

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоров'я людини

Кафедра психології та соціології

Кудінова Ю. О.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ
ТА ЗАСОБИ ЙОГО ВІДНОВЛЕННЯ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ**

**Київ
2025**

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет: здоров'я людини

Кафедра: психології та соціології

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
до кваліфікаційної роботи**

рівень вищої освіти: другий (магістерський)

спеціальність: 053 Психологія. Освітня програма: «Психологія»

**на тему «Ментальне здоров'я студентської молоді
та засоби його відновлення та збереження»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи ПС-241зм

Кудінова Ю. О.

Керівник: доцент кафедри психології

та соціології, к. психол. н., доц.

Сербін Ю.В.

Рецензент: д. психол. н., проф., завідувачка кафедри

соціальної психології Карпатського університету

імені Василя Стефаника МОН України

Пілецька Л.С.

Завідувачка кафедри:

д. психол. н., проф.

Бохонкова Ю. О.

Київ

2025

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет: здоров'я людини

Кафедра: психології та соціології

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

спеціальність: 053 Психологія. Освітня програма: «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувачка кафедри психології
та соціології, д. психол. н., проф.**

Ю. О. Бохонкова

«03» вересня 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЦІ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Кудіновій Юлії Олександрівні

1. Тема роботи: «Ментальне здоров'я студентської молоді та засоби його відновлення та збереження».

Керівник роботи: Сербін Ю. В., к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля, затверджений наказом по університету від 02.09.2025 р. № 141/15.04.

2. Строк подання здобувачем роботи: *10.12.2025 р.*

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – *106 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами.*

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): *проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслеників): *таблиці, рисунки (діаграми, гістограми, сегментограми).*

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1.	Сербін Ю. В. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Сербін Ю. В. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Сербін Ю. В. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	25.10.2025 р.	03.11.2025 р.

7. Дата видачі завдання: «03» вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1.	Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
2.	Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. – 16.10.2025 р.	
3.	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів констатувального експерименту	17.10.2025 р. – 24.10.2025 р.	
4.	Апробація та опис програми соціально психологічного тренінгу.	25.10.2025 р. – 31.10.2025 р.	
5.	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формульовального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	01.11.2025 р. – 03.11.2025 р.	
6.	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 р. – 08.12.2025 р.	
7.	Представлення роботи на зовнішню рецензію	09.12.2025 р. – 10.12.2025 р.	
8.	Перевірка роботи на академічний плагіат	11.12.2025 р. – 14.12.2025 р.	
9.	Захист роботи	15.12.2025 р. – 17.12.2025 р.	

Здобувачка вищої освіти:

Ю. О. Кудінова

Керівник роботи:

к. психол. н., доц.

Ю. В. Сербін

РЕФЕРАТ

Текст – 106 с., рис. – 7, табл. – 13, літератури – 97, додатків – 16

Розглянуто психологічні особливості ментального здоров'я студентської молоді в умовах сучасних викликів, зокрема воєнного стану. Деталізовано структурно-функціональні компоненти психологічного благополуччя здобувачів вищої освіти, включаючи когнітивний, емоційний, поведінковий та соціально-адаптаційний аспекти. Проаналізовано вікові особливості періоду пізньої юності та специфічні стресогенні фактори освітнього середовища, що впливають на формування і підтримку ментального здоров'я здобувачів вищої освіти.

Проведено констатувальний експеримент, спрямований на вивчення актуального стану ментального здоров'я студентської молоді з використанням комплексу психодіагностичних методик: опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я, шкали позитивного ментального здоров'я, шкали тривожності Спілбергера-Ханіна, шкали депресії Бека. З'ясовано критичні показники психологічного благополуччя респондентів, встановлено взаємозв'язки між ментальним здоров'ям, академічною успішністю та соціальною адаптацією здобувачів вищої освіти, ідентифіковано основні фактори ризику порушень психологічного стану.

На основі отриманих результатів розроблено комплексну програму збереження та відновлення ментального здоров'я студентської молоді, що інтегрує психопрофілактичні, діагностичні та корекційні заходи. Ефективність програми перевірено в ході формувального експерименту з використанням методів математичної статистики, що підтвердило її дієвість у покращенні показників психологічного благополуччя, зниженні рівня тривожності та депресивних проявів, підвищенні стресостійкості учасників.

Ключові слова: МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я, СТУДЕНТСЬКА МОЛОДЬ, ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ВОЄННИЙ СТАН, ОСВІТНЄ СЕРЕДОВИЩЕ, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, ТРИВОЖНІСТЬ, ДЕПРЕСІЯ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД.

ABSTRACT

Kudinova Yu. O. Mental Health of Youth Students and Means of Its Restoration and Preservation : Qualification Thesis. 2025. 164 p.

