 194 міст Китаю, під час початкової фази спалаху COVID-19 понад половина опитаного населення оцінили психологічний вплив як помірний або тяжкий, а приблизно третина повідомила про тривогу середнього та тяжкого ступенів [127]. Як уже було зазначено, 53,8% респондентів оцінили психологічний вплив спалаху як середній або тяжкий; 16,5% - повідомили про помірні та тяжкі симптоми депресії; 28,8% - про симптоми середньої та тяжкої тривожності та 8,1 % - про рівень помірною та сильного стресу.

Більшість респондентів перебували переважно вдома 20-24 год (84,7%); вони були стурбовані тим, що члени їхніх родин заразилися COVID-19 (75,2%) і були задоволені наявним обсягом медичної інформації (75,1 %). Жіночий гендер, статус студента, специфічні симптоми (наприклад, міалгія,

запаморочення, симптоми ГРВІ) та низька самооцінка стану здоров'я були суттєво пов'язані з більшим психологічним впливом спалаху та вищим рівнем стресу, тривоги та депресії [92].

Наявність діагностованих пацієнтів у місті/селі означала більшу ймовірність зараження, тому мешканці відчували значно вищий рівень тривоги та гніву, ніж ті, у чиїх містах/селах були тільки особи на самоізоляції. Географічне розташування пацієнтів із SARS і просторова відстань щодо іншого населення була відображенням психологічної відстані. Чим менша психологічна дистанція, тим більше людей відчували небезпеку, тим інтенсивнішими ставали тривога та гнів, згідно з психологічним розвитком відповіді на стресові події.

Отже, з одного боку, масова ситуативна залученість поєднується з негативним емоційним реагуванням (тривога, страх, гнів, депресія), а з іншого - ситуативна незалученість людини спричиняє ігнорування нею загрозової ситуації та нараження на небезпеку себе та інших. Особи, які перебувають на самоізоляції вдома внаслідок інфікування або контактування з пацієнтами з COVID-19, зазнають фізичного напруження через брак місця для фізичних навантажень, стрес через обмежені соціальні взаємодії та тривожність, пов'язану зі страхом перед наслідками зараження [50].

Оскільки люди ізолюються вдома, а не в лікарні, вони можуть відчувати себе більш небезпечно, ніж госпіталізовані пацієнти, мати підвищену невпевненість щодо власного ризику розвитку тяжкої хвороби або невстановленого діагнозу, чи отримання своєчасного лікування. Упродовж індивідуальної самоізоляції тривожність була пов'язана зі стресом і зниженням якості сну. Тому психічне здоров'я таких осіб, як правило, потребує більшої уваги.

За результатами онлайн-опитування в лютому 2020 р. щодо емоційних реакцій та копінг-стратегій медичних сестер і студентів медичних коледжів у провінції жінки виявляли достовірно сильнішу тривогу та страх, аніж чоловіки. Мешканці міст проявляли більше тривоги та гніву, ніж мешканці сіл,

але в останніх спостерігали більше смутку порівняно з містянами. Вищий ступінь залученості до надання допомоги пацієнтам із COVID-19 зумовлював сильніші тривогу та гнів. Порівняно зі студентами медичних коледжів медичні сестри мали сильніші емоційні реакції (тривога, страх, смуток, гнів) та охочіше використовували проблемно-фокусовані копінг стратегії. Автори описали виникнення таких циклів реагування: «чим більше страху, тим більше використання проблемно-фокусованого копінгу»; «чим більше гніву, тим більше застосування емоційно-фокусованих копінг-стратегій», «чим більше проблемно-фокусованого копінгу, тим тривожніше, тим більше гніву, тим більше смутку» [50].

Ще однією категорією осіб, уразливих щодо психологічного впливу епідемії COVID-19, є члени сімей медичних працівників, залучених до надання допомоги пацієнтам із коронавірусною хворобою. За даними поперечного дослідження стану психічного здоров'я 822 таких осіб, загальна поширеність тривоги (за шкалою GAD-7) та депресії (за опитувальником PHQ-9) становила 33,73 і 29,35 % відповідно [92].

У Сінгапурі було визначено шість критичних напрямів для зміцнення стратегії психічного здоров'я під час спалаху COVID-19, а саме:

- 1) ідентифікація груп підвищеного ризику;
- 2) поліпшений скринінг психічних розладів;
- 3) психологічні втручання;
- 4) підтримка залучених до спалаху COVID-19 медичних працівників;
- 5) надання точної та повної інформації;
- 6) інтеграція медичних та громадських ресурсів [126].

Дуже важливим чинником є соціальна підтримка та соціальні ресурси, що зменшують негативні емоції, такі як тривожність. Тому коли люди перебувають в ізоляції, зокрема під час епідемій, інтернет-групи, які розширюють соціальні мережі та надають взаємну підтримку, можуть зменшити тривожність через усамітнення внаслідок карантинних заходів [126].

В результаті цілеспрямованого одночасного багатоканального інформаційного впливу з метою висвітлення швидкості розповсюдження вірусу, наслідків зараження, кількості померлих, економічних втрат, а також правил поведінки, обмежень, прогнозів, тощо відбувається психоемоційна дестабілізація особистості. Внаслідок цього настає психічне перевантаження, яке виявляється в фоновому стані підвищеної тривожності з хвилеподібними «стрибками» відчуття страху та паніки, а також – у витіснених страхах, підсвідомих намаганнях контролювати ситуацію більше, ніж здається на свідомому рівні. Тому питання збереження психологічного та психічного здоров'я набуває все більшої актуальності.

1.2. Особливості психоемоційного стану студентської молоді

В умовах пандемії, збройного конфлікту в Україні, а також напруженого соціально-економічного становища спостерігається тенденція до погіршення стану нервово-психічного здоров'я населення України [123]. В наш час депресивні стани є однією з найважливіших проблем у всьому світі, зокрема й в Україні. Ця проблема є актуальною через нестабільність у політичній та економічній сфері, інформаційній перенасиченості, невпевненості у тому, що буде завтра, а відтак великій кількості стресів. До того ж, сучасний темп життя обумовлюється прагненням молодої людини бути продуктивнішою, швидшою, креативнішою, щоб досягти певного рівня у суспільстві, яке диктує умови «успішності». У гонитві за досягненнями, коли людина знаходиться у стані постійної напруги та тривожності, зростає навантаження на фізичну та, перш за все, емоційну та психічну сферу особистості. У психології депресивний стан досліджується як емоційний розлад для якого характерними є загальмованість у руховій активності та інтелектуальній діяльності через зміни у емоційному фоні та переважанні негативних емоцій [113].

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), рівень поширеності депресії відносно інших психологічних розладів зростає, а «вік захворювання» знижується. За останні десять років котрий рік поспіль Україна

посідає перше місце за кількістю психічних розладів у Європі [118]. За одними даними, майже 2 млн. українців щороку стають пацієнтами психіатричних лікарень. За іншими свідченнями, в Україні в середньому 2,5% населення щороку звертаються за психіатричною допомогою до фахівців, а 72% із таких людей переживають тимчасові або пограничні психічні розлади (депресії, неврози, зміни особистості через певні органічні розлади тощо), при цьому більшість із них залишаються практично здоровими, а частка таких пацієнтів виявляється з патологічними психічними розладами. До 80% українців із психічними розладами жодного разу не зверталися до лікарів [69, 123]. Проте в Україні набагато більше людей, які потребують психологічної допомоги немедикаментозного характеру. Практично кожна психічно здорова людина не менше одного–двох разів у житті переживає серйозні психологічні проблеми, для розв'язання яких вона потребує кваліфікованої допомоги [113].

Серед факторів, які негативно впливають на психологічне здоров'я та благополуччя особистості, виділяють: хронічну втому; страх самотності; сильний страх за своє здоров'я; незадоволеність собою; стрес через сварку з близькими і друзями; стрес через втрату роботи; різноманітні побутові та трудові конфлікти; страх залишитися без грошей; хвороба, смерть близьких тощо [84].

У кризу людина розуміє, що вона вже не може більше жити як раніше, але не знає як це робити по-іншому, позаяк в неї немає достатньої компетентності вирішувати нові проблеми, що постійно виникають але не можуть бути вирішені традиційними способами. Для виживання потрібні ресурси і, у першу чергу, відповідне здоров'я, яке має забезпечувати здатність адаптуватися до умов існування та управління соціальними проблемами, які виникають. Мова йде про усі складові здоров'я: фізичного, психічного, духовного та соціального, які взаємопов'язані одне з одним і підтримка яких має забезпечуватися. Адже лише здоровий організм може витримувати значні фізичні та психічні навантаження, не тільки пристосовуючись до дії

екстремальних чинників кризового середовища, але й повноцінно функціонувати в цих умовах [89].

Психічне здоров'я є однією з найвагоміших характеристик, яка, з однієї сторони, дозволяє контролювати «тиск» від дії кризи, з другої – потребує постійної уваги для свого збереження при виживанні. Психічне та фізичне здоров'я – це два життєво важливих напрямки життя, які тісно переплітаються та глибоко взаємозалежні. Психічне здоров'я, якому довго не приділялося належної уваги, має вирішальне значення для загального благополуччя людей, суспільства та країни [104].

Інтенсивність навчання у ВНЗ усіх рівнів акредитації становить високі вимоги до стану здоров'я, фізичної працездатності студентів. Сучасне суспільство потребує кваліфікованих спеціалістів, успіх підготовки яких разом з іншими факторами залежить від їхнього здоров'я [100, 101]. Водночас щоденні стреси, емоційна напруженість, перевантаженість, нераціональне харчування, недотримання здорового способу життя, низький рівень рухової активності негативно впливають на здоров'я студентів. Один із важливих факторів, що має значний вплив на здоров'я, – це психоемоційний стан. Через схильність до соматизації тривоги та надмірну чутливість до негативної інформації (зокрема, в ЗМІ) навіть люди, котрі не заразилися COVID-19 і мають невисокий ризик тяжкого перебігу інфекції, можуть зазнати серйозного впливу пандемії на психічне здоров'я [112].

Аналіз літератури про особливості впливу на людину інформаційних чинників дає змогу виділити з категорії психологічного стресу його особливий вид – інформаційний стрес людини. Джерелом розвитку його служать зовнішні повідомлення, інформація про поточний чи передбачуваний вплив несприятливих подій, загрозу; а також «внутрішня» інформація у формі уявлень і спогадів про події, ситуації та їх наслідки, що травмують психіку та супроводжуються негативними реакціями [127].

Будь-який різновид психологічного стресу (особистісного, міжособистісного, сімейного, професійного тощо) є у своїй основі

інформаційним, тобто джерелом його розвитку служать зовнішні повідомлення, інформація про поточний (реальний) або передбачуваний, імовірний вплив несприятливих подій, їхню загрозу або «внутрішня» інформація у формі минулих уявлень про травмівні для психіки події [102].

Основними ознаками інформаційного стресу є підвищений або знижений тиск, головний біль, втрата зосередженості, втрата сил, страх перед майбутнім, невпевненість у собі, роздратування. Це тягне за собою неврози, безсоння, підвищений артеріальний тиск, депресію, тривогу, психосоматичні захворювання.

Сьогодні багато психологів рекомендують звести до мінімуму отримання новин, які заповнені повідомленнями про війну, теракти, погіршення економічного становища, безробіття, фінансову нестабільність, про кількість інфікованих та померлих тощо. Однак самоусунення від новин не є вирішенням проблеми, тому що для управління ситуацією і успішного подолання обумовлених кризою проблем актуальним є отримання об'єктивних даних про всі реальні події [87].

Виявлено, що в одних почуття небезпеки загострює увагу, прискорює перебіг розумових операцій, що сприяє активним і доцільним діям, у інших загроза викликає пасивно захисну поведінку, коли за невеликим періодом підвищеної збудливості настає досить тривалий період пригніченості і апатії (відчувається безвихідь та самотність), що заважає приймати адекватні рішення [55].

У роботах вітчизняних і закордонних авторів, присвячених вивченню проблем психічного здоров'я студентів, вказується на високу поширеність у цьому контингенті психічних порушень. Зниження рівня здоров'я студентів протягом професійного навчання є головною медичною та соціально-економічною проблемою даного виду діяльності молоді, що несприятливо позначається на ефективності їх майбутньої професійної діяльності [60].

В загальній структурі психічної захворюваності в студентській популяції переважають НПП, цифри поширеності яких варіюють від 5,8% до 61,35% [118].

Однією з основних причин зниження успішності та працездатності студентів, що часто приводять до академічних відпусток або відрахування, стають НПП та ПР [117]. На стан здоров'я студентів у період навчання впливають неспецифічні й специфічні та об'єктивні й суб'єктивні фактори. Серед неспецифічних об'єктивних факторів виділяються наступні: суспільні відносини; матеріально-економічні умови життєдіяльності; соціальне середовище; економічні й клімато-географічні умови стану системи охорони здоров'я й освіти. Об'єктивні специфічні фактори характерні конкретному ВНЗ та властиві саме соціальній групі студентів. Суб'єктивні фактори, що визначають стан здоров'я й рівень культури здорового способу життя студента, являють собою сукупність якостей і властивостей особистості, які саморегулюються й визначають спрямованість та схильність студента. Їх також можна підрозділити на загальні індивідуально-неспецифічні, властиві всій соціальній групі студентів, та індивідуально-специфічні, які відбивають індивідуальність особистості окремого студента, її специфіку якостей і властивостей [119].

Основними причинами розвитку НПП у студентів постають труднощі адаптації до нової мікросоціального середовищі, високий рівень вимог, що висуваються до психіки студентів у процесі навчальної діяльності, що посилюється різними психологічними кризами, серед яких: кризи професійного вибору, коли свідомий вибір професії відбувається вже після початку навчання у вузі за іншою спеціальністю; кризи, пов'язані з відносинами в батьківській родині, які характерні як для студентів зі зрілою особистістю і тенденцією до самостійності, які обмежені матеріальною залежністю від батьків, так і для емоційно-залежних молодих людей; кризи сексуальних відносин, що виникають у зв'язку із зростанням статевого потягу при обмежених можливостях створити і матеріально підтримувати свою сім'ю,

кризи, пов'язані з розчаруванням у романтичних відносинах; кризові ситуації в академічній діяльності, пов'язані з початком та закінченням навчання у вузі, академічною успішністю, ситуацією розподілу [120].

Для осіб молодого віку найбільш патогенними соціально-психологічними факторами є втрата родини, неправильна стратегія виховання, різка зміна способу життя. Найбільш значимими біологічними факторами ризику виникнення психічних розладів у студентів є генетична обумовленість психічними захворюваннями й патологічно змінене підґрунтя.

Багато авторів серед причин НПР, що мають відношення до навчальної ситуації, поряд з академічною неуспішністю, невдалою здачею іспитів, вказують на провідну роль перевтоми при навчанні, до якої можуть приводити: недостатня шкільна підготовки до вступу у ВНЗ, вік прийому абітурієнтів, зі збільшенням показників хворобливості й захворюваності пропорційно віку, відсутність навичок систематичної інтелектуальної праці, і здорового способу життя, що обумовлює інтенсивну, часто в нічний час, роботу з ліквідації академічної заборгованості, особливо в період заліків, з різким збільшенням розумового напруження. Разом з тим, академічна неуспішність може розглядатися не тільки як причина психічних розладів у студентів, але й бути їх наслідком [44].

Депресивні та тривожні розлади в студентів є досить поширеною і прогностично несприятливою патологією. Депресивні та тривожні розлади діагностовано у 9,96% усіх обстежених студентів, що становило 38,80% від усіх діагностованих НПР. У студентів найчастіше діагностували змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2) - 7,32% від загальної кількості хворих та 23,68% серед чоловіків з афективними розладами, а у студенток - легкий депресивний епізод (F32,0) - 12,20% та 17,65% відповідно. Використання зі скринінговою діагностичною метою шкали депресії Цунга та шкал ОТ та РТ показало високу чутливість застосованих методик, що повинно враховуватись при побудові скринінгових програм [80, 123].

Проблема високого рівня тривожності у студентської молоді актуальна, адже саме в цей період відбувається професійне та особистісне становлення людини. Саме у цей період людина починає свої перші кар'єрні кроки, а також, можливо, серйозні стосунки, які, в подальшому можуть перерости у власну родину. Все це, безумовно, сприяє підвищенню рівня тривожності, як особистісної так і ситуативної. Особа оглядається на власні минулі здобутки та планує своє майбутнє відповідно до цього. Не завжди це дає позитивний поштовх, адже людина порівнює себе з іншими особами, бажаючи не відставати від них. У випадку невідповідності власним мріям та баченням, людина починає шукати причини у собі або у навколишньому середовищі. Все це супроводжується постійною напруженістю, емоційним вигоранням та зниженням самооцінки. Згодом, на основі цього може відбутись розвиток тривожних і депресивних станів, психосоматичних розладів [55, 69].

