

**Міністерство освіти і науки України**  
**Національний університет «Києво–Могилянська Академія»**  
**Факультет соціальних наук і соціальних технологій**  
**Кафедра соціології**

**Кваліфікаційна робота**  
Освітній ступінь бакалавр

на тему:  
**«ОБІЗНАНІСТЬ ПРО ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД ТА СПОСОБИ ЙОГО  
ЛІКУВАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ БАЛАВРІАТУ НАУКМА»**

Виконала: студентка 4-го року навчання  
спеціальності 054 «Соціологія»  
Чорненька Катерина Дмитрівна

Керівник: Мальцева Катерина Сергіївна  
кандидат філософських наук, доктор філософії  
доцент кафедри соціології НаУКМА

Рецензент: Марценюк Т.О.  
кандидатка соціологічних наук,  
доцентка кафедри соціології НаУКМА

Кваліфікаційна робота захищена  
з оцінкою «\_\_\_\_\_»  
Секретар ЕК: \_\_\_\_\_  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 р.

Київ-2020

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ВСТУП .....  | 4  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСІЇ ТА ОБІЗНАНОСТІ ПРО ДЕПРЕСІЮ .....   | 9  |
| 1.1. Депресія з клінічної точки зору .....   | 9  |
| 1.2. Чотири підходи до вивчення ментальних захворювань у рамках соціології .....   | 11 |
| 1.3. Депресія з соціологічної перспективи .....  | 14 |
| 1.4. Студентство та депресивний розлад .....   | 19 |
| 1.5. Обізнаність студентства про депресію .....  | 21 |
| 1.6. Характеристики, які пов'язані з обізнаністю про депресію .....  | 25 |
| 1.7. Підсумки опрацьованих теоретичних та емпіричних матеріалів розділу  | 28 |
| РОЗДІЛ 2. ЗНАННЯ СТУДЕНТІВ НАУКМА ПРО ДЕПРЕСІЮ ТА СПОСОБИ ЇЇ ЛІКУВАННЯ.....  | 32 |
| 2.1. Результати попереднього якісного дослідження .....  | 32 |
| 2.2. Концептуалізація та операціоналізація дослідницьких понять .....  | 35 |
| 2.3. Загальна інформація про дослідження.....  | 38 |
| 2.4. Характеристика збору даних та вибірки.....  | 39 |
| 2.5. Тестування гіпотез дослідження.....   | 40 |
| 2.5.1. Відсоток респондентів, які впізнали депресію у віньєтці.....  | 40 |
| 2.5.2. Зв'язок між правильним визначенням депресії у віньєтці та вибором корисних/ не вибором шкідливих рекомендацій ..... | 41 |
| 2.5.3. Відмінності відповідей респондентів різних статей .....   | 43 |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.5.4. Зв'язок між рекомендацією «впоратися самій» та шкідливими рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєтці ..... | 48        |
| 2.5.5. Зв'язок між суб'єктивною емпатією респондентів та рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєтці. ....         | 52        |
| 2.6. Додаткові знахідки дослідження .....   | 54        |
| 2.7. Результати кількісного дослідження, його обмеження та перспективи..  | 58        |
| 2.7.1. Результати тестування гіпотез та додаткові знахідки .....  | 58        |
| 2.7.2. Обмеження та перспективи дослідження .....   | 61        |
| <b>РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ БАКАЛАВРАТУ НАУКМА ПРО ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД ТА СПОСОБИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ .....</b>   | <b>62</b> |
| Список використаних джерел .....  | 66        |
| Додаток А .....   | 70        |
| Додаток Б .....   | 78        |
| Додаток В .....   | 79        |
| Додаток Г .....   | 82        |

## ВСТУП

Згідно з даними, зібраними Global Burden of Disease (2017), депресивний розлад є одним з найпоширеніших захворювань серед жінок та чоловіків по всьому світу. Оскільки кількість людей, що страждають на депресію, продовжує збільшуватися, очікується, що станом на 2020 рік депресивний розлад стане другим за рейтингом захворюванням, яке вносить найбільший вклад у Міжнародний тягар хвороб. На даний момент, на депресію страждають понад 264 мільйони осіб різного віку, це - 4.4% світової популяції (WHO, 2019). Цей психічний розлад є провідною причиною інвалідності по всьому світі та може мати значний ряд наслідків у разі відсутності належного лікування.

Тенденцію до інтенсивного росту кількості психічних захворювань, зокрема депресії, серед молоді та студентів університетів зазначають у своїх роботах низка дослідників (Henriques, 2014; Brown, 2016; Rosenberg, 2018). Університетські адміністрації все частіше зустрічаються з проблемою актуальності ментальних захворювань серед студентства. Одним з прикладів може слугувати статистика, наведена у трьох статтях періодичного видання Бостонського університету. Статті висвітлюють стрімке збільшення кількості студентів, які звернулися по допомогу через кризові ментальні стани: у 2014-2015 роках по допомогу до кампусу звернулося 647 людей, у той час, як у 2015-2016 роках їх кількість становила вже 906 студентів (Brown, 2016). Цю тенденцію також підтверджує річний звіт університету Пен Стейт (Center for Collegiate Mental Health), який зазначає, що тривога і депресія – найпоширеніші ментальні розлади, які викликають занепокоєння (за оцінкою фахівців), оскільки майже кожен п'ятий студент університету страждає на депресію або тривожність. Окрім того, це єдині з низки психічних проблем, які продемонстрували чітку тенденцію до зростання кількості випадків за останні 4 роки.

Однак, незважаючи на перманентне збільшення кількості людей, які страждають на депресивні розлади, не кожен з них звертається по допомогу. Більше того, 40% тих студентів Бостонського університету, які мали значні

симптоми депресії, не розглядали звернення по допомогу до кампусу. Існує низка причин, через які молоді люди, що страждають від депресивного розладу, не шукають шляхів для покращення свого самопочуття. Дослідники зазначають такі бар'єри для звернення по допомогу: відсутність знань про депресивний розлад, стигма та бажання самотійно впоратися з труднощами (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010).

Отже, одним із значних факторів впливу є відсутність загальної обізнаності про депресивний розлад. Людині, в якій відсутні знання про депресію та про засоби її лікування, буде складно зрозуміти власні симптоми та вчасно звернутися по допомогу до фахівця. Низка дослідників зазначає зв'язок між обізнаністю про депресію та знаннями про методи її лікування (Wright, Jorm, Harris, McGorry, 2007; Coles, et al., 2015; Loureiro, et al., 2013). Погане розпізнавання психічних захворювань може перешкоджати пошуку лікування (Coles, et al., 2015). З іншого боку, покращення розуміння самого терміну захворювання у молодих людей сприяє належному пошуку допомоги та вибору лікувальних засобів (Wright, Jorm, Harris, McGorry, 2007). Зважаючи на вищенаведену інформацію, обізнаність про депресивний розлад та засоби його лікування відіграють важливу роль у покращенні стану індивіда. Деякі університети визначили саме підвищення обізнаності ключовим заходом задля попередження депресивних розладів серед студентства.

Крім того, низький рівень обізнаності про депресивний розлад також може супроводжуватися стереотипами, упередженнями щодо цього захворювання, а також стигматизацією тих, хто на нього страждають. Індивід, ідентифікований як психічно хвора людина, піддається соціальній трансформації - його ідентичність змінюється назавжди (Aneshensel & Phelan, 1999). Люди з ментальними розладами можуть одночасно піддаватися стигматизації з боку свого соціального оточення та страждати від самостигматизації. Сам феномен самостигматизації є вторинним явищем, спричиненим стигматизацією хворого у суспільстві. Внаслідок самостигматизації індивід засвоює нав'язані йому стереотипні ролі, дистанціюється від соціуму, відчуває провину або сором

(Чутора, 2012). У свою чергу, як стигма, так і саможигма, негативно впливають на соціальне, економічне та психологічне становище індигідів. Результати дослідження Джеффри Пайна та його колег показали, що серед пацієнтів, які перебувають на лікуванні депресії, тяжкість депресії пов'язана з високим рівнем сприйнятої стигми (2004). Більше того, стигма також є одним із значних бар'єрів для початку лікування депресії та причиною переривання або відмови від лікування. Спираючись на дані нашого попереднього дослідження, респонденти з відносно низькою обізнаністю про депресивний розлад демонстрували наявність упереджень та схильності до стигматизації щодо людей з депресивним розладом, а також відносно низький рівень знань щодо правильних заходів для лікування.

Зважаючи на той факт, що депресивний розлад – це багатосторонній концепт, який пов'язаний не тільки з клінічною симптоматикою самого індигіда, але і з передумовами та наслідками його взаємодії з соціумом, більшість з наявних досліджень обізнаності про депресію були здійснені з психологічної та психіатричної точок зору. Однак, деякі аспекти ментальних захворювань є соціально сконструйованими за своїм походженням. Саме тому дослідження обізнаності про депресію та її лікування у рамках соціологічної дисципліни є *актуальним*. Оскільки це дослідження дає уявлення про загальну обізнаність про депресію та її лікування серед студентів НаУКМА, його результати можуть бути корисними для адміністрації університету задля розуміння загального рівня обізнаності, а також проведення інформаційної кампанії про депресивний розлад серед студентів.

З огляду на актуальність цієї теми, постає питання: що знають студенти бакалаврату НаУКМА про депресивний розлад та способи його лікування? *Метою* цього дослідження є з'ясування обізнаності студентів бакалаврату НаУКМА про депресію та про засоби її лікування. Відповідно, *об'єктом* дослідження є студенти 1-4 курсів НаУКМА, а *предметом* – їх обізнаність стосовно депресивного розладу та способів його лікування.

Було визначено такий перелік основних *дослідницьких завдань*:

- 1) Концептуалізація поняття депресивного розладу, його симптоматики та етіології;
- 2) Узагальнення та систематизація основних підходів до вивчення ментальних розладів у соціологічній дисципліні;
- 3) Узагальнення існуючих теоретичних та емпіричних матеріалів на тему соціології депресії;
- 4) Узагальнення існуючих теоретичних та емпіричних матеріалів на тему обізнаності про депресивні розлади та засоби їх лікування;
- 5) Встановлення рівня обізнаності студентів 1-4 курсу НаУКМА про депресивний розлад;
- 6) З'ясування зв'язку між правильною ідентифікацією депресії та корисними рекомендаціями щодо її лікування;
- 7) З'ясування зв'язку між соціально-демографічними та соціально-психологічними характеристиками респондентів і рекомендаціями щодо лікування депресивного розладу;

*Основними гіпотезами цього дослідження є:*

*H<sub>1</sub> Більшість респондентів не впізнають депресію у віньєті.*

*H<sub>2</sub> Існує зв'язок між правильним визначенням депресії у віньєті та вибором корисних/ не вибором шкідливих рекомендацій щодо лікування особи, описаної у віньєті.*

*H<sub>3</sub> Наявні відмінності серед респондентів різних статей:*

- *У впізнанні депресії у віньєті (наявний зв'язок між статтю та впізнанням депресії);*
- *У рекомендаціях щодо лікування особи, описаної у віньєті (наявний зв'язок між статтю та рекомендаціями щодо лікування);*
- *У позиціях про те, чи винна особа, яка описана у віньєті, у своєму стані (наявний зв'язок між статтю та звинуваченням особи у її стані).*

*H<sub>4</sub> Існує зв'язок між рекомендацією «впоратися самій» та шкідливими рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєті.*

*H<sub>5</sub> Існує зв'язок між суб'єктивною емпатією респондентів та рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєтці.*



## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСІЇ ТА ОБІЗНАНОСТІ ПРО ДЕПРЕСІЮ

### 1.1. Депресія з клінічної точки зору

Згідно з визначенням ВООЗ, залежно від кількості та вираженості симптомів, депресивний епізод можна віднести до категорії легких, помірних або важких. Основне розмежування робиться між депресією у людей, які мають історії маніакальних епізодів та тих, хто їх не має. Обидва типи депресії можуть бути хронічними (тобто проявлятися протягом тривалого періоду часу) та мати рецидиви, вірогідність яких зростає з відсутністю лікування.

Основною рисою депресивного епізоду, згідно з визначенням DSM-IV (Діагностичне і статистичне керівництво з психічних розладів), є період щонайменше 2 тижнів, протягом якого в людини спостерігається пригнічений настрій або втрата інтересу чи задоволення до майже всіх видів діяльності. Крім цього, щоб депресивний епізод відповідав усім критеріям, індивід має одночасно відчувати мінімум чотири з семи симптомів. Які, у свою чергу, також мають тривати 2 тижні і більше. Симптоми депресивного розладу: (1) зміни ваги або апетиту; (2) зміни сну; (3) зміни психомоторної діяльності; (4) зниження енергії; (5) почуття власної нікчемності чи провини; (6) ускладнення мислення, концентрації чи прийняття рішень та (7) періодичні суїцидальні думки, плани чи спроби самогубства. Симптоми мають бути абсолютно новими або значно гіршими, ніж зазвичай. Симптоми також мають бути вираженими, це означає, що вони пов'язані з клінічно значущими стражданнями та / або порушеннями соціального, професійного та іншого типу функціонування (Bruce, 1999).

Депресія діагностується, коли людина переживає один або кілька депресивних епізодів. Встановлення діагнозу залежить від виявлення базових симптомів захворювання, що ускладнюється тим фактом, що пацієнти часто самі не усвідомлюють наявності в них симптомів захворювання (Мироненко, 2006).

На відміну від епізодичного характеру головної депресії (major depression), дистимія визначається хронічно пригніченим настроєм, який виникає більшу

частину дня, більше днів, ніж ні, принаймні протягом 2 років, з принаймні двома додатковими депресивними симптомами та відсутністю історії манії. Індивід може бути хронічно дистимічним та зазнавати періодичних епізодів великої депресії (Bruce, 1999). Останні дослідження також припускають, що гострі, але відносно легкі епізоди депресивних симптомів (т. е. незначні, субсиндромальні, депресія нижнього порогового рівня) також можуть мати клінічну значимість і впливати на такі результати, як функціональний статус та інституціоналізацію. Незважаючи на те, що DSM-IV офіційно не визнається, незначна депресія була включена в розділ, який позначається "потребує більшого вивчення". Критерії дослідження, запропоновані DSM-IV для незначної депресії, схожі з основною депресією, але мають менше симптомів (два з п'яти) (Bruce, 1999).

Які фактори сприяють виникненню депресії? За даними, розміщеними на сайті ВООЗ, депресія є витоком комплексної взаємодії соціальних, психологічних та біологічних факторів (2020). Індивіди, які пережили несприятливі життєві явища (такі як безробіття, масштабні стреси, психологічні травми), більш схильні до захворювання на депресію. Депресія, у свою чергу, може призвести до ще більшого стресу та дисфункції, а отже – до погіршення життєвої ситуації та самого захворювання в людини. Крім цього, існує низка фізіологічних захворювань, які можуть спричинити депресію та одночасно бути нею спричиненими, наприклад: серцево-судинні захворювання. Треба також зазначити, що депресія має суттєвий генетичний компонент, отже, ризик виникнення депресії у дітей, чий батьки страждали на депресивний розлад, значно вищий, ніж у загальної популяції.

Яким чином лікується депресивний розлад? ВООЗ зазначає такі заходи для лікування помірної та важкої депресії як: активізація поведінки, когнітивна поведінкова терапія (ТГТ) та міжособистісна психотерапія (ПТ), антидепресантні препарати, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИОЗС) та трициклічні антидепресанти (ТСА). Різні формати психологічного лікування включають індивідуальні та / або групові психологічні методи, що проводяться професіоналами та контролюючими лікарями-

терапевтами. Психосоціальні методи лікування також ефективні при легкій депресії. Антидепресанти можуть бути ефективною формою лікування середньої та важкої депресії, але не є пріоритетним лікуванням для випадків депресії легкого рівня. Вони не повинні застосовуватися для лікування депресії у дітей і не є першим пріоритетом для лікування у підлітків, серед яких їх слід застосовувати з особливою обережністю.

## **1.2. Чотири підходи до вивчення ментальних захворювань у рамках соціології**

Ментальні захворювання – тема, яка була досліджена з перспективи різноманітних дисциплін. Вклад у вивчення ментальних захворювань зробили різні галузі наукового знання - від психіатрії, психоаналізу та психології до права. Анна Роджерс та Девід Пілгрім у своїй книжці «A sociology of mental health and illness» зазначають, що в межах соціологічної дисципліни ментальне здоров'я було розглянуто у чотирьох масштабних перспективах: соціальна причинність, критична теорія, соціальний конструктивізм та соціальний реалізм (2005). Кожна з перспектив була більш визнана та впливова у різні часи. Однак, треба зазначити, що ці чотири напрямки не можна розглядати суто у темпоральних рамках, оскільки це шари знань, які нерівномірно перекривають один одного як у часі, так і в міждисциплінарних зв'язках та професійних сферах (Rogers & Pilgrim, 2005).

Підхід соціальної причинності (social causation) розглядає такі діагнози як депресія або шизофренія як факт та даність. Цей підхід концентрується на тому, яку роль відіграє соціально обумовлений стрес у етіології цих ментальних розладів. Тобто, акцент у цьому підході переноситься на відслідковування причинно-наслідкових зв'язків між соціальними «вадами» та психічними захворюваннями. Більшість соціологів вважали головним індикатором «вади» або «недоліку» низький соціальний клас або бідність. Однак, крім бідності, дослідники концентрувалися також на «недоліках» інших видів, таких як раса, гендер та вік. Перевага цього підходу епідеміологічної причинності полягає у

тому, що вона забезпечує впевненість у даних, оскільки послуговується об'єктивізмом та емпіризмом у своїх дослідженнях (методологічні гарантії репрезентативності, причинно-наслідкові зв'язки). Однак, цей напрям соціологічного знання, як і всі інші, також має свої недоліки. Перш за все, це – пре-емпіричні проблеми з концептуалізацією, які пов'язані з психіатричними знаннями, які не визнавалися, або обходилися стороною. По-друге, психіатрична епідеміологія досліджує кореляції між психічними захворюваннями та допоміжними змінними. Однак, наявність кореляції не обов'язково вказує на причинно-наслідкові зв'язки. Треба також зазначити, що вивчення великих субпопуляцій не дає можливості отримати дані про особливий життєвий досвід людей, які страждають від ментальних захворювань, та усі варіації значень та смислів, які самі пацієнти чи їх близькі надають цим захворюванням.