The psychological features of mental health among student youth under contemporary challenges, particularly wartime conditions, have been examined. The structural-functional components of psychological well-being among higher education students have been detailed, including cognitive, emotional, behavioral, and social-adaptive aspects. Age-specific characteristics of the late adolescence period and specific stressogenic factors of the educational environment that influence the formation and maintenance of students' mental health have been analyzed.

A constative experiment was conducted aimed at studying the current state of mental health among student youth using a complex of psychodiagnostic methods: questionnaire for measuring health locus of control, positive mental health scale, Spielberger-Hanin anxiety scale, and Beck Depression Scale. Critical indicators of respondents' psychological well-being were identified, relationships between mental health, academic performance, and social adaptation of students were established, and main risk factors for psychological state disorders were identified.

Based on the obtained results, a comprehensive program for preserving and restoring mental health among student youth was developed, integrating psychoprophylactic, diagnostic, and corrective measures. The program's effectiveness was verified during a formative experiment using mathematical statistics methods, which confirmed its efficacy in improving psychological well-being indicators, reducing anxiety levels and depressive manifestations, and enhancing participants' stress resistance..

Keywords: MENTAL HEALTH, STUDENT YOUTH, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, WARTIME CONDITIONS, EDUCATIONAL ENVIRONMENT, PSYCHO-PREVENTION, STRESS RESISTANCE, ANXIETY, DEPRESSION, PSYCHOLOGICAL SUPPORT.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
Розділ 1. Теоретичні засади вивчення ментального здоров'я студентської молоді.....	14
1.1. Поняття та сутність ментального здоров'я в сучасній психології.....	14
1.2. Вікові особливості психологічного розвитку студентської молоді....	21
1.3. Фактори, що впливають на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти.....	26
Висновки до розділу 1.....	33
Розділ 2. Емпіричне дослідження ментального здоров'я студентської молоді.....	35
2.1. Обґрунтування вибору методичного матеріалу, організація та хід емпіричного дослідження	35
2.2. Дослідження ментального здоров'я студентської молоді, опис обраних діагностичних методик.....	39
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту.....	51
Висновки до розділу 2.....	64
Розділ 3. Засоби збереження та відновлення ментального здоров'я студентської молоді	66
3.1. Психолого-педагогічні підходи до профілактики та корекції порушень ментального здоров'я.....	66
3.2. Розробка та апробація програми збереження ментального здоров'я здобувачів вищої освіти	69
3.3. Результати формульовального експерименту.....	84
3.4. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики.....	93
Висновки до розділу 3.....	109
ВИСНОВКИ	112
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	115
ДОДАТКИ.....	125

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема ментального здоров'я студентської молоді набуває особливої актуальності в умовах сучасних глобальних викликів та трансформацій освітнього простору. Студентський вік є критичним періодом психосоціального розвитку особистості, коли формуються професійна ідентичність, система цінностей та життєвих орієнтирів. Водночас цей період характеризується підвищеною психологічною вразливістю внаслідок адаптації до нових умов навчання, зміни соціального статусу, необхідності самостійного прийняття рішень та планування майбутнього.

Сучасні дослідження демонструють критичний стан ментального здоров'я студентської молоді: за даними українських науковців, 85% здобувачів вищої освіти виявляють симптоми депресії різного ступеня тяжкості, 66% мають прояви тривожних розладів, а 81,7% відзначають погіршення психоемоційного стану в умовах кризових ситуацій. Ці показники значно перевищують загальнопопуляційні норми та свідчать про необхідність термінового втручання.

В Україні проблема ментального здоров'я здобувачів вищої освіти набуває особливої гостроти у зв'язку з повномасштабною війною, розпочатою росією 24 лютого 2022 року. Воєнний стан створив унікальний комплекс стресогенних факторів: пряму загрозу життю, вимушене переміщення, втрату близьких, економічну нестабільність, невизначеність майбутнього. Додатковим фактором стресу стало масове впровадження дистанційних форм навчання, що призвело до соціальної ізоляції, порушення звичного режиму життєдіяльності та технічних труднощів у навчальному процесі.

Студентська молодь виявляється особливо вразливою до цих викликів через низку психологічних особливостей періоду пізньої юності: незавершеність процесів особистісного самовизначення, підвищену емоційну лабільність, схильність до максималізму в оцінках та рішеннях, недостатність життєвого досвіду для ефективного подолання кризових ситуацій. Академічне

навантаження, конкурентне середовище, фінансові труднощі та необхідність поєднувати навчання з роботою створюють додаткові стресові фактори.

Наукові дослідження свідчать про тісний взаємозв'язок між ментальним здоров'ям здобувачів вищої освіти та їх академічною успішністю, соціальною адаптацією, професійним становленням. Погіршення психологічного стану негативно впливає на когнітивні функції, мотивацію до навчання, здатність до творчого мислення та інновацій, що в перспективі може призвести до зниження якості підготовки фахівців та втрати людського капіталу країни.