Встановлено, що у студентів IV курсу найбільше підвищився рівень ОТ (40,00%), рівень депресії (13,82%) та рівень нейротизму (7,64%) порівняно зі студентами інших курсів. Погіршення рівня ситуативної тривоги найбільше притаманне студентам II курсу навчання (32,56%) [123].

В роботах О.С.Юрценюк встановлено, що у студентів IV курсу найбільше підвищувався рівень ОТ (40,00%), рівень депресії (13,82%) та рівень нейротизму (7,64%) порівняно зі студентами інших курсів. Рівень алекситимії найбільше зростав у студентів III курсу (25,85%). Погіршення рівня ситуативної тривоги найбільше притаманне студентам II курсу навчання (32,56%). Між клінічними особливостями перебігу НПР у студентів та умовами, що їх викликають, відмічений взаємозв'язок. При переважній дії облігатних чинників (зміна соціо-культуральних та клімато-географічних умов), прояви НПР обмежувалися в більшості випадків астенічною симптоматикою й вегетативними кризами [117].

При поєднаній дії облігатних і факультативних (психотравмівних) факторів клінічна картина психічних розладів була більше різноманітною: крім астенічних проявів відмічалася вегетативна, депресивна, істерична,

обсесивно-фобічна симптоматика. При переважній дії факультативних чинників, НПР протікали по типу психогенії [63].

Екзаменаційний стрес володіє значною психотравмівною дією. Отримано переконливі докази того, що екзаменаційний стрес впливає на нервову, серцево-судинну й імунну системи студентів, а також може бути пусковим чинником РТ та депресії [55].

До проявів тривожних розладів відносять власне тривогу, неспокій, дратівливість і нетерплячість, емоційну напруженість, неможливість розслабитися і відчуття перебування на межі «зриву», когнітивні порушення (зниження здатності концентруватися, погіршення пам'яті), астенію, порушення засинання і поверхневий сон. Тривога - це емоційне переживання, що характеризується дискомфортом від невизначеності перспективи. Соматоневрологічні прояви тривоги дуже різноманітні, вони включають: а) вегетативно-судинні симптоми - серцебиття (аж до пароксизмальної тахікардії), відчуття «перебоїв» у роботі серця, стиснення або болю в грудях, браку повітря, підвищення АТ, тремор, сухість у роті, локальна або дифузна пітливість, нудота, діарея, спастичні болі в животі, часті позиви до сечовипускання, блідість або почервоніння шкіри, «гусяча шкіра», спостерігаються запаморочення, порушення лібідо і ерекції; б) симптоми, пов'язані з хронічною м'язовою напругою, - головні болі напруги, міалгії різної локалізації, болі в спині і попереку (що часто трактують як «остеохондроз»), м'язові сипання, стійка слабкість; в) виявляються псевдоалергічні симптоми - свербіж, кропив'янка, бронхоспазм [40].

Комбінації перелічених симптомів формують клінічну картину різних тривожних розладів. Найчастіше в практиці кардіолога спостерігаються генералізований тривожний розлад (ГТР) та панічний розлад (ПР). Хворі ГТР і ПР по допомогу традиційно звертаються до лікаря загальної практики. Поширеність депресії і тривожних розладів у загальномедичній практиці в цілому і кардіології зокрема (5% і 20-50%, відповідно) є нижчою, ніж у пацієнтів психіатричних установ, де вона досягає 80% [75, 77, 88].

Клінічна картина субдепресивних розладів проявляється різноманітними симптомами, крім афективного компоненту присутні розлади мислення, іпохондрична налаштованість, виражений сомато-вегетативний компонент з чітко окресленим нападopodobним перебігом та сезонною залежністю [93].

При депресії домінує зниження настрою, набагато частіше присутні суїцидальні тенденції. Крім того, при депресії виявляються симптоми, практично відсутні при «чистих» тривожних розладах: ангедонія, втрата бажань і інтересу до тих видів діяльності, які звичайно були приємними; втрата впевненості в собі, зниження самооцінки, відчуття безнадійності, песимізму, провини. Незважаючи на схожість багатьох соматичних еквівалентів депресії і тривоги, для депресії характерніші зниження або підвищення апетиту і маси тіла, стійкий больовий синдром без достатніх соматичних причин [121].

Найбільший ризик виникнення психічних захворювань у студентській популяції зустрічається на молодших курсах (1 і 2), досягаючи максимуму до 3 курсу, що пов'язано із труднощами адаптації до нових професійних і побутових умов. Реакції дезадаптації у студентів мали характер тривожних або тривожно-депресивних проявів [123].

В публікаціях Н.В.Гавенко відмічається підвищення поширеності симптомів психічної дезадаптації у вигляді порушень з боку емоційної, ефекторно-вольової сфер, мислення та вегетативної системи у студентів медиків на 3 курсі. Така динаміка проявів психічної дезадаптації певно обумовлена зростанням навантаження та зміною набутого стереотипу навчання в умовах початку роботи на клінічних кафедрах, підвищенням відповідальності при спілкуванні з хворими та переживанням «хвороб 3-го курсу», коли будь-які ознаки фізичного або психологічного дискомфорту сприймаються як хвороба, яка зараз вивчається [43, 44, 45].

До НПР студентської молоді більшість дослідників відносить невротичні розлади, реакції дезадаптації, афективні розлади, розлади

особистості, неврозоподібні та психопатоподібні порушення, психосоматичні захворювання, реакції екзаменаційного стресу. Поширеність межових нервово-психічних розладів на технічних, медико-біологічних, фізико-математичних й гуманітарних факультетах різнилась та склала пропорцію 1:1,5:2:6 [123].

В результаті обстеження студентів п'ятих-шостих курсів медичних факультетів встановили більше високий рівень невротизації: в 80% студентів у процесі суцільного тестування виявлені короткочасні невротичні симптоми. В 65% студентів спостерігалися головні болі, погана концентрація уваги, в 10% - тривога й нав'язливі побоювання, в 17% - стомлення й дратівливість, в 5% - порушення сну й коливання настрою. Ці окремі симптоми спостерігалися недовго й збігалися із заліково-екзаменаційною сесією [118].

Звертає увагу високий рівень тривожності серед студентів, що зазначається багатьма дослідниками. Слід зазначити, що серед невротичних розладів у студентів найпоширенішими є розлади адаптації, раніше позначувані як невротичні реакції. Згідно МКХ-10 під розладами адаптації розуміють стан суб'єктивного дистресу та емоційного розладу, що зазвичай перешкоджає соціальному функціонуванню, продуктивності й виникаючій в період адаптації до значних змін в житті або стресовій події [71, 101].

Ця група розладів відрізняється від інших груп тим, що в неї включені розлади, які ідентифікуються не лише на основі симптоматики й характеру перебігу, але й очевидності впливу однієї або навіть обох причин: винятково несприятливої події в житті, що викликала гостру стресову реакцію, або значної зміни в житті, що призвела до тривалих несприятливих обставин й спричиняє порушення адаптації. В механізмі порушень психічної адаптації провідне місце займають порушення в емоційно-вольовій сфері [47].

Серед особистісних характеристик, що сприяють розвитку депресії слід зазначити ціннісні орієнтації, самовідношення, акцентуації характеру, копінг-стратегії, й оцінку особистістю якості свого життя. Депресивні розлади неспихотичного рівня в студентській популяції мають різну нозологічну

природу, головна особливість яких є рідкість відносно простих синдромів [26, 29, 30, 116].

Розлади особистості в студентській популяції зустрічаються в 38,92% та в більшості випадків не досягають рівня клінічно окресленої патології. Найбільш специфічними для студентства є ананкастний, тривожний і залежний розлади особистості, зважаючи, на велику поширеність їх в клінічно оформленій формі. Розгорнута картина синдрому розладу особистості частіше виявлялась у випадках декомпенсації, під впливом несприятливих зовнішніх факторів, таких як значні інтелектуальні навантаження під час сесій, конфліктні відносини в родині або у колі товаришів, зміна місця проживання [55, 63, 109, 111].

Наявність акцентуації характеру у студентів зумовлює не тільки специфіку соціальної й навчальної дезадаптації, але й сприяє виникненню психічних розладів несприятливого рівня й ранній алкоголізації. При цьому такі типи акцентуацій характеру, як дистимічний, афективно-лабільний, тривожно-боязкий збільшують ризик розвитку преневротичних субдепресивних станів [117 - 119, 120].

Вивчення особистісних особливостей студентів з НІР та здорових студентів показало, що серед студентів з НІР достовірно частіше траплялися особи з депресивними, паранояльними, психастенічними та істеричними рисами особистості, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та побудові психокорекційної програми для цього контингенту хворих [95].

Можливо як варіант подолання тривожних, тривожно-депресивних станів збільшилося вживання алкоголю у 12,8% опитуваних під час карантину та соціальної ізоляції. Опитувані вказували на широкий спектр симптомів психологічного стресу і розладів (поганий настрій, тривога, напруга, паніка, занепокоєння, гнів, дратівливість, емоційне виснаження, симптоми депресії). Депресивні розлади (18%), тривога/напруга/стрес (34%), страх/паніка (8%), не помітили змін (49%), умовно нейтральні емоції вказали (11%) респондентів. Було встановлено, що жителі України не вживають достатніх заходів з

підтримки та поліпшення імунітету, корекції ваги та харчової поведінки, що обумовлює збільшення потреби в психологічному супроводі (депресивні, тривожно-депресивні тенденції), спостерігається зростання соматоформних розладів [117].

Аналіз досліджень цієї проблеми підтверджує взаємозв'язок соматичного здоров'я, психоемоційного стану з руховою активністю студентської молоді [114]. Нажаль, спортивні заклади були закритими на період карантину. У роботах науковців установлено позитивний вплив рекреаційної діяльності боулінг-клубів, аквааеробіки й занять за системою Дж. Пілатеса на показники психоемоційного стану студенток ВНЗ, жінок і чоловіків [104].

Розвиток інформаційно-комунікативних технологій, а саме дистанційне навчання, дистанційне спілкування, дистанційні розваги) також великою мірою зумовлює суспільні перетворення. Психологічні особливості карантинних реалій життя доводять, що відеозв'язок не є комфортним способом спілкування, і працюючи на онлайн заняттях студенти переважно обирають формат зв'язку без відео. Істотною проблемою в умовах карантину для студентів є також побудова якісної комунікації з ровесниками [92, 99].

Таким чином, як свідчить аналіз літературних даних, незважаючи на значну кількість серйозних досліджень, що стосуються психологічних, педагогічних, медичних аспектів розвитку психічних порушень в осіб, які займаються напруженою розумовою працею, проблему їх ранньої діагностики в сучасних умовах не можна визнати остаточно вирішеною.

Отже, для покращення психологічного здоров'я студентської молоді виникає потреба у моніторингу та пошуку ефективних шляхів збереження соматичного та психічного здоров'я студентів у нових для людства умовах.

1.3. Харчова поведінка як індикатор психоемоційного стану студентської молоді

Згідно з оцінками експертів ВООЗ, тривалість життя і стан здоров'я населення на 70% залежить від способу життя, найважливішим чинником якого є харчування, на 15% - спадковості, ще на 15% - умов довкілля. Дослідження харчової поведінки як психологічного фактора якості життя людини зумовлено потребами сьогодення [12].

Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу, наслідування стилю харчування суспільства та близького оточення. Іншими словами, харчова поведінка включає в себе установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини [6].

Харчова поведінка – система специфічних взаємодій індивідуума з оточенням, спрямована на задоволення потреби в їжі. Харчова поведінка людини зумовлена єдністю біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, що являє собою міжфункціональну психологічну систему, в якій істотним є не лише задоволення потреби, а й сам процес приймання їжі. Тому існує зворотній вплив процесу харчування на відповідну вітальну потребу. В цьому сенсі відкривається процес генезу харчової поведінки, її загальні та індивідуальні особливості, зокрема статеві. Остання має виражений гендерний характер, оскільки культурально потреби жінок (в тому числі харчові) в різних мега- і мікрокультурних середовищах набувають різних психосексуальних і соціопсихологічних ознак. Також харчову поведінку слід розглядати як вищу міжфункціональну психологічну систему, яка виникає одразу після народження дитини і знімає суперечність біологічного і соціального факторів [9].

Харчування людини з самого народження пов'язане з міжособистісною взаємодією. Згодом їжа стає невід'ємною складовою процесів спілкування та

соціалізації. У свою чергу, традиції, харчові звички відбивають рівень розвитку культури, національну, територіальну і релігійну приналежність, а також сімейне виховання у сфері харчової поведінки [14, 107].

Харчова поведінка оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна (відхиляється) залежно від безлічі параметрів, зокрема - від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних і якісних показників харчування. На вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу, істотний вплив роблять етнокультурні та соціальні чинники. Одвічним питанням про цінність харчування є питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («їсти, щоб жити, або жити, щоб їсти») [15].

Біологічні потреби відносяться до фізіологічних потреб. З ними тісно пов'язані звички - сформовані в процесі розвитку стереотипні дії високого ступеня міцності і автоматизації. Харчові звички визначаються традиціями сім'ї та суспільства, національністю, релігійними уявленнями, життєвим досвідом, порадами лікарів, модою, економічними та особистісними причинами [16].

Хоча харчування, безумовно, є фізіологічною потребою, психологічна мотивація також впливає на харчову поведінку. Наприклад, потреба поїсти може бути викликана не лише бажанням «нагодувати себе», але й позитивними (наприклад, щастя) і негативними (наприклад, злість, депресія) емоціями. Не останню роль відіграють внутрішні соціальні настанови, норми та очікування щодо споживання їжі. Таким чином, харчова поведінка є і потребою особистості (у задоволенні, самостверженні, етноідентифікації тощо) та суспільства (соціоінтегративна, соціодиференційна та соціоідентифікаційна) [10].

Для сучасної людини харчова поведінка, окрім біологічної функції насичення, служить також для розрядки психоемоційної напруги; чуттєвої насолоди, як самоціль; спілкування, коли їжа пов'язана з перебуванням в колективі; самоствердження, коли первинну роль грають уявлення про престижність їжі і про відповідну «солідну» зовнішність; підтримка певних

ритуалів або звичок; компенсації незадоволених потреб (потреба в спілкуванні, батьківській турботі і т. д.); нагороди або заохочення за рахунок смакових якостей їжі; задоволення естетичної потреби і так далі [11].

Водночас, з кожним днем у світі зростає кількість захворювань з порушенням харчової поведінки. Сюди відносять нервову анорексію, нервову булімію, компульсивне переїдання, патологічне зривування. Суспільна значущість проблеми розладів харчової поведінки та їх психокорекції обумовлена низкою факторів. За даними ВООЗ, у світі підвищується кількість осіб з ожирінням, а розлади харчової поведінки спричиняють найвищий рівень смертності серед людей з психічними захворюваннями. Крім того, харчова поведінка значною мірою впливає на якість життя. Проблема розробки науково обґрунтованих технологій збереження здоров'я – це важлива задача сучасної науки. При цьому аналіз питань психології харчової поведінки в континуумі «норма – патологія» може виступити одним із способів реалізації цієї задачі [98].

Дослідниками вивчалися різні аспектах харчової поведінки, зокрема психологічні особливості розладів даної сфери. Показано, зокрема, що розлади харчової поведінки – це не ізольована група розладів окремих психологічних характеристик; вони можуть впливати на соматичні особливості функціонування серцево-судинної, травної, нервової та інших систем організму [19, 110].

Харчова поведінка може бути гармонійною або девіантною, що залежить від багатьох параметрів, зокрема від того, яке місце займає процес харчування в ієрархії цінностей індивіда. З одного боку, усе більша кількість людей страждає від надмірної маси тіла і переїдання, з іншого – порушення сприймання власного тіла, зокрема дисморфобії, часто призводять до численних порушень психологічного здоров'я особистості. Зокрема, в підлітковому і юнацькому віці у дівчат часто формуються нав'язливі форми поведінки, пов'язані із споживанням їжі [17, 18, 20].

Харчова поведінка людини, що викликається спочатку природною біологічною потребою, у міру розвитку суспільства соціалізувалася. Залежно від цінностей і ідеалів конкретної історичної епохи вона коливалося від надмірного споживання продуктів і огрядності як ознаки благополуччя і достатку до обмеження в харчуванні при наслідуванні завищених вимог стрункості і краси [4, 5].