Критична теорія (critical theory) виникла у двадцятому столітті, коли низка дослідників намагалася провести паралель між соціально-економічними структурами та внутрішнім життям індивідів. Цей підхід концентрувався на спробі розуміти біографію через соціальний контекст та сприймати соціальний контекст через призму людських життів. На засадах цієї традиції виникла група фрейд-марксистів, яка стала відома як «критичні теоретики», а згодом і як Франкфуртська школа, оскільки більшість з учасників була пов'язана з Франкфуртським інститутом соціальних досліджень. Взаємозв'язки між матеріальним навколишнім середовищем індивідів та їх культурним життям були досліджені низкою дослідників Франкфуртського інституту. Фрейд-марксистична теорія також вивчала культурні норми, пов'язані з авторитаризмом, капіталістичною економікою та неоднозначною роллю супер-его у якості джерела конформності. Загалом, франкфуртська школа концентрувалася на взаємозв'язку між психікою і суспільством, а отже вона займалася вивченням міждисциплінарного зв'язку між психоаналізом та діалектичним матеріалізмом. Саме у поєднанні двох дисциплін і заключався одним із значних недоліків критичної теорії. Критична теорія розривалася поміж двох гравітаційних центрів – двох дисциплін, на основі яких була створена. По-друге, гібрид двох дисциплін

вимагає від вчених прийняття як легітимності складових обох напрямків, так і їх концептуальної та практичної інтеграції у дослідження, що вимагає вдвічі більшого навантаження від дослідників.

Соціальний конструктивізм (social constructivism) – один з найбільш впливових підходів до вивчення ментального здоров'я за останні 20 років. Центральне припущення цього широкого підходу полягає у тому, що реальність не є самоочевидною та стабільною, навпаки – вона є продуктом людської діяльності. Це центральне поняття є своєрідною реакцією на позитивізм та наївний реалізм. Соціальний конструктивізм можна поділити на три основні течії:

1. Перший підхід концентрується на тому, як соціальні сили визначають конкретний соціальний феномен або реальність загалом. Зокрема, центром соціологічного дослідження є реальний досвід соціальних акторів, які знаходяться всередині девіантних громад, або тих, які взаємодіють з ними, або стереотипізують їх. Наголос на соціальних проблемах був пов'язаний з символічним інтеракціонізмом та етнометодологією.
2. Другий підхід більше пов'язаний з пост-структуралізмом Фуко та займається деконструкцією - критичною експертизою мови та символів з метою висвітлення створення знань, та їх взаємодії з владою, нестабільною реальністю та людською діяльністю.
3. Центальною ідеєю третього підходу є вивчення того, як виробляється наукове знання та пошук індивідуального або колективного інтересу. Ця версія соціального конструктивізму займається вивченням того, яким чином науковці або інші зацікавлені спільноти розвиваються, дискутують та використовують факти. Таким чином, вона зацікавлена у мережах людей, зацікавлених у продукуванні знань.

Ці три основні течії соціального конструктивізму відіграють значну роль у соціології ментального здоров'я. Конструктивісти проблематизують фактичний статус психічного захворювання та аналізують яким чином наукові знання з

ментального здоров'я пов'язані з продукуванням знань та самим зародженням психічних захворювань.

Підхід соціального реалізму або критичного реалізму, який є актуальним і в сьогодення, (social realism/critical realism) базується на прийнятті того факту, що об'єктивна реальність дійсно існує, впливає на людські дії та формує людську свідомість. Критичний реалізм концентрується на свідомих діях чи агентності та критично ставиться до методологічного індивідуалізму (methodological individualism). Прихильники критичного реалізму вважають, що суспільство передує життю його агентів, однак, саме ці агенти і відтворюють та трансформують його. Різноманітні методики, які використовуються соціологами для вивчення психічних розладів, можуть надавати освітню інформацію і, потенційно, можуть піддаватися критичному читанню. Актуальність та застосовність цієї соціологічної теорії знаходяться під впливом конкретного часового та соціального контексту, у рамках якого вони використовуються. Соціологія також вплинула на покоління медичних працівників, включаючи лікарів, медсестер, психологів і соціальних працівників. Для порівняння, «чисті» соціологи - це невелика меншість тих, хто мав доступ до соціологічних знань через свою соціалізацію та освіту як професіоналів у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення. Крім того, робота в галузі досліджень психічного здоров'я та медичного обслуговування є в основному міждисциплінарною справою. Таким чином, соціальний реалізм дозволяє співіснувати поясненням різних дисциплін про психічне здоров'я.

### **1.3. Депресія з соціологічної перспективи**

Звертаючись до Керол С. Анешенсел та Джо С. Фелана (1999), соціальні механізми і процеси мають фундаментальне значення для розуміння причин депресивного розладу та його наслідків. Депресія – це захворювання, яке поєднує низку різних соціальних проблем: тих, які можуть бути її передумовами та тих, які стануть її наслідками (Brown, Harris, 1978). Джордж Браун зазначає, що витоки депресії тісно пов'язані з якістю основних соціальних ролей людини

(2002). Це одне з пояснень, чому депресивний розлад відіграє значну роль у виявленні нагальних проблем суспільства. Оскільки соціологія вивчає не тільки саме функціонування суспільних систем загалом, але і те, як вони впливають на життя індивідів, соціологія ментальних захворювань дає можливість з'ясувати, у якій мірі депресія є продуктом існування індивіда у тому чи іншому виді економічного, політичного та громадянського суспільства.

Соціальні витоки та наслідки депресивного розладу досліджувалися низкою вчених. Так, у своїй роботі “Social origins of depression”, Джордж Браун (Brown) та Тіппілл Харріс (Harris) дослідили цей психічний розлад у жінок (1978). У своєму дослідженні, вчені розглядали депресію з перспективи важливості порівняльної, еволюційної та біологічної точки зору, вони також концентрувалися на загальнолюдській природі, культурних та індивідуальних особливостях індивідів. Вчені стверджували, що ефективне етіологічне дослідження депресії має містити в собі як соціологічне, так і біологічне джерела знань, а також включати унікальний життєвий досвід людини. Вони зазначали, що важливість соціологічної перспективи для розуміння депресії була доведена завдяки вивченню епідеміологічних факторів. Дослідження Брауна та Харріса стало своєрідним базисом для продовження розгляду депресії у рамках її соціального контексту (Brown & Harris, 1978).

Хорвітц (Horwitz) у своєму тексті “The Sociological Study of Mental Illness” підтримує позицію попередніх дослідників щодо важливості культурних особливостей для ментальних захворювань та депресивного розладу зокрема та пропонує поглянути на депресію через призму соціологічної психології (sociological psychology) (1999). Автор описує соціологічну психологію як модель, основний принцип якої полягає в тому, що культурні контексти принципово формують типи психічного розладу, який люди відчують і проявляють. Більше того, він зазначає, що ментальні захворювання є продуктом певного часу та місця. Тому, за словами автора, депресія як актуальний психічний розлад у сучасній Америці не міг бути таким самим у інші соціально-історичні епохи країни. Ще одним прикладом на користь значимості культури у

ментальних розладах слугують особливості позначення симптомів депресії у різних країнах. У той час, як населення Китаю для позначення депресії використовуватиме фізіологічні вирази (біль у нижній частині спини), жителі Північної Америки, що належить до середнього класу, швидше за все описуватимуть цей розлад через психогенні ідіоми (почуття провини та відчай) (Kleinman, 1987, as cited in Horwitz, 1999). У даному випадку, культурні відмінності у досвіді та прояві симптомів настільки глибокі, що дві форми опису одного розладу неможливо охопити в межах однієї діагностичної категорії. У цій перспективі, правильне розуміння того, як люди відчують психіатричні симптоми може виникнути лише в рамках відповідного культурного контексту (Horwitz, 1999).

Окрім того, що соціокультурні чинники впливають на характеристики депресивного розладу, його бачення та сприйняття індивідами, депресія часто розглядається як продукт існування індивіда у його соціумі як такому. Однією з передумов ментальних захворювань та зокрема депресивного розладу вважається соціальна стратифікація та соціальна нерівність. Ці структури - бідність, сегрегація та ізоляція, упередження та стигма, і структури з обмеженими можливостями визначають наявність доступу індивіда до таких ресурсів як влада, автономія та статус (McLeod & Nonnemaker, 1999). Тобто, такі соціодемографічні чинники як вік, стать, сімейний стан, освіта та рівень доходу визначаються як важливі фактори, що пояснюють варіативність поширеності депресії (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007). Стратифікаційні процеси по-різному впливають на ймовірність, з якою люди стикаються негативними соціальними порівняннями, а отже – зі стресом. Теорії соціального стресу розглядають способи, в яких соціально структурований досвід стосується ризику стресу і як цей стрес у свою чергу зменшує психічне здоров'я. Маклеод та Нонмейкер зазначають, що індивіди з нижчими статусними позиціями виявляються більш вразливими до наслідків життєвих подій, тому що вони мають менший доступ до матеріальних та міжособистісних ресурсів, які можна використовувати для подолання проблем, або через те, що їх внутрішньопсихічні стратегії є менш



ефективними (1999). Дослідники також зазначають, що більша відповідність диференціальної вразливості для подій спостерігається за всіма основними характеристиками статусу, включаючи стать, расу та соціальний клас. У своїй роботі, Маклеод та Нонмейкер виділили дві основні традиції, які лежать в основі дослідження соціальної стратифікації та психічного здоров'я (McLeod & Nonnemaker, 1999). Перша, заснована на теорії стресу, наголошує на відмінностях в об'єктивних життєвих обставинах, оскільки вони пояснюють, чому члени нижчого статусу відчують більше проблем з психічним здоров'ям, ніж члени груп вищого статусу. Тобто, відмінності у ресурсах, владі, які існують у системах соціальної стратифікації. Друга, традиція, заснована на теоріях соціальної оцінки, підкреслює суб'єктивні сприйняття як опосередковані наслідки стратифікації на психічне здоров'я. Відносна позиція індивіда в соціальній ієрархії стає важливою для психічного здоров'я через його власні та чужі трактування значення його положення - сенс, який формується через вибір референтної групи, впливом на упередження та стигми та мірою, якою подібні до індивіда люди колективно протистоять негативним суспільним оцінкам.

Упередження як приклад впливу соціальної оцінки розглядає дослідниця Брюс (Bruce) (1999). У своїй роботі вона зазначає важливість ступеня готовності та здатності соціальних груп для надання доступної та ефективної допомоги особам з психічними захворюваннями. Ступінь варіюється залежно від низки соціальних факторів, включаючи особливості групи, особливості людини з розладом, видами лікування та особливостями лікування самого розладу (Bruce, 1999). Молоді люди з депресивним розладом мають більше шансів бути вилікованими, аніж люди старшого віку, оскільки суспільство вважає депресію очікуваним та нормальним наслідком старіння. Марта Брюс (Bruce) зазначає, що суспільство поділяє стереотипи, що депресивні симптоми є нормальною реакцією на стреси та втрати, пов'язані зі старінням, або низьким соціально-економічним статусом (1999). Таким чином, літні та бідні люди можуть бути не продіагностовані, оскільки їх симптоматика не вважається проблематичною через наявність соціальних упереджень.

Стигма як суб'єктивне стереотипізоване сприйняття суспільством людей, які страждають на депресивні розлади, а також її наслідки, була широко досліджена у західній соціології. Загалом, саме явище стереотипізації не обов'язково є негативним, але воно завжди є вузьким та неточним, оскільки ігнорує індивідуальну відмінність у соціальних групах. Стереотипізація допомагає соціальному актору взаємодіяти у соціумі, оскільки він вже наперед знає, що очікувати від преставника або представниці тієї чи іншої соціальної групи. Однак, як зазначають Анна Роджерс та Девід Пілгрім, перехід від стереотипізації до стигматизації включає у себе збільшення негативної упередженості у соціальній типізації, маркування (Rogers & Pilgrim, 2005). Стигматизовані індивіди відділяються від суспільства, та маркуються як «небажані», що сприяє збільшенню соціальної дистанції, між тими, хто стигматизує і тими, хто стає стигматизованим. Негативні стереотипи, що лежать в основі стигматизації людей з психічними розладами містять три повторювані елементи: незрозумілість поведінки; відсутність соціальної компетенції та тенденція до насильства. Зрештою, дослідники зазначають, що хоча саме маркування людини як психічно хворої може не спричиняти психічне захворювання, його застосування має значний вплив на індивідів, як у сфері зайнятості, так і у соціальних відносинах та психічному здоров'ї (Pescosolido, McLeod, & Avison, 2007).

Важливість стигми у житті людини з ментальним розладом, а зокрема – з депресією, зазначала низка дослідників. Лінк та його колеги у рамках свого дослідження вивчали вплив стигми на самооцінку індивідів з ментальними захворюваннями (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001). Результати цього дослідження виявили сильний зв'язок між стигмою та самооцінкою людей, які страждають на ментальні розлади та продемонстрували, що стигма є критично важливою для галузі охорони здоров'я та подальших досліджень ментальних захворювань.

Окрім негативного впливу стигматизації на самооцінку людей, дослідження Пайна та його колег довели зв'язок між сприйнятою стигмою,

лікуванням депресії та її тяжкістю (Pune, et al., 2004). Результати дослідження говорять про те, що серед пацієнтів, які знаходяться на лікуванні депресії, більший ступінь тяжкості захворювання є сильним предиктором засвоєної стигми. Згідно з результатами цього дослідження, сприйнята стигма може діяти як бар'єр для отримання лікування від депресивного розладу саме серед тих, хто найбільше його потребує (Крупа & Мальцева, 2019).

Одним з результатів стигматизації індивіда з боку його соціального оточення є самостигматизація. Цей феномен розглядається Чуторою як реакція на стигматизацію суспільством, а також як результат засвоєння індивідом нав'язаних йому стереотипних ролей (2012). Згідно з Чуторою, самостигматизація являється сукупністю реакцій пацієнта на прояви захворювання та на власний статус психічно хворого у суспільстві (2012). Деякі дослідники зазначають парадокс самостигматизації індивіда (Corrigan & Watson, 2002). Результати цього дослідження висвітлюють, що залежно від ситуації, особи з психічними захворюваннями можуть відповідати на стигму низькою самооцінкою та зменшенням самоефективності, справедливим гнівом чи байдужістю. Згідно з даними Коріган та Ватсон, парадокс заключається у тому, що та частина індивідів, яка тісно асоціює себе з групою психічно хворих, реагує на стигму гнівом та обуренням. А також мотивацією до покращення себе, замість зменшення самооцінки (2002). В кінці кінців, справедливий гнів цієї групи осіб як відповідь на упередження та маркування мотивує індивідів активніше лікуватися.

#### **1.4. Студентство та депресивний розлад**

На даний момент, депресія є критично важливою проблемою серед молоді. Більше того, ця вікова група має більший рівень стресу та психопатології, ніж будь-коли в історії (Henriques, 2014). Тривожна тенденція до високої поширеності ментальних розладів та зокрема депресії серед студентів університетів висвітлюється у низці досліджень. Одним з прикладів можуть

служувати результати дослідження Ібрагіма та його колег, які підтверджують, що студенти відчують істотно вищий рівень депресії у порівнянні з загальним населенням (2013). Не зважаючи на той факт, що особи, які отримують вищу освіту, найчастіше вважаються більш соціально та економічно привілейованою категорією, показники свідчать про те, що саме серед студентів є підвищений ризик депресії у порівнянні із звичайним населенням (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013).

Про помітне підвищення рівня депресивних розладів серед студентства активно повідомляють кампуси університетів та національні статистичні бази. Наприклад, про стрімке збільшення чисельності звернень по психологічну допомогу на кампусі Бостонського університету зазначає статистика, опублікована у статті “A Growing Challenge” на університетському веб-сайті. За статистикою Бостонського університету, кількість студентів, які звернулися по невідкладну ментальну допомогу, за один рік зросла на 40% (Brown, 2016). Цю тенденцію також підтверджує річний звіт університету Пен Стейт (Center for Collegiate Mental Health), який зазначає, що тривога і депресія – найпоширеніші ментальні розлади, які викликають занепокоєння, оскільки майже кожен п’ятий студент університету страждає на депресію або тривожність. Окрім того, це єдині з низки психічних проблем, які продемонстрували чітку тенденцію до зростання кількості випадків за останні 4 роки. За даними Щорічного опитування директорів консультаційних центрів асоціації університетів та коледжів (The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey), тривожність та депресія є основними переважаючими показниками (47,3% та 40,1% та відсотки відповідно), які, до того ж, продовжують рости серед студентства університетів та коледжів. Крім того, це дослідження виявило, що 73,1% директорів консультаційних центрів повідомили про зростання ступеня тяжкості проблем психічного здоров’я студентів та пов’язаної з ними поведінки на їхніх кампусах (Reetz, Krylowicz, Bershad, Lawrence, & Mistler, 2015).

Депресія є важливою проблемою не тільки через перманентне зростання кількості студентів, які на неї страждають, але і через ті потенційні негативні

наслідки, які депресивний розлад може мати. Одним з подібних потенційних наслідків є низька академічна успішність серед студентів з депресивним розладом. На користь цього аргументу свідчать результати дослідження впливу депресії на академічну продуктивність студентів університету, які виявили значний зв'язок між депресивним розладом та успішністю у навчанні (Hysenbegasi, Nass, & Rowland, 2005). Як зазначають результати дослідження, депресія асоціюється зі зниженням середнього балу студентів на 0,49 пунктів, це приблизно дорівнює половині оцінки літерою (Наприклад, А за стобальною шкалою). Стептоу та колеги у своєму дослідженні також підтверджують вищенаведену інформацію та зазначають, що депресивні симптоми впливають на успішність у навчанні, вони також пов'язані зі шкідливою для здоров'я поведінкою, і крайніх випадках можуть сприяти самогубству (Steptoe, Tsuda, Tanaka, & Wardle, 2007).

### **1.5. Обізнаність студентства про депресію**

Ентоні Джорм дає таке визначення обізнаності про ментальні захворювання: *«обізнаність про ментальні захворювання складається з декількох компонентів: здатність впізнавати особливі специфічні розлади або різні типи психічного захворювання; знання про причини виникнення та фактори ризику; знання про те, як можна допомогти собі; знання про можливу професійну допомогу; ставлення, яке сприяє визнанню проблеми та пошуку потрібної допомоги; знання про те, як саме треба шукати інформацію про ментальне здоров'я»* (Jorm, 2000, p. 396).

Можливі недоліки та переваги використання психіатричних термінів (психіатричного маркування) у суспільстві протягом десятиліть викликають суперечливі твердження (Wright, Jorm, Harris & McGorry, 2007). З одного боку, зазначалося, що маркування створює очікування девіантної поведінки від індивіда, яке в кінці-кінців справджується. З іншого боку, раннє визнання психічного порушення (яке може вимагати маркування як психічний розлад) та

початок лікування може зменшити тягар хвороби, яка пов'язана психічними розладами.