Водночас існуюча система психологічної підтримки в закладах вищої освіти не завжди відповідає масштабам та специфіці проблем студентської молоді. Відсутність систематичного моніторингу ментального здоров'я, недостатність кваліфікованих фахівців, обмеженість ресурсів для впровадження профілактичних програм створюють перешкоди для своєчасного виявлення та подолання психологічних проблем.

Проблема ментального здоров'я студентської молоді була предметом дослідження вітчизняних та зарубіжних учених, таких як А. Адлер, Р. Ассаджіолі, О. Бохонкова, Б. Братусь, Л. Бурлачук, А. Елліс, Е. Еріксон, О. Завгородня, Н. Колотій, І. Коцан, Л. Карамушка, В. Лищук, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл та багатьох інших. Проте більшість досліджень зосереджувалися на загальних аспектах психологічного здоров'я, тоді як специфічні особливості ментального здоров'я саме студентської молоді в умовах сучасних викликів залишаються недостатньо вивченими.

Особливо актуальним є розроблення науково обґрунтованих засобів відновлення, збереження та зміцнення ментального здоров'я здобувачів вищої освіти, що враховують специфіку їх вікового розвитку, освітніх потреб та сучасних соціокультурних умов. Необхідність створення комплексних профілактичних програм, ефективних методів діагностики та корекції психологічних порушень, а також розробки рекомендацій для створення психологічно безпечного освітнього середовища зумовлює важливість даного дослідження.

Відсутність єдиного підходу до визначення критеріїв ментального здоров'я студентської молоді, недостатність емпіричних даних про фактори ризику та захисні механізми, обмеженість науково обґрунтованих технологій психологічного супроводу створюють прогалини в теоретичному розумінні проблеми та практичних підходах до її вирішення.

Багатогранність та складність означеної проблематики, її недостатня теоретична та практична розробленість, а також високий ступінь соціальної значущості обумовили вибір теми кваліфікаційної роботи.

Об'єкт дослідження – ментальне здоров'я студентської молоді.

Предмет дослідження – засоби відновлення та збереження ментального здоров'я студентської молоді.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості відновлення та збереження ментального здоров'я студентської молоді в сучасному освітньому просторі.

Для досягнення мети в роботі поставлені та вирішувалися такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння ментального здоров'я та систематизувати його структурно-функціональні компоненти у контексті студентської молоді.
2. Дослідити вікові особливості та специфічні чинники, що впливають на формування та підтримку ментального здоров'я здобувачів вищої освіти в умовах сучасних викликів.
3. Провести емпіричне дослідження стану ментального здоров'я студентської молоді та ідентифікувати основні проблемні зони психологічного благополуччя.
4. Розробити та апробувати науково обґрунтовану програму збереження та відновлення ментального здоров'я здобувачів вищої освіти, що включає психопрофілактичні та корекційні заходи.

5. Експериментально перевірити ефективність розробленої програми та визначити оптимальні стратегії підтримки психологічного благополуччя здобувачів вищої освіти.

6. Розробити практичні рекомендації для закладів вищої освіти щодо створення психологічно безпечного освітнього середовища та організації системного психологічного супроводу студентської молоді.

Методологічною основою дослідження стали: вчення про співвідношення понять психічне та психологічне здоров'я (О. Баякіна, І. Бурлакова, І. Дубровіна, Л. Засєкіна, Г. Побокіна та ін.); підходи до вивчення психічного здоров'я особистості (О. Бойчук, О. Василевська, Н. Гончаренко, Т. Дзюба); підходи до визначення здоров'я та психологія здоров'я людини (І. Коцан, Г. Ложкін, М. Мушкевич, О. Креденцер, О. Лемішко, Л. Царенко, С. Цимбалюк); психологічні чинники та умови забезпечення психологічного здоров'я на роботі (Л. Карамушка); комунікативні, морально-етичні та духовні чинники формування психологічного здоров'я особистості (О. Бохонкова, С. Гарькавець, О. Кононенко, М. Тимофієва, В. Бочелюк, В. Корнієнко, Р. Шевченко).

Методи (методики) дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів, а саме:

– *теоретичні*: методи порівняння, систематизації, узагальнення наукової літератури;

– *емпіричні*: констатувальний та формувальний експерименти, психодіагностичні методики: опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К. Wallston, В. Wallston, & R. Devellis) (адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер), методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive mental health scale (pmh-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. Van Der Veld, & E. Becker) (адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко), методика «Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI – State-Trait Anxiety Inventory)» (адаптація Ю. Ханіна), методика «Шкала депресії Бека» (Beck's Depression Inventory, BDI).