У сучасному світі все більша кількість людей страждає від надмірної маси тіла і переїдання, з іншого боку, все частіше обмеження в харчуванні, іноді абсолютно не пов'язані з реальною вагою і формою тіла, набувають характеру пандемії, що захопила весь світ [3, 8, 41, 46].

Багато дослідників розглядають порушення харчової поведінки як форму поведінкової (нехімічної) адикції. Харчова адикція зовні не суперечить правовим, морально-етичним і культурним нормам, але порушує цілісність людей, затримує розвиток і серйозно ускладнює міжособистісні взаємовідносини, зважаючи на зайву концентрацію думок і поведінки на їжі, яка виступає альтернативою повсякденного життя з його вимогами, обов'язками і обмеженнями [52, 61, 78, 81].

Головними причинами частого приймання їжі є нудьга, поганий настрій, страхи, тривога і стрес. Якщо людина виявляється не повністю залученою в життя, малоактивною, не може організувати своє культурне дозвілля, страждає від нудьги і духовної порожнечі, то вона заповнює цей вакуум їжею [64, 67, 73].

Таким чином, причиною переїдання є не лише підвищений апетит, але і духовний застій, беззмістовність життя. Сенс життя зводиться до приготування і прийому їжі. Особливо це характерно для жінок, які велику частину свого часу проводять на кухні. Іншими важливими чинниками, що впливають на харчову поведінку людини, є її емоційний стан, настрій, стресові ситуації. Часто переїдання є реакцією на конфлікти на роботі, різні неприємності, сварки в сім'ї та ін. В цьому випадку ми говоримо про психогенне переїдання. Таким чином, існує безліч чинників, що впливають на

контроль режиму харчування. Серед них фізичні навантаження, емоційні переживання, виховання в сім'ї, нутрієнти, що містяться в їжі [82, 98, 126, 127].

Результати експериментальних досліджень довели, що при порушенні харчової поведінки рідше фіксується гіпертимність, частіше спостерігається нейротизм, тривожність, лабільність, сензитивність, демонстративність поведінки, а невпевненість в собі переноситься на фізичний «Образ-Я», і виникає гостра необхідність компенсувати свою «уявну потворність». Це є спусковим гачком для розвитку порушень харчової поведінки як неадаптивної пошукової поведінки за Ротенбергом. Можна припустити, що такі прояви самовідношення можуть виступати значущим чинником розвитку порушень харчової поведінки. Таким людям часто здається, що усі звертають увагу на дефекти їх фігури, вони не приймають себе такими, як є, і тому роблять спроби що-небудь змінити, і у разі концентрації на фізичному «Образі-Я», ареною «випробувань» стають харчування і фігура [5, 8, 115].

Отже, можемо констатувати, що проблема харчування і харчової поведінки у сучасному світі дуже актуальна. У той же час високий темп життя ускладнює правильне харчування, а це призводить до численних психосоматичних розладів, таких як ожиріння, булімія і анорексія, які зумовлюють психологічну і соціальну дезадаптацію багатьох жінок [13, 21].

При аналізі харчової поведінки адикта виділяють декілька різновидів адиктивних мотивацій: атарактичну (служить для зменшення напруги, тривоги); гедоністичну (спрямована на задоволення, бажання прикрасити своє життя); субмісивну (нездатність відмовитися від пропонованої їжі, що відображає тенденцію до підпорядкування, залежності від думки оточення); псевдокультурну (прагнення продемонструвати вишуканий смак або матеріальний достаток); псевдокомунікативну, коли пацієнт схильний до компульсивного переїдання під час свят і урочистостей [25, 28].

Сучасні дослідники розглядають порушення харчової поведінки як дезадаптивний спосіб вирішення конфліктів: люди з порушеннями харчової поведінки використовують їжу як засіб символічної комунікації зі своїм

почуттям неадекватності перед лицем вимогливого життя. Почуття неспроможності розвивається як за відсутності важливих життєвих навичок, так і на тлі невдалих спроб встановити ефективні стосунки з іншими людьми. Порушення харчової поведінки, зокрема булімія, є стратегією копінг-поведінки, в якій їжа, вага тіла і образ тіла стають головними життєвими цінностями [23, 49, 54].

Розрізняють наступні типи відхилень харчової поведінки: за ступенем адекватності (адекватна, неадекватна); за параметром норми (нормальна, девіантна, нервова анорексія, булімія, компульсивне переїдання); за ознаками (залежна, активна, гнучка, ригідна). До виділених дослідниками психологічних складових харчової поведінки відносяться:

- Мотивація (споживання певної їжі під впливом мотивів, пов'язаних з бажаними змінами в самосприйманні, необхідними обмеженнями з врахуванням процесів цілепокладання особистості тощо);

- Досвід (знання про користь харчових продуктів, обізнаність про основи здорового, фізіологічного, гармонійного, різноманітного харчування);

- Когнітивні особливості (відчуття від їжі, сприймання страв, пам'ять про смак тощо);

- Емоції (споживання їжі під впливом емоцій, щоб зменшити тривогу, подолати невпевненість, для уникнення страхів);

- Саморегуляція (наприклад, споживання їжі як засіб зменшення психологічного напруження);

- Операціональні характеристики (власне поведінковий компонент споживання їжі: особливості темпу, обставин, повторюваних патернів харчової поведінки) [24, 25, 28].

Встановлено, що харчова поведінка людини існує у межах континууму, що включає нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади і, нарешті, патологічну харчову поведінку. Зміст і роль харчової адикції серед усього різноманіття типів адиктивної поведінки вивчені недостатньо. Деякі автори відносять відхилення харчової поведінки до групи проміжних адикцій; інші

вважають, що нервова анорексія і булімія є специфічними психопатологічними феноменами. Причиною нервової анорексії, як правило, вважають дисморфофобічні переживання, пов'язані з невдоволенням власною зовнішністю, у тому числі і зайвою вагою. Булімія зустрічається як психопатологічний симптом у рамках багатьох інших психічних розладів: органічних захворювань головного мозку, розумової відсталості, шизофренії тощо [65, 70].

Клінічну картину компульсивного переїдання складають два головні компоненти: споживання значних обсягів їжі за відносно короткі періоди часу та відчуття втрати самоконтролю у процесі такого компульсивного споживання. Ці компоненти не завжди є нерозривно пов'язаними. Для пояснення поведінки, яка формує та підтримує компульсивне переїдання, слід окреслити зв'язки між поведінковою, когнітивною, афективною та інтерперсональною підсистемами [74, 76, 78].

Харчова поведінка безперервно набувається протягом усього життя людини, і тому зміни у такій поведінці вимагають формування повторюваних звичок, які мають бути так само тривалими.

Актуальним постає питання встановлення психологічних відмінностей харчової поведінки сучасної молоді та дослідження потреб особистості, що задовольняються через їжу. Зокрема, містить дослідницький інтерес в проведенні аналізу взаємозв'язку особливостей харчової поведінки та особистісної спрямованості сучасної молоді. Наш інтерес обумовлений насамперед тим, що розлад харчової поведінки формується на індивідуально-психологічних особливостях людини, а тип харчування залежить від впливу соціуму, дії психотравмівних чинників [98].

1.4. Психокорекція психоемоційного стану та

харчової поведінки студентів

Пандемія, що спричинена поширенням коронавірусу, стала причиною застосування карантину як способу зупинити поширення хвороби. Для багатьох людей ці події стали причиною дистресу в зв'язку з довготривалою небезпекою для життя і здоров'я, а також різкою зміною стилю життя [112].

Карантинні обмеження – перебування в своєму домі з членами родини цілодобово – змінили стереотипи поведінки і стали для багатьох випробуванням на якість стосунків з самим собою. Тому актуальними постають питання регуляції психоемоційного стану та поведінки людей у стресових умовах, обумовлених пандемією COVID-19.

Період карантину вкотре продемонстрував, що держава потребує широкомасштабної програми дій для формування навичок психогігієни в населення, адже їх відсутність позначається на психічному здоров'ї.

Першочерговим завданням у цьому зв'язку вважається створення широкої системи психоедукативних програм про особисту психогігієну для різних груп населення, а також введення цих програм в навчальний процес у школах та вузах. Поширення цих програм може відбуватися через цифрові носії, та бути реалізовано як у вигляді спеціалізованої онлайн-платформи, так і мобільних додатків. Такі заходи суттєво знизять рівень психічної напруги у суспільстві та слугуватимуть профілактиці психічних розладів та психосоматичних захворювань, що допоможе знизити сумарні витрати на оплату лікування та лікарняних в цілому по країні [7, 92].

Як показує практика, більшість студентів із донозологічними й навіть клінічно окресленими психічними розладами невротичного рівня самостійно не звертаються за медичною допомогою до психолога, лікаря-психотерапевта, а тим паче психіатра. У чималій мірі усвідомленій або неусвідомленій відмові студентів від психіатричної або психологічної допомоги сприяє стигматизація психіатрії, страх перед психіатричним обстеженням й психіатричним діагнозом [117].

Шляхом проведення регулярних масових обстежень при дотриманні всіх морально-етичних норм, стає можливим визначення рівня психічного здоров'я і груп ризику, що включають студентів з підвищеним ризиком розвитку станів дезадаптації, сприяти визначенню нормативних показників та уточненню їх границь у конкретному навчальному закладі, що надалі може служити підставою для здійснення психопрофілактичної та психокорекційної роботи, а також підвищення рівня «психологічної обізнаності» студентів, формування у них достатньої «культури інтроспекції» [43]. Проблема своєчасного розпізнавання і раціональної терапії психоемоційних порушень та розладів харчової поведінки у осіб молодого віку в організованих контингентах може бути вирішена шляхом застосування сучасних скринінг-технологій та моніторингу донозологічних розладів [92].

При проведенні профілактичних і психотерапевтичних заходів відносно факторів ризику розвитку психоемоційних порушень та розладів харчової поведінки необхідно приділяти увагу врегулюванню режиму праці й відпочинку, нормалізації сну, попередженню, а при їх виникненні рішення психотравмівних ситуацій; комплекс психопрофілактики повинен містити в собі компоненти психоосвіти, психокорекції та психотерапії [2, 7, 48, 91, 92].

Надзвичайно важливу у захисті від психологічного стресу може відігравати соціальна підтримка студентів, у якій виділено три елементи: емоційна підтримка; допомога в рішенні проблем; соціальна підтримка [25].

Розрізняють формальну і неформальну підтримку. Перша включає ряд заходів, спрямованих на забезпечення студентської діяльності: бібліотека, стипендії, куратори, тощо. У більшості західних університетів функціонують створені консультаційні пункти для студентів, що допомагають їм вирішити проблеми, пов'язані з організацією студентського життя. У рамках проблематики стресу й психічного здоров'я на перший план виступає другий вид підтримки - неформальна соціальна підтримка. До якої відноситься підтримка з боку самих студентів, а також викладачів [35, 43, 48, 60].

Робота медико-психологічної служби вузу забезпечує психодіагностику, психокорекцію й профілактику донозологічних та клінічно окреслених форм психічних розладів у студентів, що виникають під впливом несприятливих стресогенних факторів навчальної діяльності. При цьому обсяг і конкретний зміст психокорекційних та профілактичних заходів можуть вирізнятися в навчальних закладах різної спрямованості (гуманітарних, технічних) [121]. Правильно організована та проведена психогігієнічна і психопрофілактична робота не тільки сприяє оптимізації порушених психічних функцій у студентів, але й підвищує їх стійкість до дії несприятливих стресогенних факторів, а також дозволяє поліпшити їх соматичний стан [119, 124, 125].

Дослідниками визначений цілий ряд психотерапевтичних, фізіологічних, психологічних та соціотерапевтичних методик, що довели свою ефективність у студентів: раціональна психотерапія, аутогенне тренування, гіпнотерапія, методи поведінкової, особистісно-орієнтованої терапії, аналіз взаємовідносин, психодрама, нейролінгвістичне програмування, гештальт-терапія, «Еріксонівський гіпноз», розумова гімнастика, культ-терапія, музикотерапія, данстерапія, арт-терапія, техніка релаксації, дихальна гімнастика, оптимізація рухового режиму, фізіотерапевтичні заходи, розвантажувальна дієтотерапія [32, 36-38, 56-59].

Система психокорекції ґрунтується на принципах комплексності, диференційованості, послідовності та етапності психотерапевтичних заходів [91]. У структурі психокорекційних заходів відносно психоемоційних порушень та розладів харчової поведінки у студентів важливе місце займають різні методи психотерапії та соціально-психологічні тренінги, які можуть проводитися як індивідуально, так і в групах, та спрямовані на усвідомлення і формулювання реальних труднощів, ідентифікацію «Я», підвищення впевненості, створення толерантності до депресії, тривоги, реорганізацію захисних механізмів [92, 96, 97, 103, 105, 106, 108]. Варто вибирати ті методики, які можуть бути адаптовані в студентському середовищі. Необхідно враховувати фактори, які можуть перешкоджати проведенню поширених

форм психокорекції. Серед таких слід відзначити: неможливість публічного обговорення особистих проблем через мікросоціальні особливості спілкування студентів, дефіцит часу, специфічні взаємини між викладачем і студентами [68, 94].

Отже, масштабний спалах небезпечної інфекції здійснює негативний вплив на людей і суспільство. Сучасна пандемія COVID-19 супроводжується поширеною «інфодемією» та очікуваною прийдешньою «епідемією» паніки, передбачувано спричиняючи суспільні психологічні реакції, такі як напруга, тривога та страх, втрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, депресії, інших емоційних розладів і як наслідок - зростання аутоагресивних дій аж до суїциду.

Ситуативна залученість до пандемії COVID-19 широких верств населення може зумовити появу нових психіатричних симптомів в осіб, які раніше не мали психічних хвороб; погіршення стану тих, хто страждає на такі захворювання; дистрес у тих, хто доглядає за пацієнтами з психічними та соматичними недугами. Вона породжує серйозні згубні наслідки для життєдіяльності, соціального життя.

Критичними напрямками для зміцнення стратегії психічного здоров'я під час спалаху COVID-19 є: ідентифікація груп підвищеного ризику; поліпшений скринінг психічних розладів; психологічні втручання з метою нормалізації психоемоційного стану та поведінки. Дієвою є модель психологічного втручання, що інтегрує лікарів, психіатрів, психологів і соціальних працівників в інтернет-платформи для здійснення психологічного втручання з метою збереження психічного здоров'я. Отже, нинішню «епідемію» тривоги та страху треба долати за допомогою біопсихосоціальних підходів. Пандемія COVID-19 має спонукати нас бути більш підготовленими та стійкими до неминучих майбутніх загроз і берегти психічне здоров'я.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота виконана в 2021 році на базі Буковинського державного медичного університету. З дотриманням принципів біоетики та деонтології провели комплексне обстеження 60 студентів віком від 19 до 22 років. Особи досліджуваної групи були поділені додатково на I, II підгрупи з урахуванням статі, вагових показників.

Досліджувану групу склали 60 студентів віком від 19 до 22 років (чоловіки віком від 19 до 22 років – 21 осіб (35%), жінки віком від 19 до 22 років – 39 осіб (65%). Серед обстежених студентів кількість міського населення складала 21 особа (35%), з яких було 8 чоловіків (13,31%) та 13 жінок (21,67%), а сільського населення та селищ міського типу – 39 осіб (65%), з яких було 13 чоловіків (21,66%) та 26 жінок (43,33%). Середній вік студентів дорівнював $20,74 \pm 1,12$ років (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл студентів за статтю, віком та місцем проживання

Стать	Кількість	Вік (роки)	Міське населення	Сільське населення та населення селищ міського типу
Чоловіки	21(35%)	20, 87 \pm 1,14	8 (13,33%)	13 (21,67%)
Жінки	39 (65%)	20, 65 \pm 1,12	13 (21,67%)	26 (43,33%)
Всього	60 (100%)	20, 74 \pm 1,12	21 (35%)	39 (43,33%)

Примітка: достовірність відмінностей за критерієм Стьюдента між порівнюваними групами $p > 0,05$.

Програма дослідження повністю підпорядкована завданням та меті роботи і включала збір матеріалу, обробку, аналіз отриманих даних студентської молоді. Нами проводилося експериментальне дослідження всіх обстежуваних студентів з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Збір матеріалу включав визначення досліджуваного явища,

об'єкту дослідження, проведення експериментально-психологічних, фізіологічних, функціональних та статистичних методів дослідження.