Незважаючи на те, що раннє лікування психічного розладу має значні переваги, саме відсутність обізнаності про ментальний розлад, а також вмінь його розпізнавати, заважає вчасному зверненню до лікарів. Дослідження Гуллівер, Гріффітс та Крістенсен, яке займалося визначенням бар'єрів для звернення по допомогу у молодих людей, підтверджує попередню тезу (2010). Згідно з даними цього дослідження, бар'єром для звернення по допомогу в молодих людей слугують проблеми з розпізнаннями симптомів, упередження та стигма, відсутність довіри до ресурсу допомоги, та бажання самотійно впоратися з проблемою. (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Отже, відсутність достатнього рівня обізнаності про ментальні розлади є перешкодою для вчасного отримання лікування.

Низка досліджень вивчала рівень обізнаності серед студентів у різних країнах світу. Треба зазначити, що усі роботи зазначали актуальність збільшення обізнаності про депресію та засоби її лікування серед студентства та молоді.

Однією з найбільш відомих та цитованих робіт з тематики обізнаності про ментальні захворювання є дослідження Ентоні Джорма та колег під назвою "Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment" (Jorm, et al. 1997). У рамках дослідження, респондентам зачитувалася він'єтка, яка описувала або особу з депресією, або – з шизофренією. Після чого респондентам ставили ряд питань, про те, що відбувається з описаною особою, як можна їй допомогти, до кого можна звернутися та якими засобами лікувати. Як зазначають автори, результати дослідження продемонстрували, що хоча 72% респондентів зазначили наявність ментального розладу у особи, яка була описана у він'єтці про депресію, все ж лише 39% із загальної кількості респондентів змогли правильно визначити депресію (Jorm, et al. 1997). Для він'єтки з депресією найбільш частою рекомендацією респондентів щодо питання «до кого можна звернутися» було: "звернутися до лікаря" (44%), потім "звернутися до консультанта" (23%), а також

"відкрито поговорити з родиною або друзями" (20%). У той же час, (8%) респондентів порекомендували психіатра, тоді як відповіли (5%) "не знаю" (Jorm, et al. 1997). Як зазначають дослідники, серед опитаних респондентів, впізнання ментального розладу у віньєтці було високим, водночас лише меншість змогла правильно визначити психіатричне маркування (label) захворювання у віньєтці (Jorm, et al. 1997). У своїх результатах дослідження, автори зазначають важливість підвищення рівня обізнаності про ментальні розлади серед населення, а також акцентують увагу на тому, що відповіді респондентів значним чином відрізнялися від позицій лікарів та фахівців з психічного здоров'я. За словами авторів, подібні відмінності можуть призвести до небажання звертатися по допомогу фахівців з психічного здоров'я, а також до недотримання порад лікарів (Jorm, et al. 1997).

У дослідженні обізнаності студентів бакалаврату про депресивний розлад на Шрі-Ланці зазначається, що лише 17.4 % опитаних змогли правильно впізнати депресію (Amarasuriya, Jorm, & Reavley, 2015). При цьому, багато студентів висловлювали наміри шукати неформальну допомогу, наприклад, звертатися до друзів і батьків, ніж до професіоналів, таких як психіатри та консультанти. Однак, більшість все ж визначала психіатрів та консультантів як корисних. Також цікаво зазначити, що деякі респонденти також вказували використання релігійних стратегій для боротьби з депресією як корисні.

У дослідженні обізнаності про депресивний розлад серед португальської молоді зазначається, що тільки 27,2% з опитаних змогли впізнати депресивний розлад (Loureiro, et al., 2013). У запитанні про потенційну корисність допомоги різних людей, більшість учасників вважають фахівців з психічного здоров'я, родину та друзів корисними. Однак викладачі, соціальні працівники та служби довіри рідше визначалися як корисні. Що стосується ліків, вітаміни отримували більше позитиву реакцію, ніж психотропні препарати. Однак, треба зазначити, що споживання алкоголю та тютюну розглядалися як шкідливі. На запитання про стратегії надання першої допомоги психічному здоров'ю учасники підтримали

цінність слухання людині у віньєтці та консультуючи професійну допомогу, але деякі корисні стратегії були зазвичай також схвалено.

Результати дослідження обізнаності про депресію та звернень по допомогу серед африкансько-американських студентів коледжу продемонстрували, що 38 з 54 респондентів правильно визначили депресію у віньєтці (Stansbury, Martin, Wimsatt, Nelson, & Simpson, 2011). Ті п'ять респондентів, які не визначили депресію, пояснювали симптоми у віньєтці як проблеми з ментальним здоров'ям або особистісні причини. З усіх опитаних осіб 41% повідомили, що професійна підтримка від лікаря, психолога чи консультанта є найкращою для лікування депресивного розладу. Додаткові 23% вважали потрібною неформальну підтримку (наприклад, друг, сім'я) у поєднанні з професійною підтримкою, тоді як 6% вважав, що неформальна підтримка може допомогти найкращим чином. Нарешті, 29% вказали, що описана у віньєтці особа потребує "з кимось поговорити", але не визначили неофіційну чи формальну особу.

З огляду на вищенаведені дані, можна зробити висновок, що відсоток респондентів, які впізнали у віньєтці депресивний розлад значно відрізняється у різних дослідженнях. Цей факт можна пояснити як різними національно-, культурно- та соціально-демографічними характеристиками респондентів – оскільки дослідження проводилися у різних країнах, так і різними характеристиками методології, інструментарію та масштабу самих досліджень. Саме тому, формування гіпотези  $H_1$  про кількість респондентів нинішнього дослідження, які правильно визначають у віньєтці депресивний розлад, виявилось доволі складним. Однак, було вирішено у припущенні про відсоток правильного визначення депресії керуватися результатами дослідження Ентоні Джорма та колег (Jorm, et al. 1997), оскільки це одне з основних та найбільш цитованих досліджень у напрямі обізнаності про психічні розлади. Гіпотеза  $H_1$  була сформульована таким чином: *Більшість респондентів не впізнають депресію у віньєтці. У даному випадку мається на увазі, що більше 50% респондентів не зможуть визначити симптоми, описані у віньєтці як симптоми, властиві депресії.* Гіпотеза  $H_2$ , у свою чергу, випливає з тієї позиції, що респондент, який має



достатню обізнаність для того, аби правильно визначити депресію у віньєтці, матиме і достатню кількість знань про корисні та шкідливі заходи, які можна вжити для лікування описаної у віньєтці особи. Н<sub>2</sub>: *Існує зв'язок між правильним визначенням депресії у віньєтці та вибором корисних/ не вибором шкідливих рекомендацій щодо лікування особи, описаної у віньєтці.*

### **1.6. Характеристики, які пов'язані з обізнаністю про депресію**

Як вже висвітлювалося у попередніх підрозділах, соціологія ментальних захворювань дає можливість з'ясувати, у якій мірі депресія є продуктом існування індивіда у тому чи іншому виді громадянського суспільства. Однак, треба зазначити, що окрім соціальних умов формування самого розладу, соціально-демографічні параметри індивіда також відіграють значний вплив на його обізнаність про депресивний розлад, на наявність або відсутність упереджень та стереотипів, а також на уявлення про те, яким чином цей розлад потрібно лікувати. Саме тому, окрім загального рівня обізнаності про депресію та засоби її лікування, важливим є розуміння соціально-демографічних характеристик індивідів, оскільки вони можуть прямо або опосередковано визначати їх рівень обізнаності. Іншими словами, задля того, аби зрозуміти природу тих чи інших знань (або їх відсутності) про депресивний розлад та його лікування, потрібно звернути увагу на характеристики опитаних індивідів.

Важливою соціально-демографічною характеристикою, яка у значній мірі визначає обізнаність про депресію, сприйняття самого розладу та уявлення про те, яким чином його лікувати є гендер. Як зазначається у дослідженні «Influence of gender on mental health literacy in young Australians», гендер є одним із факторів, які можуть впливати на обізнаність про психічне здоров'я, оскільки загалом між жінками та чоловіками наявна різниця щодо сприйняття та усвідомлення хвороб (Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006). Як стверджують дослідники, жінки мають більш дифузний погляд на хвороби і, як правило, більше усвідомлюють симптоми, ніж чоловіки. У той же час, чоловіки, як правило, не обізнані про власні проблеми зі здоров'ям і більш ймовірно,

затягуватимуть звернення за допомогою (Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006). Крім того, як зазначають Коттон та колеги, гендерні (статеві) відмінності наявні і в стигматизації психічних захворювань. Саме тому, дослідниками було висунуто гіпотезу, що чоловіки та жінки відрізняються своїми знаннями та переконаннями про психічні захворювання (2006). Гіпотеза була підтверджена результатами дослідження - жінки-респондентки значно частіше вірно розпізнавали депресію, ніж чоловіки ( $\chi^2 (1) = 41.15, p < 0.001$ ). Крім того, були виявлені і відмінності у рекомендаціях щодо лікування розладу: жінки значно частіше стверджували, що вітаміни, мінерали та рослинні засоби можуть бути корисні для лікування депресії ( $\chi^2 (1) = 7.99, p = 0.005$ ), тоді як, чоловіки вважали снодійні препарати та тракнвілізатори більш корисними ( $\chi^2 (1) = 4.23, p = 0.040$  та  $\chi^2 (1) = 5.87, p = 0.015$ ) відповідно (Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006). Ще однією важливою знахідкою авторів було те, що чоловіки значущо частіше за жінок вважали алкогольні напої корисними задля боротьби із симптомами депресії ( $\chi^2 (1) = 9.67, p = 0.002$ ) (2006).

У дослідженні Свамі «Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample» була розглянута здатність респондентів та респонденток правильно визначити депресію у віньєтці, а також були зібрані та проаналізовані ставлення респондентів та респонденток до пошуку психологічної допомоги, психіатричного скептицизму та антинаукових поглядів (Swami, 2012). Результати також підтвердили попередні тези про гендерні відмінності у обізнаності про ментальні захворювання (зокрема депресію). Крім цього, важливо звернути увагу на те, що дослідницею була виявлена різниця не тільки в здатності респондентів та респонденток у впізнанні в описаній віньєтці людину з психічним розладом, але і в самій різниці сприйнятті людей у віньєтках (Swami, 2012). Зокрема, респонденти вказували на те, що у віньєтці, у якій був описаний чоловік, він не страждав від розладу порівняно з віньєткою, у якій була описана жінка (Swami, 2012). Також, як стверджує авторка, чоловіки частіше, ніж жінки, вказували на те, чоловік, описаний у віньєтці, не страждав від розладу психічного здоров'я.

Результати дослідження також продемонстрували, що респонденти - особливо чоловіки, оцінювали віньєтку, у якій була описана жінка, як більш важкий випадок, яка важко піддається лікуванню, і заслуговує на співчуття, у порівнянні з віньєткою, у якій був зображений чоловік (Swami, 2012). Як зазначає дослідниця, результати її роботи підтверджують тезу про те, що домінантні у суспільстві гендерні ролі впливають на формування ставлень чоловіків та жінок до психічного здоров'я. Авторка робить висновок, що важливим є перехід від загального дослідження обізнаності людей про психічні захворювання (і зокрема депресію) до концентрації аналізу на індивідуальних відмінностях осіб задля ширшого розуміння нагальної ситуації з обізнаністю про депресивний розлад та її причин.

Саме на основі попередньо описаних досліджень про гендерні відмінності в обізнаності про депресивний розлад, була сформована гіпотеза *H<sub>3</sub> про наявність відмінностей серед респондентів різних статей: у впізнанні депресії у віньєтці; у рекомендаціях щодо лікування особи, описаної у віньєтці; а також щодо позицій про те, чи винна особа, описана у віньєтці, у своєму стані.* Остання теза про вину індивіда у своєму стані пов'язана з припущенням про зв'язок токсичної маскулінності та властивим їй уявленням про захворювання як слабкості та провину того, хто хворіє. Подібну ситуацію описують автори дослідження «Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample», результати якого продемонструвати, що чоловіки мають вищий рівень стигми у порівнянні з жінками, а також у чоловіків був виявлений статистично значущий взаємозв'язок з позицією, що слабкість характеру є фактором, який спричиняє депресію (Wang, Fick, Adair, & Lai, 2007).

Однак, крім соціально-демографічних факторів, які можуть впливати на обізнаність про депресію, існують також соціально-психологічні характеристики, чий зв'язок із обізнаністю про депресивний розлад також може виявитися значущим. Так, у своєму дослідженні «Empathy and Mental Health Literacy» Адріан Фернхем та Паула Шоквіст (Adrian Furnham, Paula Sjokvist) зробили припущення про те, що індивіди, які є більш емпатичними є також більш

обізнаними у ментальних розладах (Furnham & Sjkqvist, 2017). У своїй роботі автори зазначають, що низка дослідників розглядали емпатію та співпереживання важливими компонентами обізнаності про психічні розлади, а також пов'язували їх із більш позитивним ставленням до тих, хто на них страждає (Furnham & Sjkqvist, 2017). Результати дослідження підтвердили зв'язок між трьома з чотирьох субшкалами емпатії та обізнаністю про психічні розлади. Як стверджують автори, результати кореляційного та регресійного аналізів дослідження свідчать про те, що люди, які є більш емпатичними, демонструють кращі показники обізнаності про ментальні захворювання.

Відповідно до описаних вище результатів дослідження важливості емпатії для обізнаності про психічні розлади була сформована гіпотеза H<sub>5</sub> цієї роботи. Основна ідея цієї гіпотези заключається у взаємозв'язку емпатії з обізнаністю про депресію, а відповідно і з обізнаністю про те, яким чином потрібно лікувати індивіда з депресивним розладом. H<sub>5</sub>: *існує зв'язок між суб'єктивною емпатією респондентів та рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєті.*

### **1.7. Підсумки опрацьованих теоретичних та емпіричних матеріалів розділу**

Депресія – психічний розлад, який характеризується періодом щонайменше двох тижнів, протягом якого в індивіда спостерігається пригнічений настрій або втрата інтересу чи задоволення до майже всіх видів діяльності. Симптомами депресивного розладу є: зміни ваги або апетиту; зміни сну; зміни психомоторної діяльності; зниження енергії; почуття власної нікчемності чи провини; ускладнення мислення, концентрації чи прийняття рішень та періодичні суїцидальні думки, плани чи спроби самогубства. За даними ВООЗ, депресія є наслідком комплексної взаємодії соціальних, психологічних та біологічних факторів.

У соціологічній дисципліні ментальні розлади були широко розглянуті у рамках чотирьох масштабних перспектив, які відрізнялися одна від одної як часовими рамками існування, так і основними підходами до вивчення соціології

ментальних захворювань. Це перспективи: соціальної причинності, критичної теорії, соціального конструктивізму та соціального реалізму. І хоча кожна з перспектив була більш відома та поширена в конкретний період часу, ці чотири напрямки вивчення ментальних захворювань треба розглядати скоріше як нерівномірні нашарування знань, міждисциплінарних зв'язків та професійних сфер, які співіснували та, до певної міри, доповнювали один одного.

При розгляді депресивного розладу з позиції соціологічної дисципліни, низка авторів у своїх роботах підкреслювала фундаментальне значення соціальних процесів та механізмів для розуміння як причин розладу, так і його наслідків. Ряд робіт, присвячений соціології депресії з різних позицій та точок зору висвітлюють у якій мірі депресія є продуктом існування індивіда у тому чи іншому виді економічного, політичного та громадянського суспільства.

Джордж Браун та Тірріл Харріс у дослідженні депресивного розладу у жінок виявили, що ефективне етіологічне дослідження депресії має у собі містити як соціологічне, так і біологічне джерела знань, а також враховувати унікальний життєвий досвід людини (Brown & Harris, 1978). Це дослідження стало своєрідним базисом для продовження розгляду депресії у рамках її соціального контексту. У своїй роботі “The Sociological Study of Mental Illness” Хорвітц розглядає депресію з позиції соціальної психології (sociological psychology) та стверджує, що культурні контексти принципово формують типи психічного розладу, який люди відчують і проявляють (Horwitz, 1999). Крім того, автор зазначає, що навіть описи симптоматики депресивного розладу значним чином відрізняються в різних культурах. У той же час, робота Маклеод та Нонмейкер пропонує перенести акцент на чинники соціальної стратифікації та нерівності (такі як стать, раса та соціальний клас) задля розуміння передумов формування депресивного розладу (McLeod & Nonnemaker, 1999). Крім того, ряд дослідників розглядає упередження та різні типи стигми як значущі чинники, які відіграють свою роль як у самому протіканні депресивного розладу, так і результативності його лікування. (Bruce, 1999; Rogers & Pilgrim, 2005; Pyne, et al., 2004).

Розглядаючи депресивний розлад серед студентства, важливо зазначити, що студенти відчують істотно вищий рівень депресії у порівнянні з загальним населенням (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013). Крім того, останнім часом про помітне підвищення поширеності депресивного розладу серед студентів повідомляють кампуси різних університетів та статистичні бази. Однак, депресія є важливою проблемою не тільки через перманентне зростання кількості захворювань та важкості їх протікання, але і через її потенційні негативні наслідки для навчального процесу, оскільки низка досліджень виявила, що цей розлад асоціюється із падінням продуктивності та помітним зниженням середнього балу, а відповідно – і загальної успішності студентів у навчанні.

Не зважаючи на постійне збільшення кількості студентів, які страждають на депресивний розлад, значний відсоток з них не звертаються за допомогою, тим самим сприяючи погіршенню власного стану. Одним з бар'єрів для звернення по допомогу та лікування депресії є відсутність обізнаності про це захворювання (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Була проаналізована низка робіт, які досліджували обізнаність про депресію серед молоді та студентства у різних країнах. Важливо зазначити, що усі дослідження виявляли недостатній рівень поінформованості про депресивний розлад та засоби його лікування серед опитаних респондентів. Крім того, респонденти різних країн зазначали різні рекомендації щодо лікування депресивного розладу як більш дієві. Цей факт можна пояснити як різними національно-, культурно- та соціально-демографічними характеристиками респондентів, так і різними характеристиками методології, інструментарію та масштабу самих досліджень.

Також треба зазначити, що соціально-демографічні параметри індивіда відіграють значний вплив на його обізнаність про депресивний розлад. Саме тому, з метою глибшого розуміння природи знань (або їх відсутності) про це захворювання, потрібно більш детально розглянути характеристики респондентів. Важливою соціально-демографічною характеристикою, яка у значній мірі визначає обізнаність про депресію є гендер. Дослідження, які

зосереджувалися на вивченні зв'язку гендеру та обізнаності психічне здоров'я (та депресію зокрема) зазначали наявність різниці у обізнаності чоловіків та жінок, а також у рекомендаціях щодо лікування психічних розладів (Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006). Крім того, була помічена різниця і в сприйнятті респондентами людей, описаних у віньєтках залежно від гендеру. Зокрема, респонденти вказували на те, що у віньєтці, у якій був описаний чоловік, він не страждав від розладу порівняно з віньєткою, у якій була описана жінка (Swami, 2012).