– *методи математичної обробки даних із їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням.* Статистична обробка даних і графічна презентація результатів дослідження здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Power BI Desktop.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

– *комплексно досліджено особливості ментального здоров'я студентської молоді в умовах воєнного стану та систематизовано специфічні стресогенні фактори, що впливають на психологічне благополуччя здобувачів вищої освіти в кризових умовах;*

– *теоретично обґрунтовано та емпірично верифіковано структурно-функціональну модель ментального здоров'я студентської молоді, що включає когнітивний, емоційний, поведінковий та соціально-адаптаційний компоненти з урахуванням вікових особливостей періоду пізньої юності;*

– *розроблено та експериментально апробовано комплексну програму збереження та відновлення ментального здоров'я здобувачів вищої освіти, що інтегрує психодіагностичні, психопрофілактичні та психокорекційні заходи;*

– *встановлено емпіричні закономірності взаємозв'язку між показниками ментального здоров'я, академічною успішністю та соціально-психологічною адаптацією здобувачів вищої освіти в умовах освітнього середовища;*

– *науково обґрунтовано систему психологічного супроводу навчально-виховного процесу в закладах вищої освіти, спрямовану на створення психологічно безпечного освітнього середовища та профілактику порушень ментального здоров'я студентської молоді.*

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні та поглибленні наукових знань у галузі психології особистості, вікової та педагогічної психології через:

– уточнення та систематизацію понятійно-категоріального апарату ментального здоров'я студентської молоді в сучасних умовах;

– розширення теоретичних уявлень про структуру та компоненти ментального здоров'я особистості в юнацькому віці;

- поглиблення знань про механізми формування та функціонування особистості студентської молоді в освітньому середовищі;
- теоретичне обґрунтування ефективних стратегій підтримки психологічного благополуччя;
- створення основи для подальших наукових досліджень у галузі ментального здоров'я, сприяючи розвитку нових напрямів досліджень та поглибленню розуміння проблеми.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності для:

- розробки та впровадження психопрофілактичних програм підтримки ментального здоров'я здобувачів вищої освіти у закладах вищої освіти;
- оптимізації роботи психологічних служб університетів шляхом впровадження науково обґрунтованих методів діагностики та корекції психологічного стану студентської молоді;
- підвищення кваліфікації викладачів та кураторів академічних груп з питань створення психологічно безпечного освітнього середовища;
- розробки методичних рекомендацій для практичних психологів щодо ефективних стратегій роботи зі студентською молоддю в кризових ситуаціях;
- вдосконалення системи психологічного супроводу навчально-виховного процесу та створення комплексних програм адаптації здобувачів вищої освіти першого року навчання.

Отримані результати також можуть слугувати основою для подальших наукових досліджень у галузі ментального здоров'я, а також можуть бути застосовані для формування більш ефективної державної політики в галузі охорони ментального здоров'я.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

1.1. Поняття та сутність ментального здоров'я в сучасній психології

Дослідження поняття та сутності ментального здоров'я на сьогодні набуває надважливого значення та актуальності, оскільки це сприяє усвідомленню його впливу на загальне благополуччя людини, професійну діяльність та соціальну адаптацію. Глибше розуміння ментального здоров'я допомагає розробляти ефективні стратегії збереження психологічного балансу та попередження стресових станів. Це також дозволяє створювати сприятливі умови для розвитку гармонійних міжособистісних стосунків і досягнення високої якості життя.

Вивчення цього феномену є предметом дослідження численних наукових дисциплін, таких як біологія, медицина, педагогіка, соціологія та психологія. Однак, незважаючи на значний інтерес до досліджуваного поняття, досі відсутня його універсальна дефініція. Чисельні наукові розвідки здебільшого констатують лише наявність певної плутанини у використанні термінів ментальне здоров'я, психічне здоров'я та психологічне здоров'я.

Відтак, розкриваючи поняття *ментальне здоров'я* слід з'ясувати поняття та сутність складових цього терміну (здоров'я та ментальний), а також висвітлити його співвідношення з такими категоріями як *психічне здоров'я* та *психологічне здоров'я*.

Проведений аналіз наукової літератури свідчить, що на сьогодні нараховується більше ніж 100 визначень поняття «здоров'я», яке сформовано науковцями різних галузей знань.

В загальному розумінні «здоров'я – це стан організму, при якому нормально функціонують усі його органи та системи» [2]. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я, як це стан повного

фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи фізичних вад [5, с. 46–51].

Досліджуючи походження та розвиток поняття здоров'я, вітчизняні психологи Л. Карамушка та Т. Дзюба виділили кілька основних підходів до його визначення і вивчення, а саме:

- здоров'я – це складна, багатоаспектна, динамічна у своєму концептуальному розвитку категорія (О. Васильєв, Ф. Філатов та ін.);
- здоров'я виступає об'єктом досліджень таких галузей наукового пізнання як: біологія, соціологія, психологія, фізіологія та ін., оскільки дана категорія не може бути визначена лише у розрізі однієї науки (В. Нілов, Г. Скамблер та ін.);
- здоров'я розглядається як глобальний феномен, структуротворчий фактор соціальності (О. Васильєв, Ф. Філатов та ін.);
- здоров'я є предметом дослідження у площині соціокультурних змін, тобто особлива увага має бути звернена на вивчення специфічних факторів та детермінантів здоров'я (О. Васильєв, Ф. Філатов, Г. Скамблер та ін.);
- сучасні організації функціонують в умовах пролонгованої соціальної напруженості, яка може виступати предметом аналізу потенційно можливих загроз для професійного здоров'я персоналу організацій (О. Бондарчук, О. Винославська, В. Івкін, К. Терещенко та ін.) [25, с. 23-24].