Застосовані методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення інформаційних джерел, анамнестичний, експериментально-психологічний (з використанням тестів, спрямованих на визначення особистісних характеристик та психоемоційного стану особистості: особистісний опитувальник Леонгарда-Шмішека, оцінки показників САН (самопочуття, активність, настрої); шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера, адаптованої Ханіним, рівня депресії (Цунге в модифікації Балашової Т.І.), механізмів психологічного захисту особистості (Плутчика, Келлермана, Конте); особливостей харчової поведінки (голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), особливостей харчування за даними антропометричних показників (зріст, маса тіла) і розрахування індексу маси тіла, опитувальника харчової залежності та статистичний методи [22, 51, 72, 79, 90].

Статистичний аналіз проводили у програмах SPSS STATISTICS 17.0 for нормальному (гаусовському) розподілу, використовувалися загальноприйняті у медицині методи варіаційної статистики. Оцінка типу розподілу проводилася із визначенням міри центральної тенденції. При обчисленні статистичних величин вираховувалися середня арифметична вибірки (M) та стандартна помилка середньої арифметичної (m). При оцінці вірогідності різниці між середніми величинами обраховувався коефіцієнт t згідно методу Стьюдента. Статистична обробка отриманих даних відбувалась за допомогою методів визначення вірогідності відмінностей (за t-критерієм Стьюдента).

І. Дослідження стану людини за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН. Оцінка показників САН (самопочуття, активність, настрої) (див. у додатку І).

Тест «САН», назва якого складається з перших букв слів «Самопочуття», «Активність», «Настрої», був розроблений співробітниками

Московського медичного інституту імені І.М.Сєченова: В.А.Доскіним, Н.А.Лаврентєвою, М.П.Мірошніковим і В.Б.Шарай і уперше опублікований в 1973 році. «САН» використовується для визначення функціонального стану людини. Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою. «САН» - це бланк, на якому нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою.

Метод дослідження функціонального стану людини полягає у тому, що опитуваному пропонується поставити оцінку своєму стану (оцінити міру виразності кожної ознаки). Шкала оцінок представлена сімома градаціями. Між парами слів розташовані цифри 3-2-1-0-1-2-3. Завдання опитуваного полягає у тому, щоб вибрати і відмітити цифру, що найбільш точно відображає його стан у момент обстеження. Кожну категорію характеризують 10 пар слів. Десятиразове пред'явлення полярних слів - характеристик однієї і тієї ж категорії дозволяє отримати надійніші дані. Особі, яку обстежують, дають інструкцію, в якій вказано, що вона повинна співставити свій стан зі шкалою 3 2 1 0 1 2 3 кожної пари ознак.

Наприклад, між парою тверджень «САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ» і «САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ» розташовані цифри 3 2 1 0 1 2 3. Цифра «0» відповідає середньому самопочуттю, яке обстежуваний не може віднести ні до поганого, ні до хорошого. Одиниця, яка знаходиться зліва від «0» відображає самопочуття - вище за середній, а цифра три - відповідає прекрасному самопочуттю. Ті ж цифри в цьому рядку, що стоять праворуч від цифри «0», аналогічно характеризують самопочуття досліджуваного нижче середнього. Таким чином, послідовно розглядається і оцінюється кожен рядок цього опитувальника. У кожному випадку, відносно кожної пари тверджень обстежуваний здійснює свій вибір відмічаючи необхідне значення шкали «3 2 1 0 1 2 3».

Під час обробки результатів усі оцінки перекодовують в ряд від 1 до 7, причому бал «3» шкали 3 2 1 0 1 2 3, що відповідає поганому самопочуттю,

низькій активності і поганому настрою набуває значення 1, бал «0» оцінюється цифрою 4, бал 3, який відображає хороше самопочуття, високу активність і гарний настрій, набуває значення 7.

Самопочуття - сума балів за питання: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність - сума балів за питання: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій - сума балів за питання: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом:

0 < 30 балів – несприятливий стан;

31 - 40 балів - низька оцінка;

41 - 50 балів - середня оцінка;

> 50 балів - висока оцінка.

II. Оцінка рівня ситуативної (реактивної) і особистісної тривожності РТ, ОТ (Тест Спілбергера, адаптований Ханіним) (див. у додатку II).

Для рішення завдань проводили експериментально-психологічне дослідження осіб контрольної та досліджуваної груп з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Використовували психодіагностичну методику оцінки показників ОТ та РТ за допомогою «Шкали самооцінки і вимірювання рівня тривожності» (опитувальник Спілберга, адаптований Ханіним), опитувальник депресивності Цунге в модифікації Балашової Т.І.

Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, РТ або СТ) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності).

Шкала ОТ і РТ Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю. Л. Ханіна (1976).

Шкала самооцінки складається з 2-х частин, роздільно оцінюючих РТ, (висловлювання № 1-20) і ОТ, (висловлювання № 21-40) тривожність.

Тривога може призводити до загальної дезорганізації діяльності, що виявляється в її спрямованості та ефективності, до формування емоційних розладів, відбивається на розвитку особистості. Тому так важлива діагностика цього стану для вирішення ряду практичних завдань, пов'язаних з трудовою, навчальною, спортивною діяльністю.

Зазвичай особливий емоційний стан, пов'язаний з переживанням страху, причина якого невідома індивіду або недостатньо ясно їм усвідомлюється, називають тривогою. Тривогою іноді вважають дифузний або безпредметний страх. Але між страхом і тривогою існують якісні відмінності. Якщо страх є реакцією на конкретну загрозу, то тривога зазвичай пов'язана з побоюваннями соціального характеру, з погрозами уявленню про себе, потребам «Я», цінностям, що зачіпають ядро особистості, з очікуванням невдач у соціальній взаємодії.

Тривога розглядається як механізм розвитку неврозів. В цьому випадку її виникнення пов'язане з наявністю глибоких внутрішніх конфліктів на ґрунті завищеного рівня домагань, недостатності внутрішніх ресурсів для досягнення поставленої мети, неузгодженості між потребою і небажаністю способів її задоволення, тощо. Тому діагностика стану тривоги необхідна в плані психопрофілактики для своєчасного виявлення тих осіб, хто схильний до виникнення неврозів.

Схильність індивідуума до переживання стану тривоги зазвичай називають тривожністю. Разом з тим чіткого поділу цих термінів немає, часто вони обидва застосовуються для позначення психічного стану.

Але існує уявлення про те, що потрібно розрізняти тривожність як психічний стан і тривожність як рису особистості.

ОТ являє собою стійке утворення, що виявляється в розлитому, хронічному переживанні соматичного і психічного напруження, у схильності до дратівливості і неспокою навіть з незначних приводів, в почутті

внутрішньої скутості і нетерплячості. Тривожність як риса особистості відображає частоту переживань індивідом стану тривоги. Високотривожні особи переживають стан тривоги з більшою інтенсивністю і частотою, ніж низькотривожні.

Тривожність як психічний стан часто називають реактивною (ситуативною) тривожністю РТ, так як вона пов'язана з конкретною зовнішньою ситуацією. Стан СТ або РТ виникає при потраплянні в стресову ситуацію і характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю і вегетативним збудженням. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі. Значення підсумкового показника за даними підшкалами дозволяє оцінити не тільки рівень актуальної тривоги досліджуваного, а й визначити, чи знаходиться він під впливом стресу, а також яка інтенсивність цього впливу.

Під ОТ розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожен з них певною реакцією внаслідок дії стресових факторів.

ОТ являє собою конституційну межу, яка обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій є стресом для індивідуума й викликає у нього виражену тривогу.

Як властивість ОТ активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні (у т.ч. для самооцінки, самоповаги). Особи, які належать до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці й життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій та реагувати дуже вираженим станом тривожності.

ОТ характеризує стійку схильність сприймати велику кількість ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. РТ характеризується

напруженням, неспокоєм, нервозністю. Дуже висока РТ викликає порушення уваги, інколи порушення тонкої координації.

Якщо у респондента високий показник ОТ, це дає підставу припускати в нього появу стану тривожності в різних пересічних ситуаціях. Дуже висока ОТ прямо корелює з емоційними і невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями.

Обробка результатів включає наступні етапи:

- Визначення показників РТ та ОТ за допомогою ключа.
- На основі оцінки рівня тривожності – складання рекомендацій для корекції поведінки випробуваного.
- Обчислення середньогрупового показника СТ й ОТ та їх порівняльний аналіз залежно, наприклад, від статевої приналежності респондентів.

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька тривожність;
- 31-45 бали – помірна тривожність;
- 46 і більше – висока тривожність.

Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

Особам із високою оцінкою тривожності слід формувати відчуття впевненості й успіху. Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої

вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування за завданнями.

Низькотривожним особистостям, навпаки, потрібне пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, прививання почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

Даний тест є надійним і інформативним засобом самооцінки рівня тривожності в даний момент (РТ як стан) і ОТ (як стійка характеристика людини)

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки її компетентності. В цьому випадку слід понизити суб'єктивну значимість ситуації і задач і перенести акцент на осмислення діяльності і формування почуття впевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, потребує підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності. Але інколи дуже низька тривожність в показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з ціллю показати себе в «кращому світлі».

Шкалу можна успішно використовувати в цілях саморегуляції і психокорекційної діяльності.

III. Шкала депресії Цунга (адаптація Балашової Т.І.) (див. у додатку III).

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. Повне тестування з обробкою займає 20-30 хв. Досліджуваний відзначає відповіді на бланку.

Кожне питання оцінюється за шкалою Лікерта від 1 до 4 (на основі таких відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати шкали можуть бути від 20 до 80 балів. Ці результати ділять на чотири діапазони:

Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії.

Якщо РД більше 50 балів і менше 59, то робиться висновок про легку депресію ситуативного або невротичного генезу.

При показнику РД від 60 до 69 балів діагностується субдепресивний стан або маскована депресія.

Дійсний депресивний стан діагностується при РД більш, ніж 70 балів.

IV. Визначення акцентуацій рис характеру проводили за К. Леонгардом (див. у додатку IV).

З метою оцінки акцентуйованих властивостей особистості використовували тест Шмішека. Його теоретичною основою є концепція К.Леонгарда про «акцентуйовані особистості», згідно якої притаманні особистості риси можуть бути розділені на основні та додаткові. Основні риси складають «ядро» особистості. У випадку яркої виразності вони стають акцентуаціями характеру. Відповідно особистості, у яких основні риси виражені ярко, були названі Леонгардом «акцентуйованими». Акцентуйовані особистості не варто розглядати в якості патологічних, але у випадку впливу несприятливих факторів акцентуації можуть руйнувати структуру особистості і набувати патологічний характер.

Тест складається з 10 шкал у відповідності до виділених Леонгардом типам акцентуйованих особистостей і складається з 88 запитань.

На відміну від традиційного використання цього тесту, в нашому дослідженні задля об'єктивізації оцінки динаміки особистості використана направленість запитань ретроспективно (анамнестично до початку пандемії, під час вимушеної ізоляції в момент первинного обстеження та безпосередньо після основного курсу комплексної терапії з використанням методів психотерапії, психокорекції та без неї.

Розрізняли такі типи акцентуації характеру особистості:

1. Гіпертимний тип.
2. Застрягаючий тип.
3. Емотивний тип.
4. Педантичний тип.

5. Тривожний тип.
6. Циклотимний тип.
7. Демонстративний тип.
8. Збудливий тип.
9. Дистимний тип.
10. Екзальтований тип.

V. Методика визначення механізмів психологічного захисту особистості (Плутчика, Келлермана, Конте) Методика Індекс життєвого стилю ІЖС (Life Style Index, LSI) (див. у додатку V).

Опитувальник був розроблений Р.Плутчиком в співавторстві з Г.Келлерманом і Х.Р.Контом в 1979 році. Тест використовується для діагностики різних механізмів психологічного захисту. Механізми психологічного захисту розвиваються в дитинстві для стримування, регулювання певної емоції; всі захисти в своїй основі мають механізм гальмування, який спочатку виник для того, щоб перемогти почуття страху.

Існування захистів дозволяє опосередковано виміряти рівні внутрішньоособистісних конфліктів, тобто дезадаптовані люди повинні використовувати захисти в більшій мірі, ніж адаптовані особистості. Захисні механізми намагаються звести до мінімального рівня негативні переживання, що травмують особистість. Ці переживання в основному пов'язані з внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги чи дискомфорту.

Механізми захисту допомагають особистості зберегти стабільність своєї самооцінки, уявлень про себе і про світ. Так само вони можуть виступати в ролі буферів, намагаючись не допустити дуже близько до свідомості особистості надто сильні розчарування і загрози, які приносять нам життя. У тих випадках, коли людина не може впоратися з тривогою або страхом, захисні механізми спотворюють реальну дійсність з метою збереження її психологічного здоров'я і її самої як особистості.

За даними В.Г.Каменської (1999), нормативні значення цієї величини для міського населення дорівнюють 40–50%. При перевищенні 50-відсоткової

межі, показник напруження механізму захисту відображає реально існуючі, але невирішені зовнішні і внутрішні конфлікти.

Передбачається, що існує вісім базисних захистів, які тісно пов'язані з вісьмома базисними емоціями психоеволюційної теорії:

1. Заперечення.
2. Витіснення.
3. Ізоляція.
4. Регресія.
5. Компенсація та гіперкомпенсація.
6. Проекція.
7. Заміщення.
8. Інтелектуалізація (раціоналізація).
9. Сублімація.

Вісім механізмів психологічного захисту особистості формують вісім окремих шкал, чисельні значення яких виводяться з числа позитивних відповідей на певні, зазначені вище твердження, розділені на число тверджень в кожній шкалі. Напруженість кожної психологічного захисту підраховується за формулою $n / N \times 100\%$, де n число позитивних відповідей по шкалі цього захисту, N число всіх тверджень, які стосуються цієї шкалою. Тоді загальна напруженість всіх захистів (ЗНЗ) підраховується за формулою $n / 92 \times 100\%$, де n сума всіх позитивних відповідей за опитувальником.

Норма значень тесту Плутчика.

За даними В.Г. Каменської (1999), нормативні значення цієї величини для міського населення Росії рівні %. ЗНЗ, що перевищує 50-відсотковий рубіж, відображає реально існуючі, але невирішені зовнішні і внутрішні конфлікти.

	Назви захистів	Номери тверджень	n
1	Витіснення	6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92	10
2	Регресія	2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84	17
3	Заміщення	8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76,	10
4	Заперечення	1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90	11
5	Проекція	12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 79, 82, 88	12

6	Компенсація	3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85	10
7	Гіперкомпенсація	17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86	10
8	Раціоналізація	4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91	12

Інтерпретація

Механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість або заперечує деякі обставини, що викликають тривогу і фрустрацію, або будь-який внутрішній імпульс або сторона заперечує саму себе. Як правило, дія цього механізму проявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які, будучи очевидними для оточуючих, проте не приймаються, не визнаються самою особистістю. Іншими словами, інформація, яка турбує і може привести до конфлікту, не сприймається. Мається на увазі конфлікт, що виникає при прояві мотивів, суперечать основним настановам особистості, чи інформація, яка загрожує її самозбереженню, самоповазі або соціальному престижу. Як процес, спрямований назовні, заперечення часто протиставляється витісненню як психологічний захист проти внутрішніх, інстинктивних вимог і спонукань. Примітно, що автори методики ІЖС пояснюють наявність підвищеної сугестивності і довірливості у істероїдних особистостей дією саме механізму заперечення, за допомогою якого у соціального оточення заперечуються небажані, внутрішньо неприйнятні риси, властивості або негативні почуття до суб'єкта переживання. Як показує досвід, заперечення як механізм психологічного захисту реалізується при конфліктах будь-якого роду і характеризується зовні виразним спотворенням сприйняття дійсності.

VI. Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) (див. у додатку VI).

Опитувальник створений для дорослих людей, які страждають надмірною вагою внаслідок переїдання. Багато наукових досліджень довели зв'язок способу відповідей на питання розробленої голландськими фахівцями анкети з високою масою тіла. За допомогою опитувальника можна з'ясувати три важливі групи причин, через які людина переїдає.

Перша - прагнення жорстко обмежувати себе в їжі (*обмежувальна харчова поведінка*), в результаті чого людина то сідає на жорстку дієту, то зривається з неї, з надлишком винагороджуючи себе за попередні обмеження і заборони.

Друга - звичка заїдати емоції (*емоціогенна харчова поведінка*).

Третя - нездатність встояти перед смачною їжею, її апетитним ароматом і виглядом (*екстернальна харчова поведінка*).