Окрім соціально-демографічних факторів, важливими для розуміння причин обізнаності про депресивний розлад є соціально-психологічні характеристики. Про це свідчить дослідження Адріана Фернхема та Паули Шоквіст, які вивчали вплив емпатії на обізнаність про депресивний розлад та засоби його лікування. Результати цього дослідження продемонстрували, що люди, які є більш емпатичними, демонструють кращі показники обізнаності про ментальні захворювання.

## **РОЗДІЛ 2. ЗНАННЯ СТУДЕНТІВ НАУКМА ПРО ДЕПРЕСІЮ ТА СПОСОБИ ЇЇ ЛІКУВАННЯ**

### **2.1. Результати попереднього якісного дослідження**

Нинішньому дослідженню передують якісне дослідження обізнаності студентства НаУКМА про депресивний розлад, яке було проведене авторкою осінню 2018 – весною 2019 років у рамках написання курсової роботи. Відповідно, ця робота є логічним продовженням і вона засновується на результатах попереднього якісного дослідження. Зважаючи на це, доцільним буде висвітлити його основні результати та знахідки, оскільки воно дає змогу більш широко досягнути ступінь опрацьованості теми.

Якісне дослідження мало на меті з'ясувати, що студенти НаУКМА знають про депресію та їх ставлення до хворих на неї людей. З метою отримання даних було використано метод напівструктурованих глибинних інтерв'ю. Цей метод був застосований з огляду на сензитивність теми, оскільки були опитані як респонденти, які не переживали депресивні розлади, так і студенти, які цей досвід мали. Було проведено 10 глибинних напівструктурованих інтерв'ю зі студентами НаУКМА. З метою отримання якомога більш різноманітної інформації, для інтерв'ю було обрано студентів та студенток НаУКМА різного віку (18-21), різного року навчання (1- 5 роки), а також з різних факультетів та спеціальностей.

Не враховуючи соціально-демографічну інформацію, гайд інтерв'ю складався з трьох блоків. Перший блок був присвячений загальній обізнаності респондента про депресію. Другий блок - власному досвіду депресії та депресивних розладів. Третій блок гайду інтерв'ю був присвячений соціальній дистанції та загальним асоціаціям респондентів про депресію та людей, які на неї страждають.

Відповіді респондентів на питання щодо загальної обізнаності про депресію продемонстрували полярність думок. По-перше, респонденти вкладали різне значення у термін «депресія». По-друге, цьому терміну надавалося



відмінне емоційне навантаження, судячи з якого, з самого початку інтерв'ю можна було передбачити загальний настрій респондента щодо самого захворювання та людей, які на нього страждають. Підсумовуючи, можна зробити висновок, що респонденти демонстрували знання у розумінні загальних та найбільш відомих симптомів депресії. Однак, траплялися випадки, коли респондент не визнавав депресію як захворювання взагалі, чи сприймав його викривлено - як синонім до слова «сум». Ті студенти, які мали досвід депресії, описували відмінні, особливі симптоми та зазначали важливість фахової допомоги. У той же час, навіть ті респонденти, які вочевидь не вважали депресію серйозним захворюванням, все одно стверджували, що вона може призвести до суїциду. Також важливо зазначити, що респонденти чоловічої статі демонстрували більш негативне та засуджуваче ставлення до людей, які страждають на депресію та до захворювання загалом. Один респондент зазначав, що депресія є вигаданою і цим словом люди описують свій сумний стан та виправдовують свою бездіяльність. Інший респондент виявляв своє негативне ставлення до людей, які страждають на депресію, пояснюючи, що індивід з таким діагнозом слабкий та не має сили волі, оскільки не може взяти себе в руки та вилікуватися, а відповідно, з ним буде неприємно взаємодіяти.

Крім того, треба зазначити важливість реакції батьків на депресію їх дітей. Одна респондентка, яка переживала депресію, зазначала, що її батьки ігнорували проблему та сприймали її як щось надумане та несерйозне, відповідно – не варте лікування. Водночас, батьки іншої респондентки сприймали депресію як страшне психічне захворювання, і відмовлялися визнавати його наявність у власної дитини. У даному випадку недостатня поінформованість та упередженість батьків респондентки щодо жахливості депресії заважала допомозі та підтримці їх доньки у одужанні. Також респонденти зазначали, що не хотіли розповідати про власний стан своєму оточенню через страх осуду чи нерозуміння, відповідно, можна зробити висновок, що ці респонденти мали досвід самостигматизації себе.

Як і інші відповіді респондентів, їх ставлення до людей з депресією різнилося. Були висловлені погляди про те, що людина, яка не може вийти з депресії – слабка, бо вона не спроможна просто взяти себе в руки. З цих причин вона не варта уваги та спілкування. У той час, як один респондент вважав депресію слабкістю, котру треба самому перебороти і не вдаватися до скарг, оскільки у іншому випадку людина ні на що не здатна, другий респондент зазначав важливість допомоги. Були озвучені як думки про бажання спілкуватися з людиною, яка має депресією, так і ставлення до такої комунікації як до деструктивної. З огляду на такі результати, можна зробити висновок про полярність думок та наявність різної інформації у студентів. Інколи можна було помітити елементи романтизації образу людини, яка страждає на депресію, оскільки респонденти висловлювали уявлення про таких індивідів як про більш глибоких людей, які відмінно від інших дивляться на світ.

Підсумовуючи проведене дослідження, треба зазначити, що було виявлено недостатній рівень обізнаності респондентів про депресію. Про це свідчила відсутність сприйняття депресії як психічного захворювання, яке вимагає лікування у спеціаліста. Натомість деякі респонденти вважали депресію синонімом суму та поганого настрою, демонструючи загальну тенденцію суспільства до неправильного використання цього терміну. Також була виявлена недостатня обізнаність про причини цього психічного розладу, оскільки респонденти згадували лише зовнішні чинники у якості передумов, такі як: неохайна зовнішність, сумний вираз обличчя і тому подібні стереотипізовані характеристики. Респонденти вказували важливі елементи боротьби з депресією, однак, водночас продовжували звучати думки, про здатність індивіда вийти зі стану депресії самотужки, без зовнішньої допомоги. Ті респонденти, які мали власний досвід депресивного розладу, зазначали, що не хотіли ділитися своїм станом з навколишнім середовищем через страх, що ніхто не поставиться до їх самопочуття серйозно, буде насміхатися чи почне уникати та вважати дивним. Інтерв'ю також продемонструвало нагальність та важливість інформування батьків про серйозність депресії. Батьки ігнорували досвід та стан респондентів

з двох причин. По-перше, вони стигматизували людей з депресією і, як наслідок, не бажали уявляти свою дитину як таку, що має негативні якості, пов'язані зі стигмою. По-друге, родичі бачили проблему своєї дитини несерйозною та надуманою через те, що розділяли розповсюджений погляд на депресію як на синонім суму.

## **2.2. Концептуалізація та операціоналізація дослідницьких понять**

Дослідницькі гіпотези цієї роботи містять у собі перелік термінів та понять, які вимагають концептуалізації та операціоналізації з метою подальшого інтегрування їх у дослідницьку методологію. Цими поняттями є: *впізнання депресії у віньєтці/правильне визначення депресії, корисні та шкідливі рекомендації респондентів, рекомендація «впоратися самій», суб'єктивна емпатія.*

### **1) Впізнання депресії у віньєтці/правильне визначення депресії.**

У опитувальнику дослідження використовувалася віньєтка – короткий текст із описом людини, яка має характерні симптоми депресивного розладу. У даному випадку використовувалася така віньєтка:

*Марина - це 19-річна дівчина, яка останні кілька тижнів відчуває себе незвично сумно. Останнім часом вона відчуває постійну втому, порушився її звичайний ритм сну, а також змінилася її вага. Їй важко концентруватися та її оцінки помітно знизилися. Навіть повсякденні завдання здаються їй занадто складними, через що Марина відкладає прийняття навіть простих рішень. На це звернули увагу її батьки та друзі та дуже непокояться про неї.*

Після віньєтки, респондентам ставилося питання «На вашу думку, що відбувається з Мариною?», на яке можна було обрати декілька з переліку варіантів відповіді, або додати свій: з нею не відбувається нічого поганого; у неї проблеми; психічна хвороба; депресія; стрес; нервовий розлад; психологічні / психічні / емоційні проблеми; анорексія; алкоголізм; шизофренія; вікова криза; зловживання наркотичними речовинами; я не знаю; інше (впишіть свій варіант). Відповідно, **правильним визначенням депресії або впізнанням депресії у**

**віньєтці** вважалися варіанти відповіді у яких респондент або респондентка обирав/обирала депресію окремо або в поєднанні з одним з наступних варіантів: має проблеми, психічні захворювання, стрес, психологічні / психічні / емоційні проблеми.

## **2) Корисні та шкідливі рекомендації респондентів.**

У опитувальнику дослідження міститься блок питань С, у якому респондентів просять оцінити по чотирибальній шкалі чи порекомендували б вони Марині (дівчині, описаній у віньєтці) звернутися по допомогу до різних людей, вжити медичні препарати та різні заходи. Відповідні питання сформульовані так:

*С1: Є різні люди та медичні працівники, до яких може звернутися Марина. Оцініть від 1 до 4, до кого з них ви б порекомендували звернутися Марині? Де 1 – зовсім би не порекомендували, а 4 – точно б порекомендували.*

*С2: Є низка речовин та медичних препаратів, які можуть допомогти Марині. Оцініть від 1 до 4, які з зазначених нижче речовин ви б порекомендували Марині? Де 1 – зовсім не порекомендували б, а 4 – точно б порекомендували.*

*С3: Є різні заходи, які можуть допомогти Марині. Оцініть від 1 до 4, які з зазначених нижче заходів ви порекомендували Марині. Де 1 – зовсім не порекомендували б, а 4 – точно б порекомендували.*

У варіантах відповіді на питання блоку С, знаходилися як корисні, так і шкідливі рекомендації. Їх «корисність» або «шкідливість» засновується на рекомендаціях ВООЗ, щодо лікування депресії (ВООЗ: 75% людей, що страждають на глибоку депресію, не отримують адекватного лікування, 2017). Таким чином, шкідливими рекомендаціями вважаються наступні варіанти, які були перераховані в блоку С опитувальника: *вона може впоратися сама, без*

допомоги; випити алкоголю, щоб розслабитися; палити сигарети, щоб розслабитися; щоб інша людина запропонувала їй випити алкогольні напої, аби відволіктися від своїх проблем; не визнавати проблему, ігнорувати її, поки Марина не подолає її сама; Марина має бути постійно зайнятою, щоб не концентруватися на проблемі. Інші рекомендації, перераховані в блоці, є корисними або корисними та малодієвими – їх ефективність значним чином залежить від конкретної ситуації та особливостей конкретного індивіда.

### **3) Рекомендація «впоратися самій».**

Ідеться про питання С1 з опитувальника дослідження, тематикою якого є люди, до яких респонденти порадять звернутися Марині (дівчині, описаній у віньєтці) задля покращення її стану. Одним з підпунктів, який треба оцінити по шкалі від 1 до 4 (де 1 – зовсім би не порекомендували, а 4 – точно б порекомендували) є підпункт: «Вона може впоратися сама, без допомоги». Це питання було сконструйоване з метою виявлення респондентів, які вважають, що особа, описана у віньєтці, може впоратися самотужки, без допомоги.

### **4) Суб'єктивна емпатія.**

У своєму дослідженні, Фурнхем та Шоквіст занадають низку визначень цього терміну, засновуючись на формулюваннях інших дослідників (Furnham & Sjkqvist, 2017). Емпатію визначають як "реакцію однієї людини на спостереження переживань іншої" (Davis, 1983, as cited in Furnham & Sjkqvist, 2017). Емоційна емпатія визначається як емоційна реакція людини на сприйняття емоційного переживання інших (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004 as cited in Furnham & Sjkqvist, 2017), тоді як когнітивна емпатія – це процес уявлення про стан іншої людини шляхом ідентифікації і розуміння його почуттів та перспектив, у той же час підтримуючи об'єктивність своєї точки зору (Preston et al. 2007, as cited in Furnham & Sjkqvist, 2017).

У цьому дослідженні з метою концептуалізації поняття «емпатія» для респондентів було використано таке визначення: *емпат - людина, яка розуміє почуття та психічні стани інших та співпереживає їм.*

Суб'єктивність емпатії у дослідженні засновується на тому, що респондент сам оцінює свій рівень емпатії, відповідаючи на питання E12: *Чи назвали б ви себе емпатійною людиною? (Людиною, яка розуміє почуття та психічні стани інших та співпереживає їм)*. Варіанти відповіді на це питання представлені чотирибальною шкалою Лікерта (від 1 до 4), де 4 – так, 3 – швидше так, 2 – швидше ні, 1 – ні.

### 2.3. Загальна інформація про дослідження

Об'єктом цього дослідження виступає студентство НаУКМА 1-4 року навчання, а предметом – його обізнаність про депресивний розлад та його лікування. Дослідження проводилося у рамках кількісної парадигми. Емпіричні дані були зібрані за допомогою анкети, яка поширювалася серед студентів бакалаврату НаУКМА. Анкета була створена через сервіс Google Forms та розіслана студентам університету у соціальній мережі Telegram.

Основа опитувальника була сформована на базі адаптованої анкети Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy - QuALiSMental, яку використовували автори дослідження «Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth» (Loureiro, et al., 2013; Loureiro, 2015). Методологію цього дослідження було обрано оскільки опитування проводилося серед молодих людей, і, відповідно, сама анкета також була адаптована для їх опитування. З анкети цього дослідження були взяті, перекладені та адаптовані під потреби цього дослідження такі частини: *віньєтка з описом особи, яка має симптоми депресії; питання про впізнання (або не впізнання) депресії у віньєтці, питання про звернення до різних осіб, які можуть допомогти; питання про медикаменти та препарати, які можуть допомогти; питання про заходи, які можуть допомогти*. Сформований опитувальник складався з 5 блоків (А-Е) та 21 питання і включав в себе:

- Блок А – вступні питання
- Блок В – віньєтка про Марину та супутні питання
- Блок С – блок питань про те, яким чином можна допомогти Марині

- Блок D – власне знання та досвід психічних розладів
- Блок E – соціально-демографічний блок

Для більш детального ознайомлення з анкетною дитись Додаток А – Анкета.

## 2.4. Характеристика збору даних та вибірки

Збір даних відбувався з 1 по 3 травня 2020 року. Загалом було зібрано 207 відповідей, 5 з яких було відсіяно через неповні або викривлені відповіді, ще 10 відповідей становили студенти магістратури. З цих причин, остаточна генеральна сукупність дослідження, так само, як і вибірка (стихійна) становить 192 особи (з виключенням неповних відповідей та відповідей студентів 5-6 курсів). Основні соціально-демографічні характеристики вибірки зазначені у табл. 2.1. Для більш детального ознайомлення з розширеними характеристиками вибірки, ознайомтеся з табл. В.2.2 у Додатках.

Таблиця 2.1. Основні соціально-демографічні характеристики вибірки:

| Характеристика | Альтернатива | Частка, % |
|----------------|--------------|-----------|
| Стать (гендер) | Чоловік      | 22,4%     |
|                | Жінка        | 77,6%     |
| Факультет      | ФСНСТ        | 48,4%     |
|                | ФІ           | 18,2%     |
|                | ФЕН          | 16,1%     |
|                | ФГН          | 9,9%      |
|                | ФПрН         | 4,2%      |
|                | ФПвН         | 3,1%      |
| Рік навчання   | 1            | 27,1%     |
|                | 2            | 17,2%     |
|                | 3            | 29,2%     |
|                | 4            | 26,6%     |
| Форма навчання | Бюджет       | 74,5%     |
|                | Контракт     | 25,5%     |
| Стипендія      | Отримує      | 35,9%     |
|                | Не отримує   | 64,1%     |
| Середній бал   | 61-70 (D)    | 4,4%      |
|                | 71-80 (C)    | 23,1%     |
|                | 81-90 (B)    | 46,7%     |
|                | 91-100 (A)   | 25,8%     |

## 2.5. Тестування гіпотез дослідження

Аналіз зібраного емпіричного матеріалу відбувався за допомогою програми SPSS. Перевірка поставлених гіпотез була проведена завдяки таким методам аналізу: частоти (frequencies), таблиці сполучення (crosstabs) з використанням критеріїв  $\chi^2$  та V Крамера, кореляції з коефіцієнтами Спірмана та Кендала, а також побудова бінарної логістичної моделі регресії.

### 2.5.1. Відсоток респондентів, які впізнали депресію у віньєтці

Гіпотеза  $H_1$  стверджує, що більшість опитаних респондентів не впізнають депресію у віньєтці. Як було зазначено раніше, критерієм «впізнання» депресії вважався вибір респондентом або респонденткою одного з варіантів з переліку відповідей:

- *Відповідь «депресія»;*
- *Відповідь «депресія» одночасно з будь-якими відповідями з переліку варіантів: «має проблеми», «психічне захворювання», «стрес» + «психологічні / психічні / емоційні проблеми».*

Як можна побачити у таблиці 2.5.1.1., 62% респондентів не змогли впізнати депресивний розлад у віньєтці, 33,3% - впізнали, а 4,7% - обрали варіант «не знаю».

Таблиця 2.5.1.1. Відсоток респондентів, які впізнали/не впізнали депресію у віньєтці

|                    | Частота | Відсоток    | Валідний відсоток |
|--------------------|---------|-------------|-------------------|
| <b>Не впізнали</b> | 119     | <b>62,0</b> | 65,0              |
| <b>Впізнали</b>    | 64      | <b>33,3</b> | 35,0              |
| Загалом            | 183     | <b>95,3</b> | 100,0             |
| Не знаю            | 9       | <b>4,7</b>  |                   |
| Загалом            | 192     | 100,0       |                   |

Відповідно, гіпотеза  $H_1$  підтверджується – більшість опитаних респондентів (62%) дійсно не змогли впізнати депресивний розлад у віньєтці. Отриманий результат свідчить про низький рівень поінформованості студентів про депресію та її симптоматику.



### 2.5.2. Зв'язок між правильним визначенням депресії у віньєтці та вибором корисних/ не вибором шкідливих рекомендацій

Гіпотеза  $H_2$  стверджує, що існує зв'язок між правильним визначенням депресії у віньєтці та вибором корисних/ не вибором шкідливих рекомендацій щодо лікування особи, описаної у віньєтці. Ця гіпотеза була сформована дослідницею з метою виявлення зв'язку між обізнаністю про симптоматику депресії та обізнаністю про її лікування. Логічно припустити, що індивід, який розуміє симптоматику розладу і може його впізнати у описі, буде знати і про те, яким чином його потрібно лікувати. Відповідно – респонденти, які правильно визначили депресію будуть також обирати корисні рекомендації та не обирати шкідливі. Задля перевірки цієї гіпотези були використані таблиці сполучення (crosstabs).