Як зазначають психологи І. Коцан, Г. Ложкін та М. Мушкевич, здоров'я – це не лише біологічний стан, а й психологічний процес, який визначається індивідуальними особливостями людини та забезпечує їй максимально можливу тривалість і якість життя. Дослідження в цій галузі підтверджують, що здоров'я – це активна форма життєдіяльності, яка дозволяє людині реалізувати свій потенціал [29, с. 35]

Підсумовуючи викладене, можна стверджувати, що поняття «здоров'я», є комплексним явищем, яке складається з двох взаємопов'язаних компонентів – фізичного та психічного здоров'я. При цьому психічне здоров'я не є лише доповненням до фізичного, а є його невід'ємною частиною, що впливає на

загальний стан організму. Таким чином, психічне здоров'я можна розглядати як важливу складову цілісного здоров'я людини.

Відтак, для потреб нашого дослідження, ми виходимо із розуміння поняття здоров'я, як динамічного стану повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, що дозволяє людині реалізувати свій потенціал, ефективно справлятися зі стресами повсякденного життя та робити позитивний внесок у своє оточення.

Досліджуючи поняття «ментальний», можна констатувати, що цей термін походить від латинського слова «mens (mentis)», що означає розум, душа, спосіб мислення. У сучасному розумінні, «ментальний» стосується всього, що пов'язано з розумом, мисленням, свідомістю, психікою людини.

Як зазначає Т. Костєва, ментальність – це спосіб мислення, загальна духовна налаштованість, установка індивіда або соціальної групи (наприклад етнії, професійного або соціального прошарку) до навколишнього світу. Це свого роду призма, через яку людина дивиться на світ і себе в ньому. Вона притаманна кожній людині, незалежно від етнічної належності, соціального стану, статі, мови тощо. Звичайно ж, ментальність залежить від цих факторів, особливо від національності та зумовлених нею мови та культури [28, с. 38].

Енциклопедія сучасної психології визначає термін «ментальний» як «поняття, що належить до сфери мислення, способу світосприйняття, духовної настроєності, притаманний індивіду або групі; означає душевний або психічний» [18]. У «Психологічній енциклопедії» ментальність розглядається як стійкий і характерний для конкретної особистості спосіб мислення, емоційного реагування та сприйняття навколишнього середовища [49, с. 318].

Таким чином, ментальний – це поняття, яке характеризує все, що пов'язане з розумом, мисленням, свідомістю та психікою людини. Воно охоплює як індивідуальні особливості кожної людини (способи мислення, сприйняття, переживання), так і колективні уявлення, цінності та установки, які формуються під впливом культури, суспільства та інших соціальних факторів.

Ментальний аспект людини проявляється у способах мислення (як людина сприймає інформацію, аналізує її, приймає рішення), світогляді (системі поглядів на світ, цінностях, переконаннях), емоційному стані (переживаннях, настрої, реакції на події), а також поведінці (діях, вчинках, що визначаються внутрішнім світоглядом людини).

Розкриваючи, власне, дефініцію *ментальне здоров'я*, слід зазначити, що згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) ментальне здоров'я (mental health) – це стан ментального благополуччя, який дозволяє людям справлятися з життєвими стресами, реалізувати свої здібності, добре навчатися та добре працювати, а також робити внесок у суспільство [88]. ВООЗ підкреслює, що ментальне здоров'я – це фундамент, на якому будуються наші взаємовідносини з іншими людьми, наша здатність працювати та насолоджуватися життям. Іншими словами, ментальне здоров'я дозволяє нам повноцінно жити і взаємодіяти зі світом. Воно є невід'ємною частиною життя кожної людини, суспільства в цілому та має вирішальне значення для нашого добробуту.

В цьому контексті досить влучно доповнює І. Періг, який зазначає що ментально здорова людина: 1) розпізнає свої емоційні стани і може керувати ними; 2) здатна налагоджувати стосунки з іншими; 3) відкрита для навчання та розвитку; 4) самостійно приймає рішення; 5) адаптується до нових умов життя та викликів сьогодення; 6) отримує відчуття радості та задоволення від життя [43, с. 121].

Важливо зауважити, що англійський термін «mental», який використовується у визначенні ВООЗ, може мати, зокрема такі українські відповідники, як ментальний або психічний. Тому, здебільшого у вітчизняній науковій літературі терміни ментальне здоров'я та психічне здоров'я часто використовуються як взаємозамінні (тотожні) поняття, що, на нашу думку, пов'язано з особливостями перекладу. У західній ж науковій літературі та практиці англomовний термін «mental health» найчастіше розуміється як «психічне здоров'я». Цей термін є універсальним та використовується для опису

всіх аспектів цього феномена і є загальноприйнятим як серед науковців, так і серед громадськості.