А. Відповіді на перші десять питань визначають *обмежувальну (дієтичну) харчову поведінку*. Зазвичай середній результат у дорослих здорових людей становить 2,4. Якщо результат становить стільки, трохи менше або трохи більше - у людини немає проблем з обмеженнями в їжі, вона дозволяє собі їсти вільно і при цьому харчується досить розумно.

Якщо отриманий результат значно нижче норми (2,4) - людина їсть безконтрольно, без обмежень, погано усвідомлюючи, що і як вона їсть.

Якщо отриманий результат перевищує норму (2,4) - швидше за все, людина «обережна» або «професійний» їдок, відносини з їжею далекі від гармонійних. Вона боїться, щоб не набрати вагу або керує міркуваннями «корисності».

Якщо набагато більший - людина занадто сувора до себе і, можливо, схильна до анорексії.

Найчастіше низький результат за цією шкалою поєднується з підвищеннями по двох інших шкалах і також означає порушення харчової поведінки.

Б. Шкала екстернальної харчової поведінки. Останні десять питань складають шкалу екстернальної харчової поведінки. Вона визначає, наскільки легко людина піддається спокусі з'їсти що-небудь смачне.

Середній бал за цією шкалою у здорових осіб - 2,7.

Якщо результат нижче норми - людина не схильна переїдати в соціальних ситуаціях або тільки тому, що їжа знаходиться перед нею і легко доступна.

Якщо показник вище норми - людина, швидше за все, «безвідмовний» їдок, якому складно зупинитися, почавши їсти смачну страву навіть у випадку великої порції, складно втриматися від добавки при вигляді смачної їжі. Імовірно, що

людині властиво переїдати у компанії, в ресторанах і кафе, де страви апетитно виглядають, і навіть на дієті вона не зможе відмовити собі у свіжоспеченій булочці, яка смачно пахне. Такі люди часто вважають, що їм не можна мати вдома смачну їжу, оскільки вона буде з'їдена в перший же день після покупки, і за вечерею з друзями з'їдають значно більше, ніж на самоті.

VII. Вивчення антропометричних показників (зріст, маса тіла) і розрахування індексу маси тіла, особливостей харчування (див. у додатку VII).

Вивчення антропометричних показників (зріст, маса тіла) і розрахування індексу маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле. Індекс маси тіла вимірюється в $\text{кг}/\text{м}^2$ і розраховується за формулою: $\text{ІМТ} = m/h^2$, де:

m — маса тіла в кілограмах,

h — зріст в метрах.

$\text{ІМТ} < 18,5$: Нижче нормальної ваги

$\text{ІМТ} \geq 18,5$ і < 25 : Нормальна вага

$\text{ІМТ} \geq 25$ і < 30 : Надлишкова вага

$\text{ІМТ} \geq 30$ і < 35 : Ожиріння I ступеня

$\text{ІМТ} \geq 35$ і < 40 : Ожиріння II ступеня

$\text{ІМТ} \geq 40$: Ожиріння III ступеня

Анкета містила запитання щодо кількості прийомів їжі, інтервалу між прийомами їжі, часу останнього прийому їжі, продуктів харчування, якими зловживають і яких не вистачає в раціоні харчування, та ін (див. у додатку VIII).

3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Особливості психоемоційного стану студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції у зв'язку з пандемією COVID-19

Тривалий карантин, очікування локдауну, економічні проблеми, втрата роботи, зниження соціальної активності, брак спілкування - все це пригнічує людей і негативно впливає на їхній емоційний стан, зазначають психологи і лікарі-психіатри. Спалах COVID-19 спричиняє значне психічне напруження населення - викликає тривогу, страх, депресію, що безпосередньо позначаються на поведінці та навчальній діяльності здобувачів вищої освіти.

Тривога - це сильна емоція, що виникає в момент сприйняття людиною небезпеки. Причина тривожності та хвилювання - невизначеність. На відміну від інших емоційних станів, тривога завжди пов'язана зі страхом, свідомим або несвідомим. Страх перед невідомим - це природна реакція мозку, основа інстинкту самозбереження.

Результати проведених досліджень виявили, що одним із найпоширеніших проявів переживання стресу у досліджуваних студентів були підвищена втоми з емоційною лабільністю, порушенням сну та вегетативними симптомами. При емоційній нестабільності студенти скаржилися на сповільнення процесів мислення, дратівливість, гнівливість, збудження, плаксивість, порушення сну (тривожні сновидіння, раннє пробудження, відсутність відчуття відпочинку після сну), в результаті чого виникає постійна втома.

58% опитуваних студентів висловлювали скарги на загальну слабкість, втомлюваність, плаксивість, знижений настрій і апетит, поганий сон та дратівливість, знижену активність.

Основними показниками емоційного стану студентів, які ми оцінили упродовж дослідження, були самопочуття, активність, настрої та рівні ситуаційної й особистісної тривожності, депресії.

Ознаками тривожності вважають:

- поганий настрій;
- роздратування;
- почуття біди, що наближається;
- порушення сну;
- надмірна чутливість до шуму;
- проблеми з концентрацією уваги;
- втрата довіри до життя і людей;
- періодичне пришвидшення дихання;
- серцебиття;
- слабкість і втома;
- проблеми з кишково-шлунковим трактом (нудота, діарея, нетравлення);
- різкі коливання апетиту тощо.

Загальна кількість балів у кожному з критеріїв перебувала в межах 4–50 балів. Оцінки, що перевищували 40 балів, свідчили про сприятливий стан учасників дослідження й оцінювали його як середній; нижче 40 балів – про несприятливий стан і, відповідно, низьку оцінку свого стану, оцінки, що перебували в діапазоні 50 балів і вище, – про високу оцінку власного стану.

Проведене дослідження САН свідчить, що самооцінка емоційного стану студентської молоді низька та становить $36,8 \pm 1,98$ балів. Загалом у студентів була середня оцінка самопочуття ($41,16 \pm 1,24$ балів), середня оцінка активності ($41,76 \pm 3,68$ балів) та низька оцінка настрою, що свідчила про несприятливий стан ($27,50 \pm 1,74$ балів) (табл. 3.1.1).

У досліджуваного контингенту студентів переважало добре самопочуття, яке дозволяло їм активно і повноцінно навчатися у вищому навчальному закладі. Згідно з результатами проведеного спостереження, виявили середню оцінку активності студентів, яка становила $41,76 \pm 1,68$ балів. Вони є активними, рухливими, швидкими, діяльними, захопленими, уважними. Проте чимало студентів вказали на те, що вони дещо сонливі та їм

бажано відпочити. У результаті проведеного опитування ми з'ясували, що загалом найнижчими балами студенти оцінили свій настрій- $27,50 \pm 1,74$ балів. Аналіз отриманих результатів засвідчив, що середнє арифметичне показників САН студентів, котрі взяли участь у дослідженні, відповідало середній оцінці самопочуття та активності та низькій оцінці настрою, що свідчить про несприятливий стан. При цьому показник настрою разом у всіх студентів був достовірно нижчим за показники самопочуття й активності (табл. 3.1.1).

Слід також зазначити, що рівень активності ($28,88 \pm 1,39$ балів) і настрою ($22,33 \pm 1,12$ балів) у жінок був достовірно меншим за показники у чоловіків ($44,35 \pm 1,56$ і $31,90 \pm 1,62$ балів відповідно) ($p < 0,05$) (табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Середні показники САН студентів в балах ($M \pm m$)

Стать	Кількість	Самопочуття	Активність	Настрій
Чоловіки	n=21	$42,25 \pm 1,32$	$44,35 \pm 1,56$	$31,90 \pm 1,62^*$
Жінки	n=39	$40,24 \pm 1,22$	$28,88 \pm 1,39^*$	$22,33 \pm 1,12^*$
Разом	n=60	$41,16 \pm 1,24$	$41,76 \pm 3,68$	$27,50 \pm 1,74^*$

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стьюдента між порівнюваними показниками ($p < 0,05$).

Із тридцяти дев'яти жінок п'ятнадцять оцінили своє самопочуття низькими балами. Також низькою вважали свою активність двадцять восьмеро жінок. Настрій у цих жінок також був оцінений низькими балами. Серед 21 студентів чоловічої статі низько оцінили своє самопочуття чотирнадцять, активність – п'ятнадцятеро. Настрій досліджуваних студентів оцінено низькими та середніми балами. Оцінювання активності й настрою жінок було відмінним від чоловіків і оцінювалося низькими балами ($p < 0,05$) (табл. 3.1.1).

Серед жінок показники самопочуття були такі: мінімальний бал – 4, максимальний – 44, у чоловіків – мінімальний бал -10, максимальний - 48. Найнижчий бал, яким оцінили жінки свою активність, становив 20, найвищий – 40, у чоловіків найнижчий бал – 28, найвищий – 50. Настрій жінки оцінили

мінімально 5 балами та максимально – 39, чоловіки мінімально 15 балами та максимально 40 (табл. 3.1.2).

Таблиця 3.1.2

Оцінювання студентами самопочуття, активності й настрою, балів

Стать, років	Самопочуття		Активність		Настрій	
	мін.	макс.	мін.	макс.	мін.	макс.
Чоловіки (n=21)	10	48	28	50	15	40
Жінки (n=39)	4	44	20	40	5	35
Разом (n=60)	13	46	23	44	9	38

Примітка: мін. – мінімальна оцінка; макс. – максимальна оцінка.

Таким чином, результати дослідження стану студентів за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН показали середню оцінку самопочуття, активності і низьку оцінку показників настрою. Водночас, у жінок оцінка активності та настрою була низькою, що свідчить про несприятливий стан, і достовірно нижче за показники у чоловіків.

Для визначення рівня тривожності студентів ми застосували опитувальник Спілбергера, адаптований Ханіним (табл. 3.1.3).

Узагальнення даних опитування виявило, що в більшості студентів помірний рівень ОТ та РТ. Занепокоєння спричиняє те, що серед студентів не виявлено осіб із низькими рівнями тривожності. Це свідчить про невпевненість молоді, хвилювання, особливо в ситуаціях екстремального стану. Водночас систематичне переживання таких станів може призвести до невротичних розладів, інфарктних та передінфарктних станів.

При експериментальному психологічному тестуванні у 100% студентів (60 осіб) в загальній групі виявлені різноманітні порушення в психоемоційній сфері (табл. 3.1.3).

У всіх студентів виявлена тривожність. За шкалою Спілбергера-Ханіна відсутні студенти з низьким рівнем ОТ і РТ, а також з помірним рівнем РТ. Загалом ОТ становила $48,89 \pm 2,19$ балів, а РТ - $58,24 \pm 2,71$ балів, що відповідало

високим показникам тривожності. Дослідження реактивної та особистісної тривожності виявило, що у 26,66% (16 осіб) спостерігалась помірна ОТ, у 56,67% (34 осіб) – високий рівень ОТ, у 16,67% (10 осіб) спостерігалась дуже висока ОТ, у 75% (45 осіб) – висока РТ, у 25% (15 осіб) спостерігалась дуже висока РТ. У 16,67% (10 осіб) висока ОТ поєднувалась з дуже високою РТ, середнє значення РТ ($58,24 \pm 2,71$ балів) було достовірно більше у порівнянні з рівнем ОТ ($p < 0,05$) (табл. 3.1.3).

Таблиця 3.1.3

Оцінка особистісної та реактивної тривожності студентів (n=60)

Показники	Особистісна тривожність ОТ		Реактивна тривожність РТ	
	Оцінка, бали ($M \pm m$)	n (%)	Оцінка, бали ($M \pm m$)	%
Дуже високий рівень тривожності	$62,23 \pm 2,11$	16,67% n=10	$67,12 \pm 1,61$	25% n=15
Високий рівень тривожності	$48,02 \pm 1,62$	56,67% n=34	$55,24 \pm 2,11^*$	75% n=45
Помірний рівень тривожності	$42,21 \pm 1,21$	26,66% n=16	-	-
Низький рівень тривожності	-	n=0	-	-
Середнє значення	$48,89 \pm 2,19$		$58,24 \pm 2,71^*$	

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стюдента між порівнюваними показниками ОТ і РТ ($p < 0,05$).

При аналізі емоційно-афективних порушень у них виділені такі особливості:

- рівень РТ значно перевищував величину ОТ, що підкреслює домінуючу роль факторів РТ на тлі вроджених особистісних особливостей у студентів з психоемоційними порушеннями.

Досліджували рівень РТ студентів залежно від статі. Низький рівень РТ був відсутнім у всіх студентів. Виявилось, що незалежно від статі у всіх студентів визначили високий і дуже високий рівень РТ. Високий рівень РТ визначили у 80,95% чоловіків (17 осіб) і у 71,79% жінок (28 осіб). У жінок

високий рівень тривоги коливався в межах $56,12 \pm 1,35$ балів, у чоловіків - $53,89 \pm 1,23$ балів (табл. 3.1.4).

Таблиця 3.1.4

Рівень реактивної тривоги (РТ) та депресії у студентів в балах ($M \pm m$)

Показник	Чоловіки (n=21)	Кільк. чоловіків	Жінки (n=39)	Кільк. жінок	Середнє значення	Разом (n=60)
РТ відсутня	-	-	-	-	-	-
Помірний рівень РТ	-	-	-	-	-	-
Високий рівень РТ	$53,89 \pm 1,23$	(n=17) 80,95%	$56,12 \pm 1,35$	(n=28) 71,79%	$55,24 \pm 2,1$	(n=45) 75%
Дуже високий рівень РТ	$65,21 \pm 1,43$	(n=4) 19,04%	$68,02 \pm 1,83$	(n=11) 28,20%	$67,12 \pm 1,6$	(n=15) 25%
Депресія відсутня	$40,23 \pm 1,66$	(n=6) 28,57%	$44,23 \pm 1,95$	(n=2) 5,13%	$41,37 \pm 1,12$	(n=8) 13,33%
Депресія невротичного або ситуативного рівня	$54,23 \pm 1,16$	(n=9) 42,85%	$56,19 \pm 1,24$	(n=22) 56,41%	$55,18 \pm 1,78$	(n=31) 51,67%
Субклінічний рівень депресії	$64,13 \pm 1,18$	(n=4) 19,04%	$67,24 \pm 1,65$	(n=10) 25,64%	$66,14 \pm 1,56$	(n=14) 23,33%
Клінічний рівень депресії	$72,5 \pm 0,5$	(n=2) 9,52%	$78,14 \pm 2,01^*$	(n=5) 12,82%	$77,35 \pm 2,2$	(n=7) 11,66%

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стюдента між порівнюваними показниками у жінок і чоловіків ($p < 0,05$).

Дуже високий рівень РТ визначили у 19,04% чоловіків (4 особи) і у 28,20% жінок (11 осіб).

При дослідженні рівня депресії виявили порушення емоційної сфери у вигляді депресивних станів легкого ступеня важкості (невротичного або ситуативного рівня) у переважної більшості студентів (51,67%, 31 особи).

Стан субдепресії (помірний рівень) було виявлено у 23,33% студентів (14 осіб); клінічний рівень депресії спостерігався у 11,66% студентів (7 осіб). Відсутність депресії виявили лише у 13,33% студентів (8 осіб).

Досліджували рівень депресії у студентів залежно від статі. Виявилось, що у жінок депресія достовірно виражена більше. За шкалою Цунга у 9,52% чоловіків (2 особи) високий рівень депресії складає $72,5 \pm 0,5$ балів, у 12,82%

жінок (5 осіб) – $78,14 \pm 2,01$ балів; помірний рівень депресії, що відповідає субклінічному рівню депресії, у 19,04% чоловіків (4 осіб) дорівнює $64,13 \pm 1,18$, у 25,64% жінок (10 осіб) – $67,24 \pm 1,65$ балів. У жінок депресія поєднувалася з вищими показниками тривожності порівняно з чоловіками (табл. 3.1.4).

Кількість чоловіків з відсутньою депресією переважала над кількістю жінок.

У жінок частіше, ніж у чоловіків, виявляли депресію невротичного або ситуативного рівня, помірний рівень депресії спостерігали у 25,64% жінок (10 осіб), рідше у чоловіків – 19,04% студентів (4 особи).

За кількістю осіб із клінічним рівнем депресії жінки склали 12,82% студентів (5 осіб), чоловіки – 9,52% студентів (2 особи).

Таким чином, виразність емоційних порушень обумовлена, в більшості випадків, ситуативними чинниками на тлі вроджених особистісних якостей хворих.

Згідно з результатами дослідження, депресія переважно поєднувалася з тривогою, страхом за рідних. Скарги на почуття тривоги супроводжувалися відчуттям серцебиття, епізодичним головним болем напруження, відчуттям дискомфорту в ділянці серця.