Як можна побачити з табл. 2.5.2.1, 82,8% респондентів, які правильно ідентифікували депресивний розлад, обрали варіант «точно порекомендую», з тих респондентів, хто не зміг впізнати депресію у віньєтці цей відсоток нижчий – він становить 67,2%.

Таблиця 2.5.2.1. Crosstabulation змінних «ідентифікація депресії» та «психолог»

| Змінні «ідентифікація депресії»<br>та «психолог» | Чи порекомендуєте ви звернутися до психолога? |                           |                        |                       | Загалом |
|--|---|---------------------------|------------------------|-----------------------|---------|
|  | зовсім не<br>порекомендую                     | швидше не<br>порекомендую | швидше<br>порекомендую | точно<br>порекомендую |         |
| <b>Не впізнали</b>                               |   |                           |                        |                       |         |
| Кількість  | 3   | 1                         | 35                     | 80                    | 119     |
| %  | 2,5%  | 0,8%                      | 29,4%                  | 67,2%                 | 100,0%  |
| <b>Впізнали</b>                                  |   |                           |                        |                       |         |
| Кількість  | 2   | 3                         | 6                      | 53                    | 64      |
| %  | 3,1%  | 4,7%                      | 9,4%                   | 82,8%                 | 100,0%  |
| <b>Загалом</b>                                   |   |                           |                        |                       |         |
| Кількість  | 5   | 4                         | 41                     | 133                   | 183     |
| %  | 2,7%  | 2,2%                      | 22,4%                  | 72,7%                 | 100,0%  |

Як можна побачити у табл. В.2.5.2.2 та В.2.5.2.2, між змінною «ідентифікації депресії» та «психолог» був виявлений значущий зв'язок середньої сили (Cramer's  $V = 0,261$ ; Sig. = 0,008). Отримані дані дають підставу

зробити висновок, що ті респонденти, які правильно ідентифікували депресію з більшою імовірністю дадуть Марині корисну пораду - порекомендують звернутися до психолога.

Крім того, як можна побачити з табл. В.2.5.2.4 та В.2.5.2.5, значущий зв'язок середньої сили (Cramer's  $V = 0,227$ ) був виявлений між ідентифікацією депресії у віньєтці та рекомендацією особі, у ній описаній, впоратися самій, без допомоги інших людей.

Як проілюстровано у табл 2.5.2.6, цей зв'язок є зворотнім, оскільки серед усіх респондентів найбільший відсоток відповідей «зовсім не порекомендую» та «швидше не порекомендую». Також важливо відмітити, що серед тих респондентів, хто впізнав депресію, відсоток відповідей «зовсім не порекомендую» та «швидше не порекомендую» вищий, ніж серед тих, хто не зміг впізнати (90,7% та 73,1% відповідно).

Таблиця 2.5.2.6. Crosstabulation змінних «ідентифікація депресії» та «впоратися самій»

| Змінні «ідентифікація депресії» та «впоратися самій» | Чи порекомендуєте їх впоратися самій, без допомоги? |                        |                     |                    | Загалом |        |
|--|---|------------------------|---------------------|--------------------|---------|--------|
|  | зовсім не порекомендую                              | швидше не порекомендую | швидше порекомендую | точно порекомендую |         |        |
| Не впізнали  | Кількість   | 61                     | 26                  | 23                 | 9       | 119    |
|  | %   | 51,3%                  | 21,8%               | 19,3%              | 7,6%    | 100,0% |
| Впізнали   | Кількість   | 38                     | 20                  | 6                  | 0       | 64     |
|  | %   | 59,4%                  | 31,3%               | 9,4%               | 0,0%    | 100,0% |
| Загалом  | Кількість   | 99                     | 46                  | 29                 | 9       | 183    |
|  | %   | 54,1%                  | 25,1%               | 15,8%              | 4,9%    | 100,0% |

З отриманих даних можна зробити два висновки:

- 1) 90,7% респондентів, які впізнали депресію у віньєтці, знають про шкідливість боротьби з цим розладом самотужки.
- 2) 73,1% респондентів, які не впізнали депресію, все ж сприймали описану у віньєтці ситуацію як нездорову/небезпечну, у якій особі потрібна зовнішня допомога.

Отже, результати аналізу свідчать про наявний зв'язок між впізнанням депресії у віньєтці та корисною рекомендацією – звернутися до психолога, а також свідчать про зворотній зв'язок із шкідливою рекомендацією – впоратися самій, без зовнішньої допомоги. Відповідно, гіпотеза  $H_2$  підтверджується.

### 2.5.3. Відмінності відповідей респондентів різних статей

У гіпотезі  $H_3$  сформульоване очікування щодо відмінності відповідей респондентів та респонденток у таких пунктах:

- У впізнанні депресії у віньєтці (наявний зв'язок між статтю та впізнанням депресії);
- У рекомендаціях щодо лікування особи, описаної у віньєтці (наявний зв'язок між статтю та рекомендаціями щодо лікування);
- У позиціях про те, чи винна особа, яка описана у віньєтці, у своєму стані (наявний зв'язок між статтю та звинуваченням особи у її стані).

Як ми можемо побачити з даних, представлених у табл. 2.5.3.1, різниця між відсотком жінок та чоловіків, які впізнали у віньєтці депресію, дійсно є. У той час, як відсоток жінок, які правильно ідентифікували депресію у віньєтці становить 37,9%, відсоток чоловіків, які впізнали депресію - 23,7%. Крім того, 4,7% респондентів обрали варіант «Не знаю».

Таблиця 2.5.3.1. Crosstabulation змінних «ідентифікація депресії» та «стать»

| Змінні «ідентифікація депресії» та «стать» |           | Стать   |        | Загалом |
|--|-----------|---------|--------|---------|
|  |           | Чоловік | Жінка  |         |
| <b>Не впізнали</b>                         | Кількість | 29      | 90     | 119     |
|  | %         | 76,3%   | 62,1%  | 65,0%   |
| <b>Впізнали</b>                            | Кількість | 9       | 55     | 64      |
|  | %         | 23,7%   | 37,9%  | 35,0%   |
| Загалом                                    | Кількість | 38      | 145    | 183     |
|  | %         | 100,0%  | 100,0% | 100,0%  |

Однак, треба зазначити, що зв'язок цих змінних є статистично незначущим (Sig. = 0,127) та слабким (Cramer's V = 0,121) (див. табл. В.2.5.3.2 і В.2.5.3.3). Оскільки значущість перевищує значення 0,05, ми приймаємо нульову гіпотезу

про те, що зв'язок між змінними «ідентифікація депресії» та «стать» відсутній. Відповідно, перший пункт гіпотези  $H_3$  не підтверджується.

Можна зробити припущення, що така відсутність значущого зв'язку між змінними пояснюється недостатньою представленістю чоловіків у вибірці, оскільки дані, які були проаналізовані з урахуванням відповідей студентів магістратури, мали вже вищі значущість та силу зв'язку. Відповідно, цю гіпотезу буде доцільно перевірити у майбутньому ще раз на більш збалансованій вибірці.

Другий пункт гіпотези  $H_3$  присвячений зв'язку між статтю та рекомендаціями щодо лікування особи, яка була описана у віньєтці. Треба зазначити, що змінна «стать» має значущі зв'язки з низкою змінних, які представляють собою рекомендації різного роду щодо лікування особи, описаної у віньєтці. Таким чином, як можна побачити у табл. 2.5.3.4, на питання «Чи порекомендуєте ви їй впоратися самій, без допомоги?» 78,6% жінок-респонденток, і 55,8% чоловіків відповіли «зовсім не рекомендую» та «швидше не рекомендую».

Таблиця 2.5.3.4. Crosstabulation змінних «стать» та «впоратися самій»

| Змінні «стать» та «впоратися самій» | Чи порекомендуєте їх впоратися самій, без допомоги? |                        |                     |                    | Загалом |
|-------------------------------------|---|------------------------|---------------------|--------------------|---------|
|                                     | зовсім не порекомендую                              | швидше не порекомендую | швидше порекомендую | точно порекомендую |         |
| <b>Чоловік</b>                      |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                           | 17  | 7                      | 13                  | 6                  | 43      |
| %                                   | 39,5%   | 16,3%                  | 30,2%               | 14,0%              | 100,0%  |
| <b>Жінка</b>                        |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                           | 85  | 42                     | 17                  | 5                  | 149     |
| %                                   | 57,0%   | 28,2%                  | 11,4%               | 3,4%               | 100,0%  |
| <b>Загалом</b>                      |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                           | 102   | 49                     | 30                  | 11                 | 192     |
| %                                   | 53,1%   | 25,5%                  | 15,6%               | 5,7%               | 100,0%  |

Також можна побачити, що зв'язок цих змінних є статистично значущим (Sig. = 000) та середнім по силі (Cramer's  $V = 0,305$ ) (див. табл. В.2.4.3.5 та В.2.4.3.6). Відповідно, респондент чоловічої статі з більшою імовірністю порекомендує особі, описаній у віньєтці, впоратися самій, у порівнянні з респондентками.

Водночас, значущий зв'язок між статтю та змінними наявний у таких рекомендаціях як: «Чи порекомендуєте ви звернутися до психолога?», «Чи ви порекомендуєте не визнавати проблему та ігнорувати її поки Марина не подолає її сама?», «Чи порекомендуєте ви вітаміни?».

У той час, як 75,8% жінок-респонденток «точно порекомендують» звернутися до психолога, 51,2% чоловіків-респондентів відповідають так само (див. табл. 2.5.3.7) Крім того, як можна побачити в таблицях В.2.5.3.8 та В.2.5.3.9, змінні «психолог» та «стать» мають статистично значущий зв'язок ( $Sig. = 0,008$ ) середньої сили ( $Cramer's V = 0,247$ ). Це дає підставу вважати, що респонденти-чоловіки, у порівнянні з жінками, були менш схильні рекомендувати Марині звернутися до психолога.

Таблиця 2.5.3.7. Crosstabulation змінних «стать» та «психолог»

| Змінні «стать» та «психолог» | Чи порекомендуєте ви звернутися до психолога? |                        |                     |                    | Загалом |
|------------------------------|---|------------------------|---------------------|--------------------|---------|
|                              | зовсім не порекомендую                        | швидше не порекомендую | швидше порекомендую | точно порекомендую |         |
| <b>Чоловік</b>               |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                    | 3   | 3                      | 15                  | 22                 | 43      |
| %                            | 7,0%  | 7,0%                   | 34,9%               | 51,2%              | 100,0%  |
| <b>Жінка</b>                 |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                    | 2   | 4                      | 30                  | 113                | 149     |
| %                            | 1,3%  | 2,7%                   | 20,1%               | 75,8%              | 100,0%  |
| <b>Загалом</b>               |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                    | 5   | 7                      | 45                  | 135                | 192     |
| %                            | 2,6%  | 3,6%                   | 23,4%               | 70,3%              | 100,0%  |

Як можна побачити з таблиць В.2.5.3.8 та В.2.5.3.9, між змінними «ігнорувати проблему» та «стать» також виявлений значущий зв'язок ( $Sig. = 0,001$ ) і він має середню силу ( $Cramer's V = 0,295$ ).

Треба зазначити, що як більшість жінок, так і більшість чоловіків, зазначили, що «зовсім не порекомендують» або «швидше не порекомендують» такий захід (див. табл. 2.5.3.10). Однак, важливо звернути увагу, що відсоток жінок, як обрали варіанти «швидше порекомендую» або «точно порекомендую» становить 0,7%, у той час, як відсоток чоловіків, які так само відповіли помітно більший – 7%.

Таблиця 2.5.3.10. Crosstabulation змінних «стать» та «ігнорувати проблему»

| Змінні «стать» та «рівень стресу» | Не визнавати проблему та ігнорувати її поки Марина не подолає її сама |                        |                     |                    | Загалом |
|-----------------------------------|---|------------------------|---------------------|--------------------|---------|
|                                   | зовсім не порекомендую  | швидше не порекомендую | швидше порекомендую | точно порекомендую |         |
| <b>Чоловік</b>                    |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                         | 28  | 12                     | 2                   | 1                  | 43      |
| %                                 | 65,1%   | 27,9%                  | 4,7%                | 2,3%               | 100,0%  |
| <b>Жінка</b>                      |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                         | 133   | 15                     | 1                   | 0                  | 149     |
| %                                 | 89,3%   | 10,1%                  | 0,7%                | 0,0%               | 100,0%  |
| <b>Загалом</b>                    |   |                        |                     |                    |         |
| Кількість                         | 161   | 27                     | 3                   | 1                  | 192     |
| %                                 | 83,9%   | 14,1%                  | 1,6%                | 0,5%               | 100,0%  |

Ще однією статистично значущою відмінністю між відповідями чоловіків та жінок стала змінна «вітаміни». Як можна побачити у табл. 2.5.3.11, у той час, як 79,9% жінок відмітили вітаміни як медичний засіб, який вони «точно порекомендують» або «швидше порекомендують», відсоток чоловіків, які так відповіли на це питання становить 51,1%. Відповідно, можна зробити висновок, що жінки більш схильні до рекомендації вітамінів у якості засобу допомоги особі, яка має симптоми депресії. Як можна побачити у таблицях В.2.5.3.12 та В.2.5.3.13, зв'язок між змінними «вітаміни» та «стать» є статистично значущим (Sig. = 0,002), його сила є середньою (Cramer's V = 0,295).

Таблиця 2.5.3.11. Crosstabulation змінних «стать» та «вітаміни»

| Змінні «стать» та «вітаміни» | Вітаміни               |                        |                     |                    | Загалом |
|------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|---------|
|                              | зовсім не порекомендую | швидше не порекомендую | швидше порекомендую | точно порекомендую |         |
| <b>Чоловік</b>               |                        |                        |                     |                    |         |
| Кількість                    | 5                      | 16                     | 13                  | 9                  | 43      |
| %                            | 11,6%                  | 37,2%                  | 30,2%               | 20,9%              | 100,0%  |
| <b>Жінка</b>                 |                        |                        |                     |                    |         |
| Кількість                    | 10                     | 20                     | 66                  | 53                 | 149     |
| %                            | 6,7%                   | 13,4%                  | 44,3%               | 35,6%              | 100,0%  |
| <b>Загалом</b>               |                        |                        |                     |                    |         |
| Кількість                    | 15                     | 36                     | 79                  | 62                 | 192     |
| %                            | 7,8%                   | 18,8%                  | 41,1%               | 32,3%              | 100,0%  |

Отже, можна зробити висновок, що другий пункт гіпотези  $H_3$  підтверджується, оскільки дійсно наявний статистично значущий зв'язок між статтю (гендером) респондентів та рекомендаціями щодо засобів лікування.

Останнім пунктом гіпотези  $H_3$  є різниця у позиціях жінок та чоловіків про те, чи винна особа, яка описана у віньєтці, у своєму стані. Аналіз емпіричних даних продемонстрував, що ця різниця дійсно є. Відсоток жінок, які погодилися з твердженням «Марина сама несе за себе відповідальність, її емоційний та фізичний стан залежить тільки від неї, тому вона сама винна у ситуації, у якій заходиться» становить 4%, у той час як частка чоловіків помітно більша – 23,3% (див. табл. 2.5.3.14).

Крім того, як ми можемо побачити з таблиць В.2.5.3.15 та В.2.5.3.16, між цими змінними наявний статистично значущий зв'язок ( $\text{Sig.} = 000$ ), який по мірі сили прямує до відносно сильного ( $\text{Cramer's } V = 0,347$ ). Відповідно, отримані дані свідчать про те, що респонденти чоловічої статі більш схильні до звинувачення Марини у її стані, у порівнянні з респондентками-жінками.

Таблиця 2.5.3.14. **Crosstabulation** змінних «стать» та «винна або не винна»

| Змінні «стать» та «винна або не винна» |           | Марина винна або не винна у ситуації   |                |          |         |
|--|-----------|--|----------------|----------|---------|
|  |           | Сама несе відповідальність, сама винна | Частково винна | Не винна | Загалом |
| <b>Чоловік</b>                         | Кількість | 10                                     | 27             | 6        | 43      |
|  | %         | 23,3%                                  | 62,8%          | 14,0%    | 100,0%  |
| <b>Жінка</b>                           | Кількість | 6                                      | 79             | 64       | 149     |
|  | %         | 4,0%                                   | 53,0%          | 43,0%    | 100,0%  |
| <b>Загалом</b>                         | Кількість | 16                                     | 106            | 70       | 192     |
|  | %         | 8,3%                                   | 55,2%          | 36,5%    | 100,0%  |

Загалом, аналізуючи відповіді респондентів обох статей, треба зазначити, що чоловіки більш схильні до звинувачення Марини у її самопочутті, а також до порад про ігнорування її симптомів та намагань впоратися самотужки. Ця тенденція описує таку невтішну перспективу: крім того, що респонденти чоловічої статі є загалом менш обізнаними про депресію, вони гірше обізнані у стратегіях лікування депресії, а також - схильні обирати неефективні та шкідливі

засоби лікування, відповідно, вони є більш уразливими до важких та хронічних депресій. Можна припустити, що пояснення цієї тенденції тісно пов'язане із маскулінністю та гендерними нормами суспільства, які з дитинства формують у чоловіків уявлення про те, що «чоловіки не плачуть», «чоловіки не мають жалітися». Ці уявлення надалі формують патерни поведінки, які пов'язані з ігноруванням своїх емоцій та поганого самопочуття як на фізичному, так і на психічному рівні, оскільки увага до свого здоров'я сприймається чоловіками та їх навколишнім соціальним середовищем як «не мужність», «жаління» та «слабкість».

#### **2.5.4. Зв'язок між рекомендацією «впоратися самій» та шкідливими рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєтці**

Гіпотеза Н<sub>4</sub> стверджує, що наявний зв'язок між рекомендацією «впоратися самій» та шкідливими рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєтці. Наявність цього зв'язку була перевірена через кореляції та побудову бінарної логістичної регресії.

Аналіз емпіричних даних продемонстрував, що змінна «впоратися самій» корелює із низкою змінних блоку С: С1 (люди, до яких респондент/респондентка порекомендували звернутися), С2 (речовини та медичні препарати, які респондент/респондентка порекомендували б вжити), С3 (заходи, які б респондент/респондентка порекомендували).