Як зазначають у цьому контексті О. Ткачишина та О. Столярчук – «під ментальним здоров'ям розуміють психічне здоров'я, що передбачає будь-який рівень розумового, емоційного благополуччя або відсутність психічного розладу» [63, с. 80].

Водночас наука оперує й іншими дефініціями психічного здоров'я. Так, «психічне здоров'я в сучасному розумінні – це не тільки відсутність виражених психічних розладів у індивідуума, а й стан рівноваги та гармонії між людиною та навколишнім світом, суспільством, наявність душевних, психічних резервів щодо подолання стресів та труднощів, що виникають за виняткових обставин» [40, с. 27].

Психічне здоров'я, за визначенням вітчизняних психологів Л. Карамушки та Т. Дзюби, це «інтегральна характеристика повноцінного функціонування всіх психічних структур індивіда (рівень і якість мислення, розвиток пам'яті й уваги, ступінь емоційної стійкості, розвиток вольових якостей), що забезпечують відчуття суб'єктивного психічного комфорту, здатність до осмисленої діяльності та адекватні форми поведінки» [25, с. 26].

Таким чином, в контексті нашого дослідження, ми виходимо із розуміння психічного здоров'я, як багатоаспектного поняття, що включає в себе емоційну рівновагу, здатність адаптуватися до змін, задоволеність життям, стійкість до стресу, ефективну взаємодію з іншими людьми та здатність керувати своїми емоціями.

У науковій літературі також існують різні підходи до співвідношення понять психічного та психологічного здоров'я. Одні дослідники ототожнюють ці поняття, інші – розглядають як протилежні. Зауважимо, що така неоднозначність трактування створює певні труднощі для проведення наукових розвідок у цій галузі.

Як зазначає у цьому контексті Л. Коробка – психологічне здоров'я є вищим рівнем прояву здоров'я психічного, воно визначається ціннісно-смысловим

змістом розвитку особистості [27, с. 334]. На думку автора, термін психічне здоров'я стосується окремих психічних процесів і механізмів, а термін психологічне здоров'я – особистості в цілому, тісно пов'язаний з вищими проявами людського духу і дозволяє виокремити і підкреслити власне психологічний аспект проблеми психічного здоров'я на відміну від медичного, соціологічного, філософського та інших аспектів [27, с. 336].

Виокремлюючи в окрему категорію психологічне здоров'я, О. Панченко та А. Кабанцева зазначають, що відмінність психологічного здоров'я від психічного насамперед полягає в тому, що психічне здоров'я має відношення до окремих психічних процесів і механізмів індивідуума, а психологічне – належить до особистості загалом і дозволяє виділити власне психологічний аспект проблеми психічного здоров'я [40, с. 31].

Таким чином, проведене дослідження поняття ментальне здоров'я, дозволяє стверджувати що цей феномен виступає інтегрованою характеристикою особистості, що лежить в основі загального благополуччя та якості життя людини. В основі ментального здоров'я, окрім ментальності, покладено два системоутворювальні компоненти. У ролі першого виступає баланс між емоційним, психологічним, соціальним і духовним благополуччям особистості, у ролі другого – стан гармонії людини з навколишнім світом та із собою. Саме за умови єдності означених компонентів ментальне здоров'я лежить в основі процесу успішної адаптації людини до мінливого навколишнього середовища, дозволяє справлятися із кризовими ситуаціями та підтримувати рівновагу між різними аспектами життя особистості та здійснювати позитивний вплив на оточення [23, с. 79].

Одним із важливих напрямів дослідження ментального здоров'я також є визначення ключових характеристик цього складного феномена. Аналіз наукових праць західних та вітчизняних вчених дозволяє виокремити широкий спектр критеріїв, які характеризують ментальне здоров'я людини в соціально-психологічній, індивідуально-психологічній та ціннісно-смісловій сферах, зокрема:

1. Позитивне самопочуття особистості, що виражається станом радості та задоволення собою в повсякденному житті та дозволяє ефективно впоратися зі стресом та іншими критичними ситуаціями.

2. Гнучкість і адаптованість людини до мінливих умов сьогодення та здатність вирішувати життєві проблеми та встановлювати сприятливі міжособистісні стосунки з іншими.

3. Емоційна стійкість, що дозволяє ефективно керувати емоційно-вольовою сферою особистості.

4. Самовизначеність суб'єкта життєдіяльності, за якої останній має свідомий орієнтир на власні цінності та переконання.

5. Здатність до ефективної комунікації з іншими, результатом якої є сприятливі стосунки.

6. Спроможність до самореалізації та саморозвитку власної ідентичності.