Таким чином, виявлено високий і дуже високий рівень ОТ у 73,34% студентів (44 особи), середня оцінка якого становила $48,89 \pm 2,9$ бала. Рівень РТ у 100% (60 осіб) студентів – високий. Середня оцінка показника становила $58,24 \pm 2,71$ балів. У 75% студентів (45 осіб) високий рівень РТ ($55,24 \pm 2,1$ балів). У 25% студентів (15 осіб) визначили дуже високий рівень РТ ($67,12 \pm 1,6$ балів).

Депресія невротичного або ситуативного рівня виявлена у більшості студентів – 51,67% (31 особа), у 56,41% жінок (22 особи) та у 42,85% чоловіків (9 осіб). Стан субдепресії було виявлено у 23,33% (14 осіб) досліджуваних студентів, у 25,64% жінок (10 осіб) та у 19,04% чоловіків (4 осіб); депресія клінічного рівня виразності спостерігалася у 11,66% (7 осіб) студентів, переважно у жінок – 5 осіб (12,82%).

Студенти з високим рівнем ОТ частіше мали легкий невротичний або ситуативний рівень депресії, ніж студенти із середнім рівнем тривожності.

Дослідження акцентуйованих властивостей особистості показали, що серед 60 опитаних студентів акцентуації характеру виявлені у 53 студентів (88,33% осіб) (табл. 3.1.5).

Таблиця 3.1.5

Дослідження у студентів акцентуйованих рис характеру, особистісної та реактивної тривожності, рівня депресії

	Наявність акцентуацій	Кількість студентів, %	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Рівень депресії
1.	Гармонійний тип (без акцентуацій)	11,67%	40,35±1,34	48,34±1,14	46,17±1,04
2.	Емотивний тип	23,34%	63,78±1,79*	67,64±1,74*	72,65±1,22*
3.	Гіпертимний тип	20%	40,84±1,76	58,26±1,29*	46,43±1,89
4.	Застрягаючий тип	8,33%	60,25±1,29*	60,28±1,84*	71,45±1,28*
5.	Екзальтований тип	8,33%	65,36±1,43*	69,36±1,88*	58,34±1,37*
6.	Педантичний тип	8,33%	68,93±1,56*	69,77±1,66*	64,34±1,04*
7.	Циклотимний тип	8,33%	64,14±1,26*	65,27±1,34*	70,13±1,17*
8.	Дистимний тип	6,67%	69,94±1,56*	68,17±1,16*	72,33±1,24*
9.	Збудливий тип	5%	60,13±1,17*	60,27±1,39	55,13±1,27*
10.	Разом	100%	48,89±2,9	58,24±2,7	59,99±2,34*

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стюдента між порівнюваними показниками ($p < 0,05$).

Гармонійний тип особистості (без акцентуацій) досліджено у 11,67% студентів (7 осіб). У 88,33% студентів (53 осіб) було виявлено акцентуйовані риси характеру особистості. Найбільше нами було виявлено студентів з емотивним типом акцентуації - 14 студентів (23,34%). Частина акцентуацій цієї групи студентів складає гіпертимний тип (у 12 студентів, 20%). Решта опитуваних складають застрягаючий (5 студентів, 8,33%), екзальтований (5 студентів, 8,33%), педантичний (5 студентів, 8,33%), циклотимний (5

студентів, 8,33%), дистимний (4 студентів, 6,67%) та збудливий (3 студентів, 5%) типи акцентуацій.

Студенти з гармонійним типом характеру мали помірний рівень ОТ (40,35±1,34 балів) та високий рівень РТ (48,34±1,14 балів), депресія відсутня (46,17±1,04 балів).

У студентів з емотивним типом акцентуацій визначили дуже високий рівень ОТ (63,78±1,79 балів) та РТ (67,64±1,74), високий рівень депресії (72,65±1,22 балів).

Студенти з гіпертимним типом акцентуації характеризуються помірною ОТ (40,84±1,76 балів) та високою РТ (58,26±1,29 балів), відсутньою депресією (46,43±1,89 балів).

У студентів із застрягаючим типом акцентуації визначили дуже високий рівень ОТ (60,25±1,29 балів) та РТ (60,28±1,84), високий, клінічний рівень депресії (71,45±1,28 балів).

У студентів з екзальтованим типом акцентуації рис характеру визначили дуже високий рівень ОТ (65,36±1,43 балів) та ОТ (69,36±1,88), легкий рівень депресії, що носить ситуативний характер (58,34±1,37 балів).

Особи з педантичним типом акцентуацій характеризувалися також дуже високим рівнем ОТ (68,93±1,56 балів) та РТ (69,77±1,66) та помірним, субклінічним рівнем депресії (64,34±1,04 балів).

У студентів з циклотимним типом акцентуації визначили дуже високий рівень ОТ (64,14±1,26 балів) та РТ (65,27±1,39), високий, клінічний рівень депресії (70,13±1,17 балів).

У студентів з дистимним типом акцентуації рис характеру визначили дуже високий рівень ОТ (69,94±1,56 балів) та ОТ (68,17±1,16), високий, клінічний рівень депресії (72,33±1,24 балів).

Студентам зі збудливим типом акцентуації рис характеру притаманно дуже високий рівень ОТ (60,13±1,17 балів) та РТ (60,27±1,34), легкий, ситуативний рівень депресії (55,13±1,27 балів).

В результаті проведеного дослідження вивчили особливості прояву ОТ, РТ та рівня депресії у осіб з акцентуйованими рисами характеру особистості. Виявлено, що у осіб з акцентуйованими рисами характеру частіше спостерігаються психоемоційні порушення - вищі значення показників особистісної і реактивної тривожності, депресії ($p < 0,05$).

Встановлено, що серед студентів з психоемоційними порушеннями достовірно частіше зустрічаються особи з акцентуйованими рисами характеру особистості, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та розробці психокорекційної програми для цього контингенту осіб.

Підвищення рівня тривоги та депресії у студентів ймовірно пов'язане із фізичними обмеженнями (малорухливість, менша активність) та відсутністю достатньої кількості зовнішніх подразників: нових вражень, подій, інтенсивності взаємодії з іншими. Життя на карантині – це часто «день бабака», – монотонна одноманітність, яка призводить до зниження настрою, млявості. До того ж депресія міцно пов'язана із втомою (чим вищий рівень втоми, тим вищий – депресії) та розладами сну (так само). Виявлена тривожність є ситуативною (виникає внаслідок дії незвичних стресових факторів середовища), на відміну від особистісної, яка є константною психологічною властивістю індивідів. Карантин, соціальна ізоляція, відчуття невизначеності, передсесійний період змушують людину тривожитися.

Отже, дослідження стану студентів за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН, показали, що самооцінка емоційного стану студентської молоді низька та становить $36,8 \pm 1,98$ балів. Загалом у студентів була середня оцінка самопочуття ($41,16 \pm 1,24$ балів), середня оцінка активності ($41,76 \pm 3,68$ балів) та низька оцінка настрою, що свідчить про несприятливий стан ($27,50 \pm 1,74$ балів). При цьому показник настрою разом у всіх студентів був достовірно нижчим за показники самопочуття й активності ($p < 0,05$).

Серед загальної кількості студентів з низькою оцінкою настрою переважали жінки. Оцінювання активності й настрою жінок було відмінним

від чоловіків і визначалося низькими балами. У жінок рівень активності ($28,88 \pm 1,39$ балів) і настрою ($22,33 \pm 1,12$ балів) був достовірно меншим за показники у чоловіків ($44,35 \pm 1,56$ і $31,90 \pm 1,62$ балів відповідно) ($p < 0,05$).

За шкалою Спілбергера-Ханіна у всіх студентів виявлена тривожність, відсутні студенти з низьким рівнем ОТ і РТ, а також з помірним рівнем РТ. У 26,66% студентів (16 осіб) визначили помірний рівень ОТ, у 56,67% (34 осіб) – високий рівень ОТ, у 16,67% (10 осіб) - дуже високий рівень ОТ, у 75% (45 осіб) – високий рівень РТ, у 25% (15 осіб) - дуже високий рівень РТ. У 16,67% (10 осіб) висока ОТ поєднувалась з дуже високою РТ, середнє значення РТ ($58,24 \pm 2,71$ балів) було достовірно більше у порівнянні з рівнем ОТ ($p < 0,05$).

Таким чином, виявлено високий і дуже високий рівень ОТ у 73,34% студентів (44 особи), ($48,89 \pm 2,9$ бала). Рівень РТ у 100% (60 осіб) студентів – високий ($58,24 \pm 2,71$ балів). У 75% студентів (45 осіб) високий рівень РТ ($55,24 \pm 2,1$ балів). У 25% студентів (15 осіб) - дуже високий рівень РТ ($67,12 \pm 1,6$ балів).

Незалежно від статі у всіх студентів визначили високий і дуже високий рівень РТ. Високий рівень РТ визначили у 80,95% чоловіків (17 осіб) і у 71,79% жінок (28 осіб). Дуже високий рівень РТ визначили у 19,04% чоловіків (4 особи) і у 28,20% жінок (11 осіб).

При дослідженні рівня депресії виявили порушення емоційної сфери у вигляді депресивних станів легкого ступеня важкості (невротичного або ситуативного рівня) у переважної більшості студентів (51,67%, 31 особи).

Стан субклінічної депресії (помірний рівень) виявлено у 23,33% студентів (14 осіб); клінічний рівень депресії спостерігався у 11,66% студентів (7 осіб). Відсутність депресії виявили лише у 13,33% студентів (8 осіб).

Виявили, що у жінок депресія достовірно виражена більше. За шкалою Цунга у 9,52% чоловіків (2 особи) та у 12,82% жінок (5 осіб) визначили високий, клінічний рівень депресії ($72,5 \pm 0,5$ балів у чоловіків та $78,14 \pm 2,01$ балів у жінок). Помірний рівень депресії, що відповідає субклінічному рівню депресії, виявили у 19,04% чоловіків (4 осіб) ($64,13 \pm 1,18$ балів) та у 25,64%

жінок (10 осіб) ($67,24 \pm 1,65$ балів). У жінок депресія поєднувалася з вищими показниками тривожності порівняно з чоловіками.

Студенти з високим рівнем ОТ частіше мали легкий невротичний або ситуативний рівень депресії, ніж студенти із середнім рівнем тривожності.

Кількість чоловіків з відсутньою депресією дорівнювала 28,57% (6 осіб), а жінок без депресії було лише 5,13% (2 осіб).

У жінок частіше, ніж у чоловіків, виявляли депресію невротичного або ситуативного рівня, помірний рівень депресії спостерігали у 25,64% жінок (10 осіб), рідше у чоловіків – 19,04% (4 особи).

За кількістю осіб із клінічним рівнем депресії жінки склали 12,82% студентів (5 осіб), чоловіки – 9,52% студентів (2 особи).

Таким чином, виразність емоційних порушень обумовлена, в більшості випадків, ситуативними чинниками на тлі вроджених особистісних якостей студентів.

Дослідження акцентуованих властивостей особистості показали, що серед 60 опитаних студентів акцентуації характеру виявлені у 53 студентів (88,33% осіб).

Гармонійний тип особистості (без акцентуацій) визначили у 11,67% студентів (7 осіб). У 88,33% студентів (53 осіб) було виявлено акцентуовані риси характеру особистості. Емотивний тип акцентуації визначили у 14 студентів (23,34%). Частина акцентуацій цієї групи студентів складає гіпертимний тип (у 12 студентів, 20%). Решта опитаних складають застрягаючий (5 студентів, 8,33%), екзальтований (5 студентів, 8,33%), педантичний (5 студентів, 8,33%), циклотимний (5 студентів, 8,33%), дистимний (4 студентів, 6,67%) та збудливий (3 студентів, 5%) типи акцентуацій.

Студенти з гармонійним типом характеру мали помірний рівень ОТ ($40,35 \pm 1,34$ балів) та високий рівень РТ ($48,34 \pm 1,14$ балів), депресія відсутня ($46,17 \pm 1,04$ балів).

У студентів з емотивним типом акцентуацій визначили дуже високий рівень ОТ (63,78±1,79 балів) та РТ (67,64±1,74), високий клінічний рівень депресії (72,65±1,22 балів).

Студенти з гіпертимним типом акцентуації характеризуються також помірною ОТ (40,84±1,76 балів) та високою РТ (58,26±1,29 балів), відсутньою депресією (46,43±1,89 балів).

У студентів із застрягаючим типом акцентуації визначили дуже високий рівень ОТ (60,25±1,29 балів) та РТ (60,28±1,84), високий, клінічний рівень депресії (71,45±1,28 балів).

У студентів з екзальтованим типом акцентуації рис характеру визначили дуже високий рівень ОТ (65,36±1,43 балів) та РТ (69,36±1,88), легкий рівень депресії, що носить ситуативний характер (58,34±1,37 балів).

Особи з педантичним типом акцентуацій характеризувалися також дуже високим рівнем ОТ (68,93±1,56 балів) та РТ (69,77±1,66) та помірним, субклінічним рівнем депресії (64,34±1,04 балів).

У студентів з циклотимним типом акцентуації визначили дуже високий рівень ОТ (64,14±1,26 балів) та РТ (65,27±1,39), високий, клінічний рівень депресії (70,13±1,17 балів).

У студентів з дистимним типом акцентуації рис характеру визначили дуже високий рівень ОТ (69,94±1,56 балів) та РТ (68,17±1,16), високий, клінічний рівень депресії (72,33±1,24 балів).

Студентам зі збудливим типом акцентуації рис характеру притаманно дуже високий рівень ОТ (60,13±1,17 балів) та РТ (60,27±1,34), легкий, ситуативний рівень депресії (55,13±1,27 балів).

В результаті проведеного дослідження вивчили особливості прояву ОТ, РТ та рівня депресії у осіб з акцентуйованими рисами характеру особистості. Виявлено, що у осіб з акцентуйованими рисами характеру частіше спостерігаються психоемоційні порушення - вищі значення показників ОТ, РТ, депресії ($p < 0,05$).

Встановлено, що серед студентів з психоемоційними порушеннями достовірно частіше зустрічаються особи з акцентуйованими рисами характеру особистості, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та розробці психокорекційної програми для цього контингенту осіб.

3.2. Особливості харчової поведінки та режиму харчування як індикатора психоемоційного стану студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції у зв'язку з пандемією COVID-19

Згідно з оцінками експертів ВООЗ, тривалість життя і стан здоров'я населення на 70% залежить від способу життя, найважливішим чинником якого є харчування, на 15% - спадковості, ще на 15% - умов довкілля. Дослідження харчової поведінки як психологічного фактора якості життя людини зумовлено потребами сьогодення. Вирішення практичних завдань потребує всебічного аналізу й осмислення механізмів функціонування ціннісного ставлення людини до їжі та її приймання.

Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі і її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність по формуванню цього образу, наслідування стилю харчування суспільства та близького оточення. Іншими словами, харчова поведінка включає в себе установки, форми поведінки, звички та емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини.

Харчова поведінка оцінюється як гармонійна (адекватна) або девіантна (відхиляється) залежно від безлічі параметрів, зокрема - від місця, яке займає процес прийому їжі в ієрархії цінностей людини, від кількісних і якісних показників харчування. На вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу, істотний вплив роблять етнокультурні та соціальні чинники. Одвічним питанням про цінність харчування є питання про зв'язок харчування з життєвими цілями («їсти, щоб жити, або жити, щоб їсти»).

Вивчення харчової поведінки та режиму харчування студентів під час вимушеної ізоляції виявило ряд особливостей.

Вивчили антропометричні показники студентів (зріст, маса тіла) і розраховали індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле (табл. 3.2.1).

Індекс маси тіла вимірюється в $\text{кг}/\text{м}^2$ і розраховується за формулою: $\text{ІМТ} = m/h^2$, де:

m — маса тіла в кілограмах,

h — зріст в метрах.

Таблиця 3.2.1

Визначення індексу маси тіла студентів ($M_{\pm m}$)

	Кількість Студентів	Середній зріст, см	Середня маса тіла, кг	Індекс маси тіла, $\text{кг}/\text{м}^2$
Чоловіки	21	178,5 \pm 2,31	78,3 \pm 2,34	24,61 \pm 1,04
Жінки	39	169,2 \pm 1,3*	64,8 \pm 3,76*	22,67 \pm 1,21
Разом всі студенти	60	172,1 \pm 2,03	69,5 \pm 1,29	23,32 \pm 1,14

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стьюдента між порівнюваними показниками ($p < 0,05$).