Як можна побачити із таблиці 2.5.4.1, змінна «впоратися самій» має негативну статистично значущу кореляцію із змінними «психолог», «психіатр» та «телефонна лінія довіри». Отже, респонденти, які порекомендували впоратися самій, з меншою ймовірністю порекомендують Марині звернутися до психолога, психіатра та телефонної лінії довіри ніж ті, хто впоратися самій не порекомендував. Відповідно, ці дані свідчать про те, ще респонденти, які рекомендували Марині впоратися самій, з більшою ймовірністю не обирають ці три корисні рекомендації, які дійсно можуть допомогти дівчині у покращенні її стану.



Таблиця 2.5.4.1. Кореляція змінної «впоратися самій» із змінними «психолог», «психіатр», «телефонна лінія довіри».

|                            |                                |                             | Змінна<br>«психолог» | Змінна<br>«психіатр» | Змінна «телефонна<br>лінія довіри» |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|------------------------------------|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна<br>«впоратися<br>самій» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>-,182**</b>       | <b>-,197**</b>       | <b>-,293**</b>                     |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,006                 | ,002                 | ,000                               |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна<br>«впоратися<br>самій» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>-,199**</b>       | <b>-,227**</b>       | <b>-,333**</b>                     |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,006                 | ,002                 | ,000                               |

\*\* . Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

Крім того, змінна «впоратися самій» статистично значуще корелює зі змінною «чай» (Sig. = 0,000), та негативно корелює із змінними «антидепресанти» та «нейролептики» (Sig. = 0,043; 0,048), як можна побачити з таблиці 2.5.4.2. Відповідно, особа, яка рекомендує «впоратися самій», з більшою ймовірністю порекомендує Марині випити чаю аби покращити свій стан і з меншою - антидепресанти та нейролептики, у порівнянні з респондентом, який не порекомендував дівчині впоратися самій.

Оскільки чай не зазначається як засіб ефективного лікування депресії, у той час як антидепресанти та нейролептики є засобами лікування депресії, вищенаведені дані свідчать про те, що респонденти, які обрали «впоратися самій» з більшою вірогідністю не порекомендують Марині корисні засоби для лікування.

Таблиця 2.5.4.2. Кореляція змінної «впоратися самій» із змінними «чай», «антидепресанти», «нейролептики/антипсихотичні препарати»

|                            |                                |                             | Змінна<br>«чай» | Змінна<br>«антидепресанти» | Змінна<br>«нейролептики/антипсихотичні<br>препарати» |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------------|--|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна<br>«впоратися<br>самій» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,158*</b>    | <b>-,129*</b>              | <b>-,131*</b>  |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,012            | ,043                       | ,048   |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна<br>«впоратися<br>самій» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,180*</b>    | <b>-,146*</b>              | <b>-,143*</b>  |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,013            | ,043                       | ,049   |

\*. Кореляція значуща на рівні 0.05 (двостороння).

Як можна побачити з таблиці 2.5.4.3, наявна статистично значуща позитивна кореляція між змінною «впоратися самій» та змінними «фізична активність», «книга як собі допомогти» та «випити алкоголю» (Sig. = 0,049; 0,014 та 0,000 відповідно). Отже, можна зробити висновок, що респондент, який порекомендує впоратися самій, водночас з більшою імовірністю порекомендує Марині фізичну активність, прочитати книгу як собі допомогти та випити алкоголю щоб розслабитися у порівнянні з респондентом, який не порекомендує дівчині впоратися самій. Важливо зазначити, що респонденти, які порекомендували Марині впоратися самій, мають водночас більшу імовірність вдатися до шкідливої рекомендації – порекомендувати дівчині випити алкоголю.

*Таблиця 2.5.4.3. Кореляція змінної «впоратися самій» із змінними «фізична активність», «випити алкоголю», «книга як собі допомогти»*

|                            |                                |                             | Змінна<br>«фізична<br>активність» | Змінна «випити<br>алкоголю» | Змінна «книга як<br>собі допомогти» |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна<br>«впоратися<br>самій» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,129*</b>                      | <b>,292**</b>               | <b>,155*</b>                        |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,049                              | ,000                        | ,014                                |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна<br>«впоратися<br>самій» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,143*</b>                      | <b>,319**</b>               | <b>,171*</b>                        |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,048                              | ,000                        | ,018                                |

\*. Кореляція значуща на рівні 0.05 (двостороння).

\*\*. Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

Крім того, змінна «впоратися самій» має значущу негативну кореляцію зі змінними «терапія в професіонала», «група підтримки» та «служба психічного здоров'я» (Sig. = 0,000; 0,001 та 0,000 відповідно). Отже, респондент, який порекомендує впоратися самій, з меншою ймовірністю порекомендує Марині такі заходи для покращення її стану як: терапія в спеціалізованого професіонала, приєднання до групи підтримки людей із подібними проблемами та звернення до спеціалізованої служби психічного здоров'я, які є низкою корисних рекомендацій у випадку лікування депресивного розладу.

Зважаючи на представлені вище дані, можна зробити висновок, що гіпотеза  $H_4$  про зв'язок змінної «впоратися самій» із шкідливими рекомендаціями підтверджується.

**Таблиця 2.5.4.4. Кореляція змінної «впоратися самій» із змінними «група підтримки», «служба психічного здоров'я», «терапія в професіонала»**

|                        |                          |                          | Змінна «група підтримки» | Змінна «служба психічного здоров'я» | Змінна «терапія в професіонала» |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Kendall's tau_b</b> | Змінна «впоратися самій» | Коефіцієнт кореляції     | -,207**                  | -,260**                             | -,351**                         |
|                        |                          | Значущість (двостороння) | ,001                     | ,000                                | ,000                            |
| <b>Spearman's rho</b>  | Змінна «впоратися самій» | Коефіцієнт кореляції     | -,239**                  | -,299**                             | -,380**                         |
|                        |                          | Значущість (двостороння) | ,001                     | ,000                                | ,000                            |

\*\* . Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

За допомогою бінарного логістичного регресійного аналізу була побудована модель метою пояснення ймовірності вибору або не вибору респондентами рекомендації «впоратися самій». Для цього змінна була перекодована з порядкової (1 – зовсім не порекомендую; 2 – швидше не порекомендую; 3 – швидше порекомендую; 4 – точно порекомендую) у бінарну (1 - не порекомендую, 2 – порекомендую). Задля уникнення проблеми мультиколінеарності, була перевірена наявність зв'язків між предикторами моделі. Між предикторами «стать», «сімейний лікар», «телефонна лінія довіри» не було виявлено зв'язків. Як ми можемо побачити з таблиці 2.5.4.5, ця регресійна модель пояснює 29% дисперсії змінної.

**Таблиця 2.5.4.5. Підсумок регресійної моделі передбачення вибору або не вибору рекомендації «впоратися самій»**

| Підсумок моделі |                   |                      |                     |
|-----------------|-------------------|----------------------|---------------------|
| Крок            | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
| 1               | 158,268           | 0,192                | 0,297               |

Крім того, з даних таблиці 2.5.4.6 зрозуміло, що усі предиктори моделі, а також сама константа є значущими. Особливістю цієї моделі є негативні кореляції зі змінними «сімейний лікар» та «телефонна лінія довіри». Також треба зазначити, що при фіксованих інших змінних, чоловіча стать збільшує ймовірність рекомендації впоратися самій у 4,6 рази, рекомендація звернутися до сімейного лікаря – у 0.5 рази, а рекомендація звернутися до телефонної лінії довіри – у 0.4 рази.

*Таблиця 2.5.4.6. Регресійні коефіцієнти моделі передбачення вибору або не вибору рекомендації «впоратися самій»*

| Змінні у рівнянні |                        | B     | S.E. | Wald   | df | Sig. | Exp(B) |
|-------------------|------------------------|-------|------|--------|----|------|--------|
| Крок 1            | Стать (1)              | 1,542 | ,431 | 12,821 | 1  | ,000 | 4,676  |
|                   | Сімейний лікар         | -,605 | ,231 | 6,867  | 1  | ,009 | ,546   |
|                   | Телефонна лінія довіри | -,801 | ,224 | 12,799 | 1  | ,000 | ,449   |
|                   | Константа              | 1,405 | ,679 | 4,279  | 1  | ,039 | 4,074  |

### **2.5.5. Зв'язок між суб'єктивною емпатією респондентів та рекомендаціями щодо лікування особи, описаної у віньєтці.**

Гіпотеза H<sub>5</sub> стверджує, що наявний зв'язок між тим, на скільки емпатійним себе вважає респондент та тими рекомендаціями, які він надає для лікування описаної у віньєтці особи.

Як можна побачити з низки таблиць: 2.5.5.1, 2.5.5.2, 2.5.5.3, змінна суб'єктивної емпатії значущо корелює з великою кількістю змінних, більшість з яких стосуються рекомендацій, які у тій чи іншій мірі передбачають соціальний контакт. Змінна має позитивні зв'язки слабкої та середньої сили із такими змінними як: «психолог», «телефонна лінія довіри», «близький член сім'ї», «близький друг», «група підтримки», «інша людина записала на прийом», «інша людина спитала про самогубство», «інша людина запропонувала звернутися за допомогою». Відповідно, з отриманих даних можна зробити висновок, що

респонденти, які схильні вважати себе емпатійними, мають більшу імовірність порекомендувати низку заходів, які стосуються саме соціальної взаємодії, у порівнянні з менш емпатійними респондентами.

Таблиця 2.5.5.1. Кореляція змінної «емпатія» із змінними «психолог», «телефонна лінія довіри», «близький член сім'ї», «близький друг», «впоратися самій»

|                            |                     |                             | Змінна<br>«психолог» | Змінна<br>«телефонна<br>лінія<br>довіри» | Змінна<br>«близький<br>член<br>сім'ї» | Змінна<br>«близький<br>друг» | Змінна<br>«впоратися<br>самій» |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------|--|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна<br>«емпатія» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,236*</b>         | <b>,153*</b>                             | <b>,211**</b>                         | <b>,211**</b>                | <b>-,135*</b>                  |
|                            |                     | Значущість<br>(двостороння) | ,000                 | ,016                                     | ,001                                  | ,001                         | ,037                           |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна<br>«емпатія» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,256*</b>         | <b>,175*</b>                             | <b>,228**</b>                         | <b>,228**</b>                | <b>-,151*</b>                  |
|                            |                     | Значущість<br>(двостороння) | ,000                 | ,015                                     | ,001                                  | ,001                         | ,036                           |

\*. Кореляція значуща на рівні 0.05 (двостороння).

\*\*. Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

Таблиця 2.5.5.2. Кореляція змінної «емпатія» із змінними «група підтримки», «інша людина записала на прийом», «інша людина спитала про самогубство», «інша людина запропонувала звернутися за допомогою»

|                            |                     |                             | Змінна<br>«група<br>підтримки» | Змінна<br>«інша<br>людина<br>записала<br>на прийом» | Змінна<br>«інша<br>людина<br>спитала про<br>самогубство» | Змінна «інша<br>людина<br>запропонувала<br>звернутися за<br>допомогою» |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|--|--|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна<br>«емпатія» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,166**</b>                  | <b>,149*</b>  | <b>,174**</b>  | <b>,224**</b>  |
|                            |                     | Значущість<br>(двостороння) | ,009                           | ,019  | ,006   | ,000   |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна<br>«емпатія» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,189**</b>                  | <b>,172*</b>  | <b>,197**</b>  | <b>,256**</b>  |
|                            |                     | Значущість<br>(двостороння) | ,009                           | ,017  | ,006   | ,000   |

\*. Кореляція значуща на рівні 0.05 (двостороння).

\*\*. Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

Крім того, треба зазначити, що змінна «емпатія» має значущу слабку негативну кореляцію зі змінною «ігнорувати проблему» (Sig. = 0,001), а також значущу слабку позитивну кореляцію зі змінною «винна або не винна» (Sig. = 0,012). Відповідно, респонденти, які схильні вважати себе емпатійними з меншою імовірністю порекомендують Марині не визнавати проблему,

ігнорувати її, поки дівчина не подолає її сама і з більшою ймовірністю обиратимуть твердження, що Марина не винна у ситуації, у якій знаходиться.

Ще однією важливою знахідкою є те, що наявний значущий зв'язок середньої сили між змінними «емпатія» та «рівень знань» (Sig. = 0,000). Отже, респонденти, які вважають себе емпатійними, з більшою ймовірністю зазначатимуть, що їх рівень знань про психічні розлади «високий» або «дуже високий».

Отже, з огляду на вищенаведені дані, можна зробити висновок, що гіпотеза H<sub>5</sub> про наявність зв'язку суб'єктивної емпатії з низкою рекомендацій щодо лікування особи, описаної у віньєтці, підтверджується.

**Таблиця 2.5.5.3. Кореляція змінної «емпатія» із змінними «ігнорувати проблему», «винна або не винна», «рівень знань»**

|                            |                     |                             | Змінна<br>«ігнорувати<br>проблему» | Змінна<br>«винна або<br>не винна» | Змінна<br>«рівень<br>знань» |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна<br>«емпатія» | Коефіцієнт<br>кореляції     | -,218*                             | ,168*                             | ,366**                      |
|                            |                     | Значущість<br>(двостороння) | ,001                               | ,012                              | ,000                        |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна<br>«емпатія» | Коефіцієнт<br>кореляції     | -,230*                             | ,182*                             | ,397**                      |
|                            |                     | Значущість<br>(двостороння) | ,001                               | ,011                              | ,000                        |

\*. Кореляція значуща на рівні 0.05 (двостороння).

\*\*. Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

## 2.6. Додаткові знахідки дослідження

У процесі аналізу отриманих емпіричних матеріалів було додатково знайдено низку зв'язків, які дають змогу краще зрозуміти характеристики опитаних респондентів та їх тенденції до вибору тих чи інших рекомендацій.

У результаті аналізу було виявлено значущі позитивні кореляційні зв'язки між змінною «самопочуття під час карантину» та низкою змінних «впоратися самій» (Sig. = 0,020; Sig. = 0,025), «ігнорувати проблему», та значущі негативні кореляції із змінними «винна або не винна» і «рівень стресу» (Sig. = 0,000; Sig. = 0,000) (таблиця 2.6.1). Такі результати свідчать, що респонденти, які зазначили, що нормально або добре відчують себе у режимі самоізоляції водночас мають

низький рівень стресу та з більшою ймовірністю порекомендують Марині впоратися самій та ігнорувати проблему, поки дівчина сама її не подолає. Крім того, ці респонденти з більшою ймовірністю зазначатимуть, що Марина сама винна у ситуації, у якій вона знаходиться.

**Таблиця 2.6.1. Кореляція змінної «самопочуття» із змінними «впоратися самій», «ігнорувати проблему», «винна або не винна», «рівень стресу»**

|                            |                         |                             | Змінна<br>«впоратися<br>самій» | Змінна<br>«ігнорувати<br>проблему» | Змінна<br>«винна або<br>не винна» | Змінна<br>«рівень<br>стресу» |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна<br>«самопочуття» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,152*</b>                   | <b>,154*</b>                       | <b>-,248**</b>                    | <b>-,260**</b>               |
|                            |                         | Значущість<br>(двостороння) | ,020                           | ,025                               | ,000                              | ,000                         |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна<br>«самопочуття» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,168*</b>                   | <b>,162*</b>                       | <b>-,265**</b>                    | <b>-,280**</b>               |
|                            |                         | Значущість<br>(двостороння) | ,020                           | ,025                               | ,000                              | ,000                         |

\*. Кореляція значуща на рівні 0.05 (двостороння).

\*\*. Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

Такі дані свідчать про можливу наявність серед опитаного студентства тенденції до соціальної домінантності (Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994). Тобто, ті, хто почувають себе добре та мають низький рівень стресу водночас вважають, що Марина має впоратися сама і те, що вона знаходиться у цьому стані – її провина.

Водночас, важливо зазначити, що стать (гендер) має значущі зв'язки з усіма вище описаними змінними. Як вже було висвітлено у результатах аналізу гіпотези  $H_3$ , респонденти чоловічої статі з більшою ймовірністю рекомендуватимуть впоратися самій та ігнорувати проблему, у порівнянні з жінками. Крім того, як можна побачити з таблиць Г.2.6.2 та Г.2.6.3, наявні також значущі зв'язки між статтю та самопочуттям у самоізоляції (Cramer's  $V = 0,224$ ; Sig. = 0,022), а також статтю та рівнем стресу (Cramer's  $V = 0,224$ ; Sig. = 0,002). Відсоток чоловіків, які відчують себе у режимі самоізоляції добре помітно вищий, ніж відсоток жінок (41,9% і 21,5% відповідно), що можна побачити у табл. 2.6.4. Те саме стосується і відсотку рівня стресу – частка чоловіків, які

зазначають, що вони мають низький або дуже низький рівень стресу становить 69,8%, а жінок – 43% (див. табл. 2.6.5).

Таблиця 2.6.4. Crosstabulation змінних «стать» та «самопочуття»

| Змінні «стать» та «самопочуття» |           | Самопочуття в умовах карантину та самоізоляції |  |  |   | Загалом |
|---------------------------------|-----------|--|--|--|---|---------|
|                                 |           | Погано, але до карантину було так само         | Погано, мені складно жити в умовах карантину | Нормально, можу жити в умовах карантину, але є деякий дискомфорт | Добре, мені легко жити в умовах карантину |         |
| <b>Чоловік</b>                  | Кількість | 1  | 1  | 23   | 18  | 43      |
|                                 | %         | 2,3%   | 2,3%   | 53,5%  | 41,9%                                     | 100,0%  |
| <b>Жінка</b>                    | Кількість | 2  | 19   | 96   | 32  | 149     |
|                                 | %         | 1,3%   | 12,8%  | 64,4%  | 21,5%                                     | 100,0%  |
| Загалом                         | Кількість | 3  | 20   | 119  | 50  | 192     |
|                                 | %         | 1,6%   | 10,4%  | 62,0%  | 26,0%                                     | 100,0%  |

Таблиця 2.6.4. Crosstabulation змінних «стать» та «рівень стресу»

| Змінні «стать» та «рівень стресу» |           | Рівень стресу |         |         |              | Загалом |
|-----------------------------------|-----------|---------------|---------|---------|--------------|---------|
|                                   |           | Дуже низький  | Низький | Високий | Дуже високий |         |
| <b>Чоловік</b>                    | Кількість | 4             | 26      | 11      | 2            | 43      |
|                                   | %         | 9,3%          | 60,5%   | 25,6%   | 4,7%         | 100,0%  |
| <b>Жінка</b>                      | Кількість | 6             | 58      | 70      | 15           | 149     |
|                                   | %         | 4,0%          | 38,9%   | 47,0%   | 10,1%        | 100,0%  |
| Загалом                           | Кількість | 10            | 84      | 81      | 17           | 192     |
|                                   | %         | 5,2%          | 43,8%   | 42,2%   | 8,9%         | 100,0%  |

Отримані дані щодо значущого зв'язку гендеру із змінними добре вписуються у припущення щодо схильності респондентів до соціальної домінантності. Виходить, що чоловіки, краще почуваються на карантині та водночас мають нижчий рівень стресу і з більшою імовірністю рекомендуватимуть впоратися самій та ігнорувати проблему.