Єдність вказаних критеріїв ментального здоров'я дозволяє людині реалізовувати власний потенціал, справлятися із життєвими викликами, розвивати стресостійкість, підтримувати гармонійні стосунки з оточенням, вносити позитивний вклад у суспільний розвиток і насолоджуватися життям [23, с. 79].

Дослідники також визначають важливі ознаки ментального здоров'я, зокрема:

1. Здатність любити. Здатність залучатися до відносини, відкриватися Іншій людині.

2. Здатність працювати. Це стосується не тільки професії. Це в першу чергу про здатність створювати і творити.

3. Здатність грати. Йдеться як про дитячі ігри у прямому сенсі, так і про здатність дорослих людей грати словами, символами. Це можливість використовувати метафори, гумор, символізувати свій досвід і отримувати від цього задоволення.

4. Безпечні відносини. На жаль, почасти люди перебувають в насильницьких, загрозливих, залежних – нездорових відносинах.

5. Автономія. Люди часто роблять не те, чого насправді хочуть. Вони навіть не встигають вибрати (прислухатися до себе), чого ж їм хотіти.

6. Сталість себе і об'єкта або концепція інтегрованості. Це здатність залишатися в контакті з усіма сторонами власного Я: як хорошими, так і поганими, як приємними, так і з тими, що не викликають бурхливої радості [28, с. 38-39].

Підсумовуючи зазначимо, що ментальне здоров'я – це багатогранне явище, яке охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Суттєвою тенденцією сучасних досліджень є розуміння ментального здоров'я як комплексу психічного, психологічного та духовного благополуччя. Для всебічного розуміння сутності цього феномену необхідний комплексний підхід, що враховує різноманітні теоретичні та практичні аспекти.

Сучасні дослідження ментального здоров'я підкреслюють важливу роль духовності у його формуванні. Ментальність, як духовна налаштованість на саморозвиток та добробут інших, є одним з ключових факторів, що впливають на ментальне здоров'я. Крім того, важливими компонентами є баланс між різними аспектами благополуччя особистості (емоційною, психологічною, соціальною та духовною) та гармонійні відносини з навколишнім світом.

1.2. Вікові особливості психологічного розвитку студентської молоді

Студентський вік – це особливий період розвитку особистості, що характеризується інтенсивними змінами в когнітивній, емоційній, соціальній та особистісній сферах [56]. Цей етап збігається з юністю та ранньою дорослістю, коли відбувається активне самовизначення, формування світогляду та ціннісних орієнтацій. У цей період молоді люди стикаються з численними викликами, пов'язаними з адаптацією до навчання, стресом, соціальною ізоляцією та невизначеністю майбутнього [7]. Особливого значення набуває вплив воєнних дій, що посилює тривожність та депресивні стани [8, с. 55-59]. Розуміння вікових

особливостей психологічного розвитку здобувачів вищої освіти є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки їхнього ментального здоров'я. Адаптація в студентські роки є двостороннім процесом: з одного боку, це прийняття суспільних відносин, а з іншого – ювентизація, тобто оновлення суспільства через залучення молоді.

Проблематикою психологічного розвитку студентської молоді займалися численні вітчизняні та зарубіжні вчені. Так, Б. Ананьєв, Л. Виготський, І. Кон, В. Моргун, В. Мухіна вивчали особливості цього періоду як сенситивного для розвитку соціогенних потенціалів людини. Дослідники психологічної школи під керівництвом Б. Ананьєва виділили студентство як окрему вікову та соціально-психологічну категорію. Т. Титаренко розробляла концепцію життєвого шляху особистості, що є особливо актуальною для студентського віку [62]. Ю. Бохонкова, Ж. Вірна, І. Данілюк, Н. Завацька, Л. Заграй, З. Карпенко, М. Орап, Л. Пілецька, А. Реан, Т. Ткач, Т. Щербан досліджували особливості особистісного та професійного становлення здобувачів вищої освіти.

Е. Еріксон розглядав студентський вік як період психосоціального мораторію, коли молоді люди мають можливість випробувати різні соціальні та професійні ролі [63]. Х. Ремшмідт наголошував на важливості формування дорослості як незалежної фази розвитку, зі своїми специфічними потребами та проблемами.

У студентському віці відбуваються значні зміни в когнітивній сфері, що характеризуються розвитком критичного мислення, аналітичних здібностей та здатності до абстрактного мислення. Здобувачі вищої освіти вчаться самостійно здобувати знання, аналізувати інформацію та формувати власну точку зору [44]. Метакогнітивні вміння, адекватні умовам навчання, стають опорою для успішного засвоєння знань. Здатність до інтроспекції, тобто самостереження, дозволяє здобувачам вищої освіти аналізувати власні думки, почуття та вчинки. Водночас, академічний тиск та великий обсяг інформації можуть призводити до стресу та когнітивного перевантаження [16, с. 12-15]. Важливим також є

розвиток навчального самопізнання, тобто усвідомлення мотивів, завдань та прийомів навчання.