Середній зріст студентів склав 172,1 \pm 2,03 см, середня маса тіла – 69,5 кг. Оцінка вагових показників студентів показала, що середнє значення індексу маси тіла студентів дорівнює 23,32 \pm 1,14 $\text{кг}/\text{м}^2$, що відповідає нормальній вазі.

У студентів чоловічої статі середній зріст склав 178,5 см, середня маса тіла – 78,3 \pm 3,34 кг, індекс маси тіла – 24,61 \pm 1,04 $\text{кг}/\text{м}^2$, що відповідає нормальній вазі.

У студенток середній зріст склав 169,2 см, середня маса тіла – 69,5 \pm 1,29 кг, індекс маси тіла – 23,32 \pm 1,14 $\text{кг}/\text{м}^2$, що не виходить за межі нормальної ваги.

За ІМТ усіх студентів розподілили на дві групи. Першу групу склали 47 (78,33 %) осіб з нормальною масою тіла (ІМТ - 18,5-24,9 кг/м²), другу - 13 (21,67 %) осіб з надлишковою масою тіла (ІМТ - 25,0-29,9 кг/м²) (табл. 3.2.2).

Таблиця 3.2.2

**Порівняльна характеристика індексу маси тіла студентів
з урахуванням статі (M±m)**

	Загальна кількість студентів	1-а група студентів (з нормальною масою тіла)		2-а група студентів (з надлишковою масою тіла)	
		Кількість студентів, (%)	Індекс маси тіла, кг/м ²	Кількість студентів, (%)	Індекс маси тіла, кг/м ²
Чоловіки	21	18 (85,71%)	24,21±1,14*	3 (14,29%)	27,65±1,09*
Жінки	39	29 (74,36%)	21,25±1,16	10 (25,64%)	27,03±1,25*
Разом	60	47 (78,33%)	22,38±1,27	13 (21,67%)	27,12±1,14*

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стьюдента між порівнюваними показниками ($p < 0,05$).

Серед 60 досліджуваних студентів нормальну масу тіла мали 78,33% студентів (47 осіб), індекс маси тіла дорівнював 22,38±1,27 кг/м². Вивчення статевих відмінностей показало, що кількість студентів чоловічої статі з нормальною масою тіла склала 85,71% (18 осіб) від загальної кількості чоловіків, жіночої статі - 74,36% (29 осіб) від загальної кількості жінок. В 1-ій групі досліджуваних індекс маси тіла у чоловіків був вище, ніж у жінок і дорівнював 24,21±1,14 кг/м², у жінок - 21,25±1,16 кг/м² ($p < 0,05$) (табл. 3.2.2).

Серед 60 досліджуваних студентів особи із надлишковою масою тіла склали 21,67% (13 осіб), індекс маси тіла у них дорівнював 27,12±1,14 кг/м². В 2-ій групі кількість студентів чоловічої статі з надлишковою масою тіла склала 14,29% (3 осіб) від загальної кількості чоловіків, жіночої статі - 25,64% (10 осіб) від загальної кількості жінок. В 2-й групі досліджуваних індекс маси тіла у чоловіків дорівнював 27,65±1,09 кг/м², у жінок - 27,12±1,14 кг/м² (табл. 3.2.2).

Таким чином, загалом у 21,67% студентів (13 осіб) від загальної кількості є надлишкова маса тіла, індекс маси тіла дорівнює $27,12 \pm 1,14$ кг/м². Серед осіб з надлишковою вагою жінки склали 25,64% осіб, що достовірно більше, ніж чоловіків - 14,29%.

При проведенні опитування щодо режиму харчування та харчової поведінки у осіб з надлишковою вагою виявили нерегулярність прийому їжі, меншу кількість прийомів їжі, різний інтервал між прийомами їжі, пізній час останнього прийому їжі, вживання надмірної кількості продуктів харчування, зловживання солодкими напоями, недостатню кількість в раціоні харчування овочів.

Установлено, що 84,62% осіб (11 студентів) з надлишковою масою тіла приймали їжу 2-3 рази на добу на відміну від осіб з нормальною масою тіла, серед яких було багато осіб з 4-х разовим прийомом їжі. У 61,53% осіб (8 студентів) з надлишковою масою тіла інтервал між прийомами їжі становив понад 6 год, що на 15 % більше, ніж у респондентів з нормальною масою тіла. Серед осіб з надлишковою масою тіла 76,92% студентів (10 осіб) не снідали, серед осіб з нормальною масою тіла – 17,02% (8 осіб). Середній час останнього прийому їжі в осіб з нормальною масою тіла – до 19:00-20:00, в осіб з надлишковою масою тіла - після 20:00. Аналіз продуктів харчування, якими зловживали досліджувані, свідчить, що частка осіб, які зловживали легкими вуглеводами (мучні продукти, солодощі), була майже однаковою в обох групах, а осіб, які зловживали жирами та солодкими напоями, - більша в групі осіб з надлишковою масою тіла.

Установлено, що 84,61% осіб з надлишковою масою тіла (11 осіб) вважали своє харчування нераціональним, що на 29% більше порівняно з групою осіб з нормальною масою тіла. Відсутність сніданку, збільшення інтервалу між основними прийомами їжі та пізній час останнього прийому їжі є ключовими порушеннями в режимі харчування осіб з надлишковою масою тіла. Зловживання жирами та солодкими напоями, яке частіше спостерігали в

групі осіб з надлишковою масою тіла, є важливим чинником формування надлишкової маси тіла.

Оцінку харчової поведінки проводили за допомогою Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ. В осіб 1-ої групи студентів із нормальною масою тіла середні показники обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки становлять 2,4; 1,8 та 2,7 бала відповідно. При дослідженні харчової поведінки виявлено, що 36,17% осіб з нормальною масою тіла (17 студентів) мали порушення харчової поведінки переважно емоціогенного типу. У групі осіб з надлишковою масою тіла порушення харчової поведінки спостерігали у 92,31% студентів (12 осіб), причому виявлено всі три типи порушення з достовірним переважанням екстернального типу (табл. 3.2.3).

Таблиця 3.2.3

Дані Голандського опитувальника харчової поведінки DEBQ ($M \pm m$)

Тип порушення харчової поведінки	Особи з нормальною масою тіла	Особи з надлишковою масою тіла	P
Обмежувальний	2,4 ± 0,1	2,8 ± 0,11*	< 0,05
Емоціогенний	1,8 ± 0,14	2,1 ± 0,13*	< 0,05
Екстернальний	2,8 ± 0,04	3,4 ± 0,09*	< 0,05

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стьюдента між порівнюваними показниками ($p < 0,05$).

В осіб 2-ої групи студентів з надлишковою вагою кількість балів по шкалах перевищує середнє значення, що дозволило визначити порушення харчової поведінки ($p < 0,05$) (табл. 3.2.3).

Виявили три основні типи порушення харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка, емоціогенна харчова поведінка, обмежувальна харчова поведінка. Усі три типи порушення харчової поведінки, які спостерігали в осіб з надлишковою масою тіла, підтверджують необхідність застосування поведінкової терапії в комплексній програмі корекції маси тіла.

Для екстернального типу харчової поведінки характерна підвищена реакція не на внутрішні, гомеостатичні стимули до прийому їжі, а на зовнішні стимули, такі як накритий стіл, приймаюча їжу людина, реклама харчових продуктів тощо. Практично у всіх студентів з надлишковою вагою в тій чи іншій мірі присутній даний вид харчової поведінки.

Емоціогенна харчова поведінка трактується як гіперфагічна реакція на стрес, емоційне переїдання, «харчове пияцтво». При емоціогенному харчовому поведінці стимулом до прийому їжі ставав не голод, а емоційний дискомфорт: людина їла не тому, що голодна, а тому що неспокійна, тривожна, роздратована, у неї поганий настрій, вона пригнічена, ображена, а також роздратована, розчарована, зазнала невдачі, їй нудно, самотньо тощо. Образно кажучи, людина з емоціогенною харчовою поведінкою «заїдала» свої прикросі та нещастя так само, як людина, що звикла до алкоголю, їх запиває.

Обмежувальна харчова поведінка - це надлишкові харчові самообмеження і безсистемні занадто суворі дієти, до яких час від часу вдавалися всі студенти з надлишковою вагою. Періоди обмежувальної харчової поведінки змінювалися періодами переїдання з новим інтенсивним набором ваги. Зазначені періоди при обмеженій харчовій поведінці призводять до емоційної нестабільності. Емоційна нестабільність, що виникає під час застосування суворих дієт, отримала назву дієтичної депресії, яка в свою чергу визначається як комплекс негативних емоційних відчуттів, що виникають на тлі дієтотерапії: підвищені дратівливість і стомлюваність, відчуття внутрішньої напруги і постійної втоми, агресивність і ворожість, тривожність, понижений настрій, пригніченість тощо. Дієтична депресія призводить до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву захворювання. Після таких епізодів у студентів формуються почуття провини, зниження самооцінки, невіра в можливість нормалізації ваги. Особливо погана переносимість дієтотерапії у хворих з переїданням у відповідь на стрес, які звикли нормалізувати свій емоційний дискомфорт прийомом їжі і для яких їжа стала своєрідним засобом релаксації.

При вивченні особливостей емоційного стану у всіх студентів із надлишковою вагою виявили високий рівень ОТ і дуже високий РТ, клінічно виражений рівень депресії (табл. 3.2.4).

Таблиця 3.2.4

Рівні особистісної та реактивної тривожності, депресії у студентів із надлишковою вагою ($M \pm m$)

Показники	Студенти з нормальною масою тіла, n=47	Студенти з надлишковою масою тіла, n=13	P
Особистісна тривожність	46,43±12,1	66,43±1,21*	< 0,05
Реактивна тривожність	67,08±1,03	68,08±1,03	> 0,05
Депресія	70,19±1,24	77,12 ± 1,18*	<0,001

Примітка: * – достовірність відмінностей за критерієм Стьюдента між порівнюваними показниками ($p < 0,05$).

Усі три типи порушення харчової поведінки, які спостерігали в осіб з надлишковою масою тіла, підтверджують необхідність застосування поведінкової терапії в комплексній програмі корекції маси тіла. Перспектива подальших досліджень полягає в розробці рекомендацій щодо режиму харчування та харчової поведінки на підставі отриманих даних та впровадженні їх у програму корекції надлишкової маси тіла в студентів.

Результати дослідження механізмів захисту у студентів з надлишковою вагою свідчать, що відмінною особливістю психологічного захисту стало переважання механізму психологічного захисту по типу реактивних утворень (гіперкомпенсації). Змістовна характеристика цього варіанту психологічного захисту припускає, що особистість запобігає усвідомленню неприємних чи неприйнятних для неї думок, почуттів, вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Відбувається, так би мовити, трансформація внутрішніх імпульсів в їх суб'єктивно розуміючу протилежність. Для таких людей також типові незрілі механізми психологічного захисту, один з яких

пов'язаний з агресією, перенесенням на оточуючих власних негативних уявлень, а інший - з переходом до інфантильних форм реагування, обмеження можливостей альтернативної поведінки.

Розлади харчової поведінки відображають зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Психічні порушення при нервовій анорексії та нервовій булімії безпосередньо впливають на фізичне здоров'я пацієнта, призводять до серйозних порушень соматичного стану пацієнта.

Розлади харчової поведінки є поширеним явищем із тенденцією до посилення. Характерні три основні типи порушення харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка, емоціогенна харчова поведінка, обмежувальна харчова поведінка. У студентів із надлишковою вагою виявили підвищену сенситивність щодо міжособистісних конфліктів, підвищення ОТ і РТ. У людей, які страждають на переїдання, переважає механізм психологічного захисту по типу реактивних утворень (гіперкомпенсації).

Отже, дослідження вагових показників показало, що серед 60 досліджуваних студентів нормальну масу тіла мали 78,33% студентів (47 осіб), індекс маси тіла дорівнював $22,38 \pm 1,27$ кг/м². Вивчення статевих відмінностей показало, що кількість студентів чоловічої статі з нормальною масою тіла склала 85,71% (18 осіб) від загальної кількості чоловіків, жіночої статі - 74,36% (29 осіб) від загальної кількості жінок. В 1-ій групі досліджуваних індекс маси тіла у чоловіків був вище, ніж у жінок і дорівнював $24,21 \pm 1,14$ кг/м², у жінок - $21,25 \pm 1,16$ кг/м² ($p < 0,05$).

Серед 60 досліджуваних студентів особи із надлишковою масою тіла склали 21,67% (13 осіб), індекс маси тіла у них дорівнював $27,12 \pm 1,14$ кг/м².

В 2-ій групі кількість студентів чоловічої статі з надлишковою масою тіла склала 14,29% (3 осіб) від загальної кількості чоловіків, жіночої статі - 25,64% (10 осіб) від загальної кількості жінок.

В 2-й групі досліджуваних індекс маси тіла у чоловіків дорівнював $27,65 \pm 1,09$ кг/м², у жінок - $27,12 \pm 1,14$ кг/м².

Таким чином, загалом у 21,67% студентів (13 осіб) від загальної кількості є надлишкова маса тіла, індекс маси тіла дорівнює $27,12 \pm 1,14$ кг/м². Серед осіб з надлишковою вагою жінки склали 25,64% осіб, що достовірно більше, ніж чоловіків - 14,29% ($p < 0,05$).

Установлено, що 84,61% осіб з надлишковою масою тіла (11 осіб) вважали своє харчування нераціональним, що на 29% більше порівняно з групою осіб з нормальною масою тіла.

В осіб 1-ої групи студентів із нормальною масою тіла середні показники обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки становлять 2,4, 1,8 та 2,7 бала відповідно. При дослідженні харчової поведінки виявлено, що 36,17% осіб з нормальною масою тіла (17 студентів) мали порушення харчової поведінки переважно емоційного типу.

У групі осіб з надлишковою масою тіла порушення харчової поведінки спостерігали у 92,31% студентів (12 осіб), причому виявлено всі три типи порушення з достовірним переважанням екстернального типу.

В осіб 2-ої групи студентів з надлишковою вагою кількість балів по шкалах перевищує середнє значення, що дозволяє визначати порушення харчової поведінки.

Виявили три основні типи порушення харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка, емоціогенна харчова поведінка, обмежувальна харчова поведінка. Усі три типи порушення харчової поведінки, які спостерігали в осіб з надлишковою масою тіла, підтверджують необхідність застосування поведінкової терапії в комплексній програмі корекції маси тіла.

При вивченні особливостей емоційного стану у всіх студентів із надлишковою вагою, у яких виявили високий рівень ОТ і дуже високий РТ, клінічно виражений рівень депресії.

У студентів з надлишковою вагою переважає механізм психологічного захисту по типу реактивних утворень (гіперкомпенсації).

3.3. Розробка психокорекційної програми з подолання тривожності, депресії та порушень харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції, що спричинена пандемією COVID-19

Розроблена психокорекційна програма спрямована на зниження тривожності, зняття напруги, покращення настрою, нормалізацію харчової поведінки, саморегуляцію психоемоційного стану; розвиває рефлексію та формує такі позитивні якості особистості, як впевненість у собі, самоповагу та самокритичність.

Основна мета програми – забезпечення можливостей для підвищення самооцінки, розвиток саморегуляції емоційних станів, в першу чергу, тривожності, настрою, розвиток комунікативних умінь.

Основні завдання психокорекційної програми:

- Підкріплення позитивного образу «Я»;
- Формування адекватної самооцінки;
- Оволодіння навичками саморегуляції власного емоційного стану;
- Усвідомлення власних емоцій та поведінки, причин та наслідків;
- Формування навичок рефлексії, розуміння та впізнавання свого емоційного стану;
- Зниження емоційного напруження;
- Зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності;
- Створення емоційно-комфортної атмосфери.

Запропонована програма включає комплекс психологічних технік прямого і опосередкованого впливу, що забезпечує розвиток емоційної стабільності, зменшення ОТ та РТ, покращення настрою, підвищення стресостійкості студентів та позитивно впливає на харчову поведінку.

Методи та форми роботи:

- елементи арт-терапії (малювання, колажі та ін.);
- елементи ігротерапії;

- вправи, направлені на релаксацію та рефлексію;
- розвиток емоційності, розкнутості;
- релаксація;
- розвиток саморегуляції;
- ауторелаксація.

Структура заняття:

1. Привітання.
2. Ігри - розминки.
3. Вправи розвитку емоційної сфери:
 - корекція емоційного стану;
 - удосконалення здатності до рефлексії та саморегуляції;
4. Рефлексія. Релаксація.
5. Традиційне прощання.