Ще однією цікавою знахідкою є наявність значущих кореляцій між змінною «сама винна чи ні» та такими змінними як «час у соціальних мережах»,



«рівень стресу», «досвід психічного розладу», «емпатія» та «стать», які можна побачити у таблиці 2.6.5. Ці дані дають більш розширене пояснення щодо того, які ще соціально-демографічні характеристики обумовлюють наявність або відсутність звинувачення Марини у її стані.

**Таблиця 2.6.5. Кореляції змінної «винна або не винна» із змінними «рівень стресу», «психічний розлад», «час у соц мережах», «емпатія»**

|                            |                                |                             | Змінна<br>«рівень<br>стресу» | Змінна<br>«психічний<br>розлад» | Змінна «час у<br>соц мережах» | Змінна<br>«емпатія» |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| <b>Kendall's<br/>tau_b</b> | Змінна «винна<br>або не винна» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,175**</b>                | <b>,201**</b>                   | <b>,251**</b>                 | <b>,168*</b>        |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,009                         | ,002                            | ,000                          | ,012                |
| <b>Spearman's<br/>rho</b>  | Змінна «винна<br>або не винна» | Коефіцієнт<br>кореляції     | <b>,189**</b>                | <b>,226**</b>                   | <b>,272**</b>                 | <b>,182*</b>        |
|                            |                                | Значущість<br>(двостороння) | ,009                         | ,002                            | ,000                          | ,011                |

\*. Кореляція значуща на рівні 0.05 (двостороння).

\*\*. Кореляція значуща на рівні 0.01 (двостороння).

Відповідно, респондент/респондентка, які вважають, що Марина не винна або тільки частково винна у своєму стані, з більшою вірогідністю зазначатимуть, що вони мають високий рівень стресу, мали досвід психічного розладу, є емпатійними та багато часу проводять у соціальних мережах. Отже, суб'єктивна емпатія, досвід переживання психічного розладу, високий рівень стресу та проведення часу у соціальних мережах пов'язані із відсутністю звинувачення описаної у віньєтці особи у її стані.

Ще однією важливою знахідкою у аналізі емпіричного матеріалу виявилася відсутність значущого зв'язку між змінними наявності досвіду психічного розладу (Sig. = 0.481) та наявності досвіду піклування за людиною з психічним розладом (Sig. = 0.231) та правильним визначенням депресивного розладу у віньєтці. Тобто, досвід переживання психічного розладу та досвід піклування за людиною, яка його має, не пов'язана з обізнаністю про симптоматику депресії.

Однак, зв'язок прослідковується між досвідом комунікації з особою, яка має психічний розлад та правильним впізнанням депресивного розладу у

віньєтці. Дані табл 2.6.6 демонструють, що 59,4% респондентів, які зазначали, що мали досвід комунікації із особою, правильно визначили депресію у віньєтці. У той час як частка тих, хто такого досвіду не мав і вже ж правильно ідентифікував депресію нижча – 37,8%.

*Таблиця 2.6.6. Crosstabulation змінних «ідентифікація депресії» та «досвід комунікації»*

| Змінні «ідентифікація депресії» та «досвід комунікації» | Досвід комунікації з людиною з психічним розладом |           |            |       | Загалом |
|---|---|-----------|------------|-------|---------|
|   | Ні  | Швидше ні | Швидше так | Так   |         |
| <b>Не впізнали</b>                                      |   |           |            |       |         |
| Кількість   | 6   | 20        | 48         | 45    | 119     |
| %   | 5,0%  | 16,8%     | 40,3%      | 37,8% | 100,0%  |
| <b>Впізнали</b>   |   |           |            |       |         |
| Кількість   | 6   | 9         | 11         | 38    | 64      |
| %   | 9,4%  | 14,1%     | 17,2%      | 59,4% | 100,0%  |
| <b>Загалом</b>  |   |           |            |       |         |
| Кількість   | 12  | 29        | 59         | 83    | 183     |
| %   | 6,6%  | 15,8%     | 32,2%      | 45,4% | 100,0%  |

Крім того, як ми можемо побачити у табл. Г.2.6.7 та Г.2.6.8, між змінними «досвід комунікації» та «ідентифікація депресії» наявний середній статистично значущий зв'язок (Cramer's V = 0,262; Sig. = 0,006).

## 2.7. Результати кількісного дослідження, його обмеження та перспективи

### 2.7.1. Результати тестування гіпотез та додаткові знахідки

Отже, результати тестування дослідницьких гіпотез свідчать про те, що більшість респондентів (62%) не змогли правильно ідентифікувати депресивний розлад у віньєтці. Ці дані демонструють, що попри поширеність терміну «депресія» у повсякденному вжитку, частоті зображення цього захворювання у засобах масової інформації, медіа та соціальних мережах, опитані респонденти недостатньо обізнані про реальну симптоматику депресивного розладу.

Водночас, як свідчать результати перевірки гіпотези H<sub>2</sub>, наявний зв'язок між правильним визначенням депресії та вибором певних корисних і не вибором певних шкідливих рекомендацій. Відповідно, ті індивіди, які змогли правильно

визначити депресивний розлад у віньєтці з більшою імовірністю порекомендують Марині (дівчині, описаній у віньєтці) звернутися до психолога, і з меншою – впоратися самій, у порівнянні з тими респондентами, які не впізнали депресивний розлад у віньєтці. Це дає підстави вважати, що індивіди, які впізнали симптоми депресії водночас дещо більше знають і про лікування цього захворювання.

Аналіз гіпотези  $H_3$  продемонстрував, що хоча частка жінок, які правильно визначили депресію більша, ніж частка чоловіків (37,9% та 23,7% відповідно), зв'язок між цими змінними є незначущим. Водночас, треба зазначити, що стать має статистично значущий зв'язок із низкою різноманітних рекомендацій щодо лікування особи, описаної у віньєтці. Цими рекомендаціями є змінні: «впоратися самій», «психолог», «ігнорувати проблему», «вітаміни». Крім того, респонденти чоловічої статі більш схильні, у порівнянні з жінками, рекомендувати Марині впоратися самій та ігнорувати проблему, а також менш схильні рекомендувати звернення до психолога та вживання чаю. Також, як продемонстрували дані, респонденти-чоловіки були більш схильні до звинувачення Марини у її стані, у порівнянні з респондентками (23,3% та 4% відповідно).

Була також проаналізована гіпотеза  $H_4$ , у якій йшлося про наявний зв'язок між рекомендацією «впоратися самій» та шкідливими рекомендаціями щодо лікування особи, яка описана у віньєтці. Отримані дані свідчать, що респондент, який порекомендував Марині впоратися самій, водночас з більшою імовірністю не порекомендує низку корисних заходів, таких як: звернутися до психолога та психіатра, звернутися до телефонної лінії довіри, вжити антидепресанти, нейролептики та антипсихотичні препарати, звернутися в групу підтримки або до служби психічного здоров'я, а також звернутися по терапію у професіонала. Водночас, цей респондент з більшою імовірністю порекомендує шкідливі та загалом менш ефективні заходи: випити алкоголю, випити чаю, прочитати книгу як собі допомогти, і зайнятися фізичною активністю.

Під час перевірки гіпотези  $H_5$  було виявлено, що змінна «емпатія» значущо корелює із низкою різноманітних рекомендацій щодо покращення стану особи,

описаної у віньєтці, які стосуються саме соціального контакту. Відповідно, респонденти, які вважали себе емпатійними, з більшою вірогідністю обрали ті рекомендації, які пов'язані із соціальною взаємодією. Крім того, треба зазначити, що емпатійні респонденти з більшою імовірністю зазначали, що вони мають високий рівень обізнаності про психічні розлади і з меншою – рекомендували ігнорувати стан Марини, поки вона не впорається сама.

Крім того, під час аналізу основних гіпотез, були виявлені додаткові зв'язки соціально-демографічних характеристик респондентів з їх обізнаністю про депресію та рекомендаціями щодо її лікування.

Так, наприклад, аналіз кореляцій та зв'язків між змінними «самопочуття на карантині», «рівень стресу», «впоратися самій», «винна або не винна», «ігнорувати проблему» та «стать» свідчать про тенденцію опитаних респондентів до соціальної домінантності. Оскільки дані демонструють, що респонденти чоловічої статі, які добре себе почувають на карантині та мають низький рівень стресу, схильні звинувачувати Марину у її стані, а також рекомендувати їй впоратися самій та ігнорувати проблему, поки дівчина сама її не вирішить.

Також були виявлені зв'язки між позицією про те, чи винна Марина у її стані та рівнем стресу, кількістю часу, який особа проводить у соціальних мережах, емпатією та власним досвідом переживання психічного розладу. Відповідно, більш емпатійні люди, які мають високий рівень стресу та проводять час у соціальних мережах і мали досвід психічного розладу з більшою вірогідністю будуть зазначати, що Марина не винна або лише частково винна у своєму стані.

Крім того, всупереч очікуванням дослідниці, зв'язки між досвідом переживання психічного розладу, а також досвідом піклування про людину з психічним розладом і правильною ідентифікацією депресії виявилися статистично не значущими. Водночас досвід комунікації з особою, яка переживає психічний розлад та правильним визначенням депресії має значущий

зв'язок. Відповідно, ті респонденти, які мають досвід комунікації із більшою імовірністю впізнають депресивний розлад.

### **2.7.2. Обмеження та перспективи дослідження**

Насамперед збільшення вибірки дослідження дасть можливість отримати більш широку інформацію про знання студентства про депресивні розлади. Крім того, важливим є також збалансування вибірки. Особливо значущою є рівномірність представлення гендеру у групах респондентів. Оскільки можливо, що при перевірці гіпотези про зв'язок гендеру та правильної ідентифікації депресії у віньєтці на більш збалансованій вибірці будуть отримані відмінні від попередніх дані. Також важлива більш рівномірність представлення різних факультетів та спеціальностей, оскільки це дасть більш варіативні відповіді та дасть можливість порівнювати обізнаність різних факультетів та спеціальностей.

Треба також зазначити, що у цьому дослідженні, за допомогою Nonparametric Independent Samples і Z-test була перевірена різниця між студентами магістратури та бакалаврату у ідентифікації депресивного розладу та рекомендаціях щодо його лікування і відмінності між цими групами виявилися статистично незначущими. Однак, цей результат пояснюється недостатньою представленням студентів магістратури (10 респондентів) у вибірці. Саме тому це дослідження у перспективі можна поширити на представників магістратури, оскільки це дасть змогу водночас дізнатися про знання студентів 5-6 курсу про депресивний розлад, а також порівняти їх відповіді з відповідями студентів бакалаврату.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ БАКАЛАВРАТУ НАУКМА ПРО ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД ТА СПОСОБИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ**

Депресія – це психічний розлад, який характеризується періодом щонайменше двох тижнів, протягом якого в індивіда спостерігається пригнічений настрій або втрата інтересу чи задоволення до майже всіх видів діяльності. Симптомами депресивного розладу є: зміна ваги або апетиту, порушення сну, зміни психомоторної діяльності, зниження енергії, почуття власної нікчемності чи провини. До симптомів депресії також належать ускладнення мислення, концентрації чи прийняття рішень та періодичні суїцидальні думки, плани чи спроби самогубства.

Метою даного дослідження було з'ясування обізнаності студентів бакалаврату НаУКМА про депресивний розлад та засоби його лікування. Відповідно до мети та завдань роботи, були узагальнені теоретичні та емпіричні матеріали щодо етіології та симптоматики депресивного розладу, обізнаності про нього та його вивчення у рамках соціологічної дисципліни.

У рамках соціологічної дисципліни ментальні розлади були висвітлені у чотирьох масштабних перспективах - соціальної причинності, критичної теорії, соціального конструктивізму та соціального реалізму. Кожна з цих перспектив пропонувала власну точку зору у вивченні ментальних розладів та була більш домінатною у конкретний історичний період. Водночас, вони перетиналися у часі та накладалися одна на одну, поєднуючи нашарування знань, міждисциплінарних зв'язків та професійних сфер.

При розгляді депресивного розладу з позиції соціологічної дисципліни, низка авторів у своїх роботах підкреслювала фундаментальне значення соціальних процесів та механізмів для розуміння як причин розладу, так і його наслідків. Крім того, депресія була розглянута різними авторами як засіб для комплексного пояснення соціальних проблем, оскільки це захворювання поєднує у собі як соціальні передумови, так і соціальні наслідки. Інші дослідники

визначали депресивний розлад у якості продукту існування індивіда у соціумі як такому.

Низка досліджень обізнаності про депресивний розлад зазначали, що саме недостатня кількість знань про це захворювання та його лікування стає бар'єром для отримання вчасної професійної допомоги та початку ефективного лікування. Крім того, ряд робіт, які досліджували обізнаність про депресивний розлад у студентства в різних країнах світу, зазначали недостатній рівень обізнаності, який демонстрували респонденти.

З метою з'ясування обізнаності студентства НаУКМА про депресію та засоби її лікування було проведене кількісне дослідження. На базі отриманих даних була протестована низка дослідницьких гіпотез. З них  $H_1$ ,  $H_2$ ,  $H_4$  та  $H_5$  були підтверджені, а  $H_3$  – частково підтверджена.

Під час перевірки гіпотез були розглянуті знання студентів бакалаврату НаУКМА про депресивний розлад, їх здатність до ідентифікації депресії за описом симптомів цього захворювання. Також були виділені зв'язки між характеристиками опитаних осіб та обраними рекомендаціями щодо засобів лікування депресивного розладу.

Результати цього дослідження свідчать про низький рівень обізнаності про депресивний розлад. Згідно з отриманими даними, 65% опитаних не змогли правильно ідентифікувати депресію у симптоматиці дівчини, яка була описана у віньєтці.

Крім цього, дослідження виявило зв'язки між соціально-демографічними та соціально-психологічними характеристиками індивідів та їх обізнаністю щодо засобів лікування депресивного розладу.

Результати дослідження показали, що гендерна приналежність має значущі зв'язки із обізнаністю про депресивний розлад. Перш за все, наявна статистична різниця між чоловіками та жінками в ідентифікації депресивного розладу. Крім того, наявні статистично значущі зв'язки між гендером та тими рекомендаціям щодо лікування, які надавали респонденти. Треба зазначити, що респонденти чоловічої статі із більшою імовірністю рекомендуватимуть особі, описаній у

віньєтці, самій впоратися з депресією та ігнорувати проблему, у порівнянні з жінками-респондентками. Також були виявлені відмінності між позиціями жінок і чоловіків щодо того, чи винна Марина у своєму стані. Згідно з даними, респонденти чоловічої статі із більшою імовірністю погодяться, що дівчина винна, ніж з жінки.

Дослідження також виявило зв'язок між суб'єктивною емпатією респондентів та низкою різних рекомендацій щодо лікування особи, описаної у віньєтці. Загалом, респонденти, які вважали себе емпатійними, з більшою імовірністю рекомендували ряд заходів, що були пов'язані з соціальною взаємодією. Також потрібно зазначити, що було виявлено зв'язок між суб'єктивною емпатією та суб'єктивним рівнем обізнаності про психічні розлади.

Дослідження також виявило, що рекомендації корисних та шкідливих заходів для лікування особи у віньєтці, пов'язані з такими характеристиками як наявність або відсутність правильної ідентифікації депресивного розладу і наявність або відсутність рекомендації «впоратися самій». Ті респонденти, які правильно визначали депресивний розлад по описаній симптоматиці, з більшою імовірністю обирали корисні рекомендації, і з меншою – шкідливі. Водночас, ті респонденти, які рекомендували Марині (дівчині, описаній у віньєтці) впоратися самій, з меншою імовірністю рекомендували корисні та ефективні заходи, і з більшою – рекомендували шкідливі або малодієві.

Зрештою, під час аналізу було виявлено додаткові зв'язки між соціально-демографічними характеристиками респондентів та їх обізнаністю про депресію і рекомендаціями щодо її лікування. Наявні значущі зв'язки між самопочуттям на карантині, рівнем стресу респондентів, статтю, рекомендацією впоратися самій, рекомендацією ігнорувати проблему та звинуваченням Марини у її стані. Ці зв'язки свідчать про тенденцію до поділення студентством позицій соціальної домінантності. Крім того, була детальніше досліджена позиція звинувачення особи у її стані, і виявлено, що люди, які визначили себе, як емпатійних, мають високий рівень стресу, проводять час у соціальних мережах та мали досвід



психічного розладу, з більшою ймовірністю будуть зазначати, що Марина не винна або лише частково винна у своєму стані. Наостанок, дані продемонстрували, що є зв'язок між досвідом комунікації з особою, яка мала депресію, та правильною ідентифікацією розладу. Відповідно, ті респонденти, які мають досвід такої комунікації, з більшою ймовірністю впізнають депресивний розлад.

### Список використаних джерел

- ВООЗ: 75% людей, що страждають на глибоку депресію, не отримують адекватного лікування. (2017). United Nations Ukraine. Режим доступу <http://www.un.org.ua/ua/informatsiinyi-tsentr/news/4100-vooz-75protsen-lyudej-shcho-strazhdayut-na-gliboku-depresiyyu-ne-otrimuyut-adekvatnogo-likuvannya>
- Крупа, В. В., & Мальцева, К. С. (2019). Соціальний стрес та превалюючі стресори серед студентів бакалаврату НаУКМА. *Наукові записки НаУКМА. Соціологія*, 62-73.
- Мироненко, О. (2006). Діагностика депресивного розладу. У Н. Долишня (ред.), *Депресія: Обличчя та маски* (сс. 9-12). Львів: Видавництво Мс.
- Чутора, М. В. (2012). Самостигматизація осіб з психічними захворюваннями як реакція на стигматизацію суспільством. *Науковий вісник УжНУ Педагогіка. Соціальна робота. Випуск 25*, 229-231.
- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1-9.
- Amarasuriya, S. D., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2015). Depression literacy of undergraduates in a non-western developing context: the case of Sri Lanka. *BMC Research Notes*, 1-14.
- Brown, G. W. (2002). Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 255-276.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Oxfordshire: Tavistock Publications Limited.
- Brown, J. (2016). Mental health matters: A growing challenge. Boston University Today. Retrieved from [bu.edu/today/2016/mental-health-college-students](http://bu.edu/today/2016/mental-health-college-students).
- Bruce, M. L. (1999). Mental Illness as Psychiatric Disorder. In C. S. Aneshensel, & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Menial Health* (pp. 37-57). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Center for Collegiate Mental Health. (2018, January). 2017 Annual Report (Publication No. STA 18-166).

- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2015). Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent Health, 58*, 57-62.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical psychology: science and practice, 35-53*.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 790–796.
- Depression. (2020). World Health Organisation. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Furnham, A., & Sjøkvist, P. (2017). Empathy and Mental Health Literacy. *Health Literacy Research and Practice, 1*, 31-40.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry, 10*, 1-9.
- Henriques, G. (2014). *The College Student Mental Health Crisis*. Psychology Today. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/theory-knowledge/201402/the-college-student-mental-health-crisis>
- Horwitz, A. V. (1999). The Sociological Study of Mental Illness: A Critique and Synthesis of Four Perspectives. In C. S. Aneshensel, & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 57-81). New York: Springer.
- Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The Impact of Depression on the Academic Productivity of University Students. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 145-151*.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research, 391-400*.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British journal of psychiatry, 396-401*.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric services*, 1621-1626.
- Loureiro, L. M. (2015). Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy – QuALiSMental: study of psychometric properties. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 79-88. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14031>
- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., & Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13, 1-8.
- McLeod, J. D., & Nonnemaker, J. M. (1999). Social Stratification and Inequality. In C. S. Aneshensel, & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 321-345). New York: Springer.
- Pescosolido, B. A., McLeod, J. D., & Avison, W. R. (2007). Through the Looking Glass: The Fortunes of the Sociology of Mental Health. In W. R. Avison, J. D. McLeod, & B. A. Pescosolido (Eds.), *Mental Health, Social Mirror* (pp. 3-33). New York: Springer.
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology* 67(4), 741-763.
- Pyne, J. M., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship Between Perceived Stigma and Depression Severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 278-283.
- Reetz, D. R., Krylowicz, B., Bershad, C., Lawrence, J. M., & Mistler, B. (2015). *The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey*. 2015.

- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2005). *A sociology of mental health and illness*. Maidenhead: Open University Press.
- Rosenberg, D. (2018). 1 in 5 college students have anxiety or depression. Here's why. The Conversation. Retrieved from [theconversation.com/1-in-5-college-students-have-anxiety-or-depression-heres-why-90440](https://theconversation.com/1-in-5-college-students-have-anxiety-or-depression-heres-why-90440).
- Stansbury, K. L., Martin, F., Wimsatt, M., Nelson, N., & Simpson, G. M. (2011). African American College Students: Literacy of depression and help seeking. *Journal of College Student Development*, 497-502.
- Step toe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive Symptoms, Socio-Economic Background, Sense of Control, and Cultural Factors in University Students from 23 Countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 97-107.
- Swami, V. (2012). Mental Health Literacy of Depression: Gender Differences and Attitudinal Antecedents in a Representative British Sample. *PLoS ONE*, 1-6.
- Wang, J., Fick, G., Adair, C., & Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 103, 91-97.
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007, February 13). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 244-250.

**Анкета дослідження**

*Вітаю! Мене звати Чорненька Катерина, я студентка четвертого курсу соціології і проводжу це опитування з метою отримання даних для своєї дипломної роботи. Мій науковий інтерес – соціологія медицини, тому моє дослідження стосується фізичного та емоційного добробуту студентства.*

*Я буду дуже вдячна вам, якщо ви пройдете це опитування. Воно забере у вас не більше 10 хвилин, водночас ви сильно допоможете мені з дослідженням.*

*У цій анкеті немає правильних або неправильних відповідей, усі вони є цінними для мене. Опитування є повністю конфіденційним, всі ваші відповіді будуть використані лише в узагальненому вигляді.*

*У разі, якщо ви будете проходити опитування з телефону, раджу перевести екран в горизонтальне положення.*

**Блок А – вступні питання**

**A0: Ви навчаєтеся на бакалавріаті чи на магістратурі?**

- ☐ Бакалавріат
- ☐ Магістратура

**A1: Як ви себе почуваєте в умовах карантину та самоізоляції?**

- ☐ Погано, мені складно жити в умовах карантину
- ☐ Нормально, можу жити в умовах карантину, але є деякий дискомфорт
- ☐ Добре, мені легко жити в умовах карантину
- ☐ Інше \_\_\_\_\_

**Блок В – Віньєтка про Марину та супутні питання**

**V1: Прочитайте текст та скажіть, що на вашу думку відбувається із героїнею історії:**

Марина - це 19-річна дівчина, яка останні кілька тижнів відчуває себе незвично сумно. Останнім часом вона відчуває постійну втому, порушився її звичайний ритм сну, а також змінилася її вага. Їй важко концентруватися та її оцінки помітно знизилися. Навіть повсякденні завдання здаються їй занадто складними, через що Марина відкладає прийняття навіть простих рішень. На це звернули увагу її батьки та друзі та дуже непокояться про неї.

**В2: На вашу думку, що відбувається з Мариною? Тут можна обрати декілька варіантів відповіді.**

- ☐ З нею не відбувається нічого поганого
- ☐ У неї проблеми
- ☐ Психічна хвороба
- ☐ Депресія
- ☐ Стрес
- ☐ Нервовий розлад
- ☐ Психологічні / психічні / емоційні проблеми
- ☐ Анорексія
- ☐ Алкоголізм
- ☐ Шизофренія
- ☐ Вікова криза
- ☐ Зловживання наркотичними речовинами
- ☐ Я не знаю
- ☐ Інше (впишіть свій варіант: \_\_\_\_\_)

**Блок С – Блок питань про те, яким чином можна допомогти Марині:**

**С1: Є різні люди та медичні працівники, до яких може звернутися Марина. Оцініть від 1 до 4, до кого з них ви б порекомендували звернутися Марині? Де 1 – зовсім би не порекомендували, а 4 – точно б порекомендували.**

- ☐ Сімейний лікар
- ☐ Вчитель

- o Психолог
- o Медсестра
- o Соціальний працівник
- o Психіатр
- o Телефонна лінія довіри
- o Близький член сім'ї
- o Близький друг/подруга
- o Вона може впоратися сама, без допомоги

**C2: Є низка речовин та медичних препаратів, які можуть допомогти Марині. Оцініть від 1 до 4, які з зазначених нижче речовин ви б порекомендували Марині? Де 1 – зовсім не порекомендували б, а 4 – точно б порекомендували.**

- o Вітаміни
- o Чай
- o Транквілізатори
- o Антидепресанти
- o Нейролептики (Антипсихотичні препарати)
- o Снодійне

**C3: Є різні заходи, які можуть допомогти Марині. Оцініть від 1 до 4, які з зазначених нижче заходів ви порекомендували Марині. Де 1 – зовсім не порекомендували б, а 4 – точно б порекомендували.**

- o Стати більш фізично активною
- o Практикувати медитацію
- o Вставати рано вранці та виходити на сонячне світло
- o Терапія в спеціалізованого професіонала (психолог, психіатр)
- o Переглянути веб-сайт, який дає інформацію про її проблему
- o Прочитати книгу про те, як самій собі допомогти
- o Приєднатися до групи підтримки людей із подібними проблемами



- о Звернутися до спеціалізованої служби психічного здоров'я
- о Випити алкоголю, щоб розслабитися
- о Палити сигарети, щоб розслабитися
- о Щоб інша людина вислухала її проблеми з розумінням
- о Щоб інша людина запропонувала їй звернутися за професійною допомогою
- о Щоб інша людина записала її на прийом до сімейного лікаря
- о Щоб інша людина спитала, чи виникають в неї думки про самогубство
- о Щоб інша людина запропонувала їй випити алкогольні напої, аби відволіктися від своїх проблем
- о Зібрати друзів Марини, щоб розвеселити її
- о Не визнавати проблему, ігнорувати її, поки Марина не подолає її сама
- о Марина має бути постійно зайнятою, щоб не концентруватися на проблемі

**C4: Оберіть одне твердження, з яким ви найбільше погоджуєтесь:**

- о Марина сама несе за себе відповідальність, її емоційний та фізичний стан залежить тільки від неї, тому вона сама винна у ситуації, у якій заходиться
- о Емоційний та фізичний стан Марини залежить не тільки від неї, вона лише частково винна у ситуації, у якій знаходиться
- о Марина не винна у ситуації, у якій знаходиться, оскільки вона сама не може впоратися і їй потрібна допомога та підтримка

**Блок D – власне знання та досвід психічних розладів**

**D1: Як би ви оцінили свій рівень знань про психічні розлади? Оцініть рівень своїх знань від 1 до 4, де 4 – це дуже високий рівень знань, а 1 – дуже низький.**

- о 1
- о 2
- о 3
- о 4

**D2: Чи переживали ви психічний розлад?**

- о Так

- о Швидше так
- о Швидше ні
- о Ні

**D3: Чи маєте ви досвід комунікації з людиною, яка переживає/переживала психічний розлад?**

- о Так
- о Швидше так
- о Швидше ні
- о Ні

**D4: Чи маєте ви досвід піклування про людину з психічним розладом?**

- о Так
- о Швидше так
- о Швидше ні
- о Ні

***Блок Е – А тепер питання про вас... (Соціально демографічний блок)***

**E1: Вкажіть свою стать**

- о Чоловік
- о Жінка
- о Інше

**E2: Скільки вам повних років? Впишіть числом: \_\_\_\_\_**

**E3: На якому факультеті ви навчаєтеся?**

**E4: На якій спеціальності ви навчаєтеся?**

**E5: Вкажіть рік свого навчання:**

**E6: Оберіть вашу форму навчання:**

- о Контракт
- о Бюджет

**E7: Чи отримуєте ви стипендію?**

- о Так
- о Ні

**E8: Чи переживаєте ви через своє навчання та оцінки?**

- o Так
- o Швидше так
- o Швидше ні
- o Ні

**E9: Будь ласка, вкажіть свій середній бал за минулий семестр: \_\_\_\_\_**

**E11: Оцініть свій рівень стресу від 1 до 4, де 4 – дуже високий рівень стресу, а 1 – дуже низький.**

- o 1
- o 2
- o 3
- o 4

**E12: Чи назвали б ви себе емпатійною людиною? (Людиною, яка розуміє почуття та психічні стани інших та співпереживає їм)**

- o Так
- o Швидше так
- o Швидше ні
- o Ні

**E13: Чи назвали б ви себе людиною, яка має широке коло друзів та знайомих?**

- o Так
- o Швидше так
- o Швидше ні
- o Ні

**E14: Скільком людям ви можете розповісти про свої проблеми та отримати підтримку?**

- o Нікому
- o 1-2 людям
- o 3-4 людям
- o 5 або більше людям

**E15: Скільки приблизно часу на день ви проводите у соціальних мережах?**

- o Менше 1 години
- o 1-2 години
- o 3-4 годин
- o 5 або більше годин

**E16: Якими соціальними мережами ви найбільше користуєтеся? Тут ви можете обрати декілька варіантів відповіді.**

- o Facebook
- o Twitter
- o Instagram
- o Telegram
- o Tiktok
- o YouTube
- o Вконтакте
- o Tumblr
- o Pinterest
- o Інша \_\_\_\_\_

**E17: Яке з цих суджень найбільш відповідає фінансовому становищу вашого домогосподарства?**

- o Нам ні на що не вистачає грошей або вистачає тільки на харчування
- o Нам вистачає грошей на харчування, одяг, і ми можемо щось відкласти, але цього недостатньо для придбання таких речей, як, наприклад, холодильник або телевізор
- o Ми можемо купувати деякі дорогі речі (як, наприклад, телевізор), але ми не можемо дозволити собі все, що хочемо
- o Ми можемо дозволити собі все, що хочемо

**E18: Скільки всього людей проживає разом з вами?**

- o Нікого
- o 1-2 людини
- o 3-4 людини
- o 5 або більше людей

*[У разі, якщо респондент обрав відповідь 1-2 або більше]*

**E19: Хто з нижче названих осіб проживає разом з вами в одному домогосподарстві?**

- о Родина: батьки, брат(и), сестра(и), дідусь, бабуся
- о Партнер/ка чи чоловік/дружина
- о Друзі/подруги
- о Сусіди по кімнаті/квартирі

**E20: Будь ласка, вкажіть освіту свого батька:**

- о Неповна середня (менше 10 класів)
- о Повна середня, загальна (10-11 класів)
- о Середня спеціальна (технікум тощо)
- о Вища освіта

**E21: Будь ласка, вкажіть освіту своєї матері:**

- о Неповна середня (менше 10 класів)
- о Повна середня, загальна (10-11 класів)
- о Середня спеціальна (технікум тощо)
- о Вища освіта

*Це все! Дуже дякую вам за відповідь! Ви можете залишити свою пошту, якщо хочете дізнатися результати цього опитування: \_\_\_\_\_*

Таблиця В.2.2 Соціально-демографічні характеристики вибірки

| Характеристика      | Альтернатива                  | Частка, % |
|---------------------|-------------------------------|-----------|
| Стать (гендер)      | Чоловік                       | 22,4%     |
|                     | Жінка                         | 77,6%     |
| Факультет           | ФСНСТ                         | 48,4%     |
|                     | ФІ                            | 18,2%     |
|                     | ФЕН                           | 16,1%     |
|                     | ФГН                           | 9,9%      |
|                     | ФПрН                          | 4,2%      |
|                     | ФПвН                          | 3,1%      |
|                     |                               |           |
| Рік навчання        | 1                             | 27,1%     |
|                     | 2                             | 17,2%     |
|                     | 3                             | 29,2%     |
|                     | 4                             | 26,6%     |
| Форма навчання      | Бюджет                        | 74,5%     |
|                     | Контракт                      | 25,5%     |
| Стипендія           | Отримує                       | 35,9%     |
|                     | Не отримує                    | 64,1%     |
| Середній бал        | 61-70 (D)                     | 4,4%      |
|                     | 71-80 (C)                     | 23,1%     |
|                     | 81-90 (B)                     | 46,7%     |
|                     | 91-100 (A)                    | 25,8%     |
| Фінансове становище | Нижче середнього, середнє     | 31, 8%    |
|                     | Середнє, вище середнього      | 68,2%     |
| Освіта батька       | Неповна середня               | 1%        |
|                     | Повна середня (загальна)      | 5,7%      |
|                     | Спеціальна середня (технікум) | 13,5%     |
|                     | Вища освіта                   | 79,7%     |
| Освіта матері       | Неповна середня               | -         |
|                     | Повна середня (загальна)      | 1%        |
|                     | Спеціальна середня (технікум) | 8,9%      |

## Таблиці для перевірки дослідницьких гіпотез

Таблиця В.2.5.3.2. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «ідентифікація депресії» та «стать»

| Тестування $\chi^2$                        |          |                                       |
|--|----------|---------------------------------------|
| Змінні «ідентифікація депресії» та «стать» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>                  | 2,687    | ,101                                  |

Таблиця В.2.5.3.3. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «ідентифікація депресії» та «стать»

| Симетричні міри                            |          |                      |
|--|----------|----------------------|
| Змінні «ідентифікація депресії» та «стать» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>                          | ,121     | ,101                 |

Таблиця В.2.5.3.5. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «впоратися самій» та «стать»

| Тестування $\chi^2$                 |          |                                       |
|-------------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Змінні «впоратися самій» та «стать» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>           | 17,889   | ,000                                  |

Таблиця В.2.5.3.6. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «впоратися самій» та «стать»

| Симетричні міри                     |          |                      |
|-------------------------------------|----------|----------------------|
| Змінні «впоратися самій» та «стать» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>                   | ,305     | ,000                 |

Таблиця В.2.5.3.8. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «психолог» та «стать»

| Тестування $\chi^2$          |          |                                       |
|------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Змінні «психолог» та «стать» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>    | 11,742   | ,008                                  |

Таблиця В.2.5.3.9. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «психолог» та «стать»

| Симетричні міри              |          |                      |
|------------------------------|----------|----------------------|
| Змінні «психолог» та «стать» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>            | ,247     | ,008                 |

Таблиця В.2.5.3.8. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «ігнорувати проблему» та «стать»

| Тестування $\chi^2$                     |          |                                       |
|---|----------|---------------------------------------|
| Змінні «ігнорувати проблему» та «стать» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>               | 16,720   | ,001                                  |

Таблиця В.2.5.3.9. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «ігнорувати проблему» та «стать»

| Симетричні міри                         |          |                      |
|---|----------|----------------------|
| Змінні «ігнорувати проблему» та «стать» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>                       | ,247     | ,001                 |

Таблиця В.2.5.3.12. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «вітаміни» та «стать»

| Тестування $\chi^2$          |          |                                       |
|------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Змінні «вітаміни» та «стать» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>    | 16,720   | ,001                                  |

Таблиця В.2.5.3.13. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «вітаміни» та «стать»

| Симетричні міри              |          |                      |
|------------------------------|----------|----------------------|
| Змінні «вітаміни» та «стать» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>            | ,247     | ,001                 |

Таблиця В.2.5.3.15. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «винна або не винна» та «стать»

| Тестування $\chi^2$                    |          |                                       |
|--|----------|---------------------------------------|
| Змінні «винна або не винна» та «стать» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>              | 23,081   | ,000                                  |



Таблиця В.2.5.3.16. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «винна або не винна» та «стать»

| Симетричні міри                        |          |                      |
|--|----------|----------------------|
| Змінні «винна або не винна» та «стать» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>                      | ,347     | ,000                 |

## Таблиці для перевірки додаткових знахідок

Таблиця Г.2.6.2. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «самопочуття» та «стать», «рівень стресу» та «стать»

| Тестування $\chi^2$               |          |                                       |
|-----------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Змінні «самопочуття» та «стать»   | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>         | 9,658    | ,022                                  |
| Змінні «рівень стресу» та «стать» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>         | 9,601    | ,002                                  |

Таблиця Г.2.6.3. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «самопочуття» та «стать», «рівень стресу» та «стать»

| Симетричні міри                   |          |                      |
|-----------------------------------|----------|----------------------|
| Змінні «самопочуття» та «стать»   | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>                 | ,224     | ,022                 |
| Змінні «рівень стресу» та «стать» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>                 | ,224     | ,002                 |

Таблиця Г.2.6.7. Результати тестування  $\chi^2$  для змінних «досвід комунікації» та «ідентифікація депресії»

| Тестування $\chi^2$                                     |          |                                       |
|---|----------|---------------------------------------|
| Змінні «досвід комунікації» та «ідентифікація депресії» | Значення | Асимптотична значущість (двостороння) |
| <b>Pearson Chi-Square</b>                               | 12,572   | ,006                                  |

Таблиця Г.2.6.8. Міра зв'язку Cramer's V для змінних «досвід комунікації» та «ідентифікація депресії»

| Симетричні міри   |          |                      |
|---|----------|----------------------|
| Змінні «досвід комунікації» та «ідентифікація депресії» | Значення | Приблизна значущість |
| <b>Cramer's V</b>                                       | ,262     | ,006                 |