Організація психокорекційної роботи:

1. Форма проведення – групова.
2. Загальна кількість занять – 10.
3. Тривалість занять - 45хв.
4. Заняття проводяться - двічі на тиждень.

Очікувані результати:

Програма сприяє підвищенню рівня розвитку емоційної сфери людини, знизить рівень тривожності, покращить сприйняття себе, допоможе засвоїти корисні навички щодо саморегуляції власного емоційного стану. В процесі занять у клієнта створюється позитивний емоційний настрій, формується атмосфера довіри, доброзичливості, позитивного ставлення до оточуючих, формуються навички саморегуляції емоційного стану, релаксації (табл. 3.3.1).

Таблиця 3.3.1

Тематичний план та структура занять

№ заняття	Мета заняття	Зміст роботи	Години

1.	Встановлення з групою зв'язку, створення позитивного настрою на подальшу роботу. Створення доброзичливої, комфортної атмосфери на занятті.	Привітання; Вправа «Знайомство»; Вправа «Маска»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
2.	Засвоєння поняття щодо самоцінності людського «Я», розвиток навичок самоаналізу та самооцінки. Закріплення навичок групової роботи.	Привітання; Вправа «Намалюй свій настрій»; Дискусія «Саме-саме»; Вправа «Мій всесвіт»; Зворотній зв'язок; Прощання	1
3.	Закріплення навичок самоаналізу. Навчання подолання бар'єрів на шляху самокритики, розвиток впевненості у собі.	Привітання; Гра «Ярмарок переваг»; Вправа «Вверх по радужі»; Зворотній зв'язок; Прощання	1
4.	Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри. Розвиток відчуття емпатії.	Привітання; Вправа «Дзеркало»; Аутотренінг; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
5.	Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри. Створення «Образа Я».	Привітання; Вправа «Перше враження»; Колаж «Образ Я»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
6.	Створення емоційно позитивної атмосфери на заняттях. Знайомство групи з способами взаємодії з тривожними думками та страхами. Пошук ресурсів особистості, за допомогою яких вона могла би позбавитись тривожних думок та страхів.	Привітання; Бесіда щодо тривожних думок та страхів; Вправа «Взаємодія зі страхом»; Вправа «Малюнок страху»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
7.	Знайомство з образом сильної особистості, відпрацювання навичок впевненої поведінки.	Привітання; Бесіда щодо негативних думок; Вправа «Собі та іншим»; Тест «Як я орієнтуюсь у різних ситуаціях»; Гра «Поводир» Зворотній зв'язок; Прощання.	1
8.	Відпрацювання навичок комунікативної поведінки. Корекція емоційної сфери особистості на основі навичок адекватного емоційного реагування.	Привітання; Вправа «Наші відчуття»; Вправа «Вчимося казати Ні»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Релаксація «Політ до зірки»; Прощання.	1
9.	Формування емоційно-позитивної атмосфери на занятті. Пошук особистісних ресурсів особи. Корекція емоційної сфери особистості на основі навичок адекватного емоційного реагування.	Привітання; Вправа «Наші відчуття»; Вправа «Скарбниця життєвих сил»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Релаксація «Політ до зірки»; Прощання.	1
10.	Формування емоційно-позитивної атмосфери на занятті. Пошук особистісних ресурсів особи.	Привітання; Вправа «Наші відчуття»; Вправа «Всі грані гармонії»; Вправа «Мій	1

	Корекція емоційної сфери особистості на основі навичок адекватного емоційного реагування Підсумкова діагностика по закінченню корекційної програми.	настрій»Рефлексія; Зворотній зв'язок; Релаксація «Політ до зірки»; Прощання.	
--	--	--	--

Таким чином, розроблена психокорекційна програма з подолання тривожності, депресії та порушень харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної ізоляції, що спричинена пандемією COVID-19, дозволяє підвищити потенціал здоров'я та запобігти порушенням харчової поведінки. Основні завдання психокорекційної програми сприяють оптимізації емоційного стану, розвитку впевненості в собі, забезпечують розвиток емоційної стабільності, зменшення ОТ та РТ, покращення настрою, підвищення стресостійкості студентів та позитивно впливають на харчову поведінку. Подальші перспективи дослідження полягають у розробці різноманітних психопрофілактичних програм запобігання психоемоційних порушень та розладів харчової поведінки у студентів та вивченні їх ефективності (див. у додатку VIII).

**Практичні рекомендації студентам
щодо профілактики тривожності, депресії
та розладів харчової поведінки**

- Харчування має бути регулярним та збалансованим;
- Необхідно зменшити вживання кофеїну, який впливає на фізичні прояви тривожності (він міститься у каві, чаї, енергетичних напоях). Його надмірне вживання може призвести до збільшення тривожності та виникненню панічних атак;
- Фізична активність допомагає зняти стрес та напруження;

- Використовуйте техніки релаксації, наприклад, «Подорож до зірки», опис якої є в корекційній програмі;
- Виховуйте у собі здатність та бажання йти на компроміс, співробітництво, взаємодопомогу, при виникненні непорозумінь з оточуючими;
- Навчайтесь відстоювати власні межі, самостійно вирішувати куди ви згодні витратити ваші власні ресурси;
- Навчайтесь саморегуляції. Наприклад, переключення («це буде завтра, а сьогодні я не буду про це думати і прочитаю книжку»), зниження значущості («це всього лише доповідь, так, вона має публічний характер, але я впевнена у своїх силах і зможу прояснити кожен фразу»), наведення додаткових довідок (коли вам дають адресу – заздалегідь перегляньте її на мапі, скориставшись візуалізацією вулиць), придумування «плану Б», згадування своїх попередніх успіхів та ін.;
- Увагу треба приділяти не лише роботі, але і власним хобі, які приносять задоволення та розслаблення. Улюблена справа завжди допоможе зарядитися позитивними емоціями та думками;
- Вивчайте себе, звертайте увагу на власні почуття, прислухайтесь до них. Навчившись чути власне тіло стає можливим краще контролювати ситуацію.
- Виясніть з чого складається ваша тривожність. Зазвичай, це комплекс емоцій, серед яких страх – постійний компонент. Можуть зустрічатися такі варіанти, як «страх, сором та провина» або «страх, провина, гнів». Подумайте, що можна зробити з ситуацією через яку виникають ці відчуття;
- Якщо відчуваєте, що тривожність є надто сильною, постійною та заважає буденному життю – обов'язково звертайтеся по допомогу до кваліфікованих спеціалістів (психотерапевтів, психіатрів).
- Не перенавантажуйте себе справами, оберіть максимально комфортний розпорядок дня;

- Частіше організуйте для себе відпочинок: від походу в парк до мандрювання в ліс, гори;
 - Визначте власні пріоритети та не відволікайтесь на дрібниці;
 - Пам'ятайте, що ви працюєте/навчаєтесь для того, щоб жити, а не навпаки;
 - Приділяйте увагу своїм хобі;
 - Застосовуйте ароматерапію та різні вправи на релаксацію;
 - Дотримуйтесь оптимального режиму сну;
 - Дозволяйте собі проявляти емоції;
 - Відвідуйте психологічні тренінги для кращого розуміння себе на навколишніх.
- Найважливішим кроком є звернення до кваліфікованого спеціаліста у випадку підозри розвитку депресивного стану та розладу харчової поведінки [7, 42, 50, 92].

ВИСНОВКИ

1. Вивчення показників психоемоційного стану (самопочуття, активності, настрою, особистісної та реактивної тривожності, депресії) студентів в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19, виявило ряд особливостей.

2. Дослідження студентів за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану показали, що самооцінка емоційного стану студентської молоді низька та становить $36,8 \pm 1,98$ балів. Нами було виявлено у студентів низьку оцінку настрою ($27,5 \pm 1,74$ балів), середню оцінку активності ($41,76 \pm 1,68$ балів) та самопочуття ($41,16 \pm 1,24$ балів). У жінок виявили низькі оцінки настрою ($22,33 \pm 1,12$ балів) та активності ($28,88 \pm 1,39$ балів), у чоловіків – низьку оцінку настрою ($30,90 \pm 1,62$ балів) на тлі середньої оцінки активності ($44,35 \pm 1,56$ балів) та самопочуття ($42,25 \pm 1,32$ балів).

3. При дослідженні реактивної та особистісної тривожності нами у всіх студентів виявлена тривожність: у 26,66% (16 осіб) спостерігалась помірна ОТ, у 56,67% (34 осіб) – високий рівень ОТ, у 16,67% (10 осіб) спостерігалась дуже висока ОТ, у 75% (45 осіб) – висока РТ, у 25% (15 осіб) спостерігалась дуже висока РТ. Середня оцінка показника ОТ становила $48,89 \pm 2,9$ бала, РТ - $58,24 \pm 2,71$ балів. У 16,67% (10 осіб) висока ОТ поєднувалась з дуже високою РТ, середнє значення РТ ($58,24 \pm 2,71$ балів) було достовірно більше у порівнянні з рівнем ОТ ($p < 0,05$).

Були відсутні студенти з низьким рівнем ОТ і РТ, а також з помірним рівнем РТ. Високий рівень РТ визначили у 80,95% чоловіків (17 осіб) і у 71,79% жінок (28 осіб). Дуже високий рівень РТ визначили у 19,04% чоловіків (4 особи) і у 28,20% жінок (11 осіб). Студенти з високим рівнем ОТ частіше мали легкий невротичний або ситуативний рівень депресії, ніж студенти із середнім рівнем тривожності ($p < 0,05$). Таким чином, виразність емоційних порушень обумовлена, в більшості випадків, ситуативними чинниками на тлі вроджених особистісних якостей хворих.

4. Депресію невротичного або ситуативного рівня виявили у більшості студентів – 51,67% (31 особа), у 56,41% жінок (22 особи) та у 42,85% чоловіків (9 осіб). Стан субдепресії було виявлено у 23,33% (14 осіб) досліджуваних студентів: у жінок дорівнював $67,24 \pm 1,65$ балів (25,64%, 10 осіб) та у чоловіків - $64,13 \pm 1,18$ балів (19,04%, 4 осіб); депресія клінічного рівня виразності спостерігалася у 11,66% (7 осіб) студентів: у жінок - $78,14 \pm 2,01$ балів (5 осіб, 12,82%) та у чоловіків - $72,5 \pm 0,5$ балів (2 особи, 9,52%). Відсутність депресії виявили лише у 13,33% студентів (8 осіб).

У жінок депресію різного рівня виявляли частіше, ніж у чоловіків.

5. При дослідженні особистісних особливостей студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19, акцентуації характеру були виявлені у 88,33% студентів (53 осіб), з них емотивний тип акцентуації визначили у 23,34% студентів (14 осіб), гіпертимний тип - у 20% студентів (12 осіб), застрягаючий тип – у 8,33% студентів (5 осіб), екзальтований – у 8,33% студентів (5 осіб), педантичний – у 8,33% студентів (5 осіб), циклотимний - у 8,33% студентів (5 осіб), дистимний - у 6,67% студентів (4 осіб) та збудливий – у 5% студентів (3 осіб). Гармонійний тип особистості (без акцентуацій) визначили у 11,67% студентів (7 осіб).

У студентів з емотивним, дистимним, застрягаючим, циклотимним типом акцентуованих рис характеру особистості визначили дуже високий рівень ОТ та РТ, депресію високого, клінічного рівня виразності. У осіб з педантичним типом акцентуації виявили дуже високий рівень ОТ та РТ, помірний, субклінічний рівень депресії. У студентів з екзальтованим, збудливим типом акцентуацій рис характеру визначили дуже високий рівень ОТ та РТ, легкий рівень депресії, що носить ситуативний характер.

Студенти без акцентуацій, а також із гіпертимним типом акцентуації мали помірний рівень ОТ та високий рівень РТ, депресія була відсутня.

Таким чином, визначили, що у осіб з акцентуованими рисами порівняно з особами без акцентуацій характеру частіше спостерігаються

психоемоційні порушення - вищі значення показників ОТ, РТ, депресії ($p < 0,05$).

Встановлено, що серед студентів з психоемоційними порушеннями достовірно частіше зустрічаються особи з акцентуйованими рисами характеру особистості, що необхідно враховувати при ранній діагностиці та розробці психокорекційної програми для цього контингенту осіб. При цьому такі типи акцентуацій характеру особистості, як емотивний, дистимний, застрягаючий, циклотимний, збільшують ризик розвитку клінічно вираженого високого рівня депресії та підвищення тривожності.

6. При дослідженні вагових показників встановили, що нормальну масу тіла мали 78,33% студентів (47 осіб), індекс маси тіла дорівнював $22,38 \pm 1,27$ кг/м², надлишкову масу тіла - у 21,67% студентів (13 осіб), індекс маси - $27,12 \pm 1,14$ кг/м². Вивчення статевих відмінностей показало, що кількість студентів чоловічої статі з нормальною масою тіла склала 85,71% (18 осіб) від загальної кількості чоловіків, жіночої статі - 74,36% (29 осіб) від загальної кількості жінок. В 1-ій групі досліджуваних індекс маси тіла у чоловіків був вище, ніж у жінок і дорівнював $24,21 \pm 1,14$ кг/м², у жінок - $21,25 \pm 1,16$ кг/м² ($p < 0,05$).

В 2-ій групі кількість студентів чоловічої статі з надлишковою масою тіла склала 14,29% (3 осіб) від загальної кількості чоловіків, жіночої статі - 25,64% (10 осіб) від загальної кількості жінок. Індекс маси тіла у чоловіків дорівнював $27,65 \pm 1,09$ кг/м², у жінок - $27,12 \pm 1,14$ кг/м² ($p < 0,05$).

Таким чином, загалом у 21,67% студентів (13 осіб) від загальної кількості є надлишкова маса тіла, індекс маси тіла дорівнює $27,12 \pm 1,14$ кг/м². Серед осіб з надлишковою вагою жінки склали 25,64% осіб, що достовірно більше, ніж чоловіків - 14,29% ($p < 0,05$).

Установлено, що 84,61% осіб з надлишковою масою тіла (11 осіб) вважали своє харчування нераціональним, що на 29% більше порівняно з групою осіб з нормальною масою тіла.

В осіб 1-ої групи студентів із нормальною масою тіла середні показники обмежувальної, емоційної та екстернальної харчової поведінки становлять 2,4; 1,8 та 2,7 балів відповідно. При дослідженні харчової поведінки виявлено, що 36,17% осіб з нормальною масою тіла (17 студентів) мали порушення харчової поведінки переважно емоційного типу.

У групі осіб з надлишковою масою тіла порушення харчової поведінки спостерігали у 92,31% студентів (12 осіб), причому виявлено всі три типи порушення з достовірним переважанням екстернального типу.

В осіб 2-ої групи студентів з надлишковою вагою кількість балів по шкалах перевищує середнє значення, що дозволяє визначати порушення харчової поведінки.

Виявили три основні типи порушення харчової поведінки: екстернальна харчова поведінка, емоціогенна харчова поведінка, обмежувальна харчова поведінка. Усі три типи порушення харчової поведінки, які спостерігали в осіб з надлишковою масою тіла, підтверджують необхідність застосування поведінкової терапії в комплексній програмі корекції маси тіла.

Вивчили особливості емоційного стану у всіх студентів із надлишковою вагою, у яких виявили високий рівень ОТ і дуже високий рівень РТ, клінічно виражений рівень депресії, у них переважав механізм психологічного захисту по типу реактивних утворень (гіперкомпенсації).

7. Акцентуації рис характеру особистості з наявними змінами психоемоційного стану та порушеннями харчової поведінки у студентів в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19, є факторами ризику виникнення захворювань і свідчать про необхідність застосування психокорекційних заходів.

8. Розробили психокорекційну програму, спрямовану на нормалізацію психоемоційного стану та харчової поведінки студентської молоді в умовах вимушеної соціальної ізоляції, спричиненої пандемією COVID-19, а саме - на покращення психологічного стану, зниження рівня ОТ і РТ, депресії, нормалізацію харчової поведінки, соматичних і вегетативних функцій

організму, що буде сприяти оздоровленню українського населення як у соматичному, так і в психологічному плані.

9. Дотримання студентами практичних рекомендацій щодо профілактики тривожності та депресії є запорукою збереження здоров'я.

10. Стратегіями для зміцнення психічного здоров'я студентів під час спалаху COVID-19 є: ідентифікація груп підвищеного ризику; поліпшений скринінг психоемоційних порушень та розладів поведінки; психологічні втручання з метою нормалізації психоемоційного стану та поведінки, що дасть можливість бути більш підготовленими та стійкими до неминучих майбутніх загроз і берегти психічне здоров'я.