Студентський вік також є періодом інтенсивного емоційного розвитку, коли формуються стійкі емоційні реакції, розвивається емоційний інтелект та здатність до емпатії [80]. Водночас, цей період характеризується підвищеною вразливістю до негативних емоційних станів, таких як тривожність, депресія та емоційне виснаження [4, с. 192–195]. Військові дії та соціальна нестабільність посилюють ці негативні тенденції, призводячи до погіршення ментального здоров'я здобувачів вищої освіти. Важливою задачею є формування реалістичної перспективи на майбутнє та стабільної самооцінки.

Соціальний розвиток здобувачів вищої освіти відбувається в умовах розширення соціального оточення та активного пошуку свого місця в суспільстві. Вони встановлюють нові соціальні зв'язки, формують ідентичність та визначають свою роль у суспільстві [58, с. 118-127.]. Важливим аспектом соціального розвитку є адаптація до нового соціального середовища, що може супроводжуватися труднощами та соціальною ізоляцією. Підтримка соціальних зв'язків та розвиток соціальних навичок є важливими факторами ментального здоров'я здобувачів вищої освіти. Важливим є засвоєння соціальних ролей та вміння регулювати свою поведінку відповідно до них [55, с. 51-59.].

Особистісний розвиток у студентському віці характеризується формуванням самосвідомості, ціннісних орієнтацій та ідентичності. Здобувачі вищої освіти активно займаються самопізнанням, визначають свої життєві цілі та прагнення [59]. Важливим аспектом особистісного розвитку є формування професійної ідентичності та готовності до самореалізації. Водночас, невизначеність майбутнього та складна соціально-економічна ситуація можуть ускладнювати процес особистісного самовизначення та призводити до тривожності та депресії. Важливим є досягнення автономії від батьків та формування власної системи цінностей.

У студентському віці відбувається активне формування ціннісних орієнтацій, які визначають життєві пріоритети та моральні принципи

особистості. Здобувачі вищої освіти формують світогляд, визначають своє ставлення до суспільства та інших людей. Важливим аспектом є формування громадянської позиції та готовності до соціальної активності [19, с. 52-57.]. Водночас, вплив негативних соціальних явищ, таких як корупція, соціальна нерівність та воєнні дії, може призводити до дезорієнтації та втрати цінностей [21, с. 28-40.].

Розвиток самосвідомості та ідентичності є ключовим завданням студентського віку. Здобувачі вищої освіти активно займаються самопізнанням, визначають свої сильні та слабкі сторони, формують уявлення про себе як про особистість. Важливим аспектом є формування гендерної ідентичності та прийняття своєї сексуальної орієнтації [3]. Водночас, соціальний тиск та стереотипи можуть ускладнювати процес формування позитивної самооцінки та ідентичності [63, с. 175-178]. Е. Еріксон називав цей період психосоціальним мораторієм, коли відбувається пошук ідентичності та вибір життєвого шляху [63]. Дж. Марсія виділяє різні статуси ідентичності, такі як розмита, передчасна, мораторій та досягнута [87, Р. 551-558].

Формування професійної ідентичності є важливим аспектом розвитку самосвідомості здобувачів вищої освіти. Це включає усвідомлення своєї приналежності до професійної спільноти, знання про свої сильні та слабкі сторони, уявлення про себе в майбутньому та співвіднесеність професійної діяльності зі своїм «Я» [50].

Сучасна студентська молодь стикається з численними проблемами та викликами, які негативно впливають на їхнє ментальне здоров'я. Адаптація до навчання у вищому навчальному закладі, особливо на першому курсі, може супроводжуватися стресом, тривожністю та депресією. Академічний тиск, фінансові труднощі та соціальна ізоляція посилюють ці негативні стани. Військові дії та невизначеність майбутнього призводять до погіршення ментального здоров'я здобувачів вищої освіти, збільшуючи ризик розвитку посттравматичного стресового розладу та інших психічних захворювань [8, с. 55-59].

Адаптація до навчання у закладі вищої освіти є важливим етапом соціалізації здобувачів вищої освіти [6]. Вона включає професійну адаптацію, тобто пристосування до навчального процесу та набуття навичок самостійної роботи, та соціально-психологічну адаптацію, тобто пристосування до групи та вироблення власного стилю поведінки. Важливим є активна особистісна позиція та вивчення умов нового життєвого простору [46, с. 27-36.].

Процес адаптації може бути активним, коли здобувачів вищої освіти змінює навколишнє середовище, або пасивним, коли він змінює свою поведінку. Залежно від швидкості адаптації, виділяють різні типи здобувачів вищої освіти: ті, що легко адаптуються, ті, що залежать від середовища, та ті, що важко адаптуються [56].

Вікові особливості психологічного розвитку студентської молоді безпосередньо пов'язані з їхнім ментальним здоров'ям. З одного боку, високий рівень когнітивного розвитку, прагнення до самореалізації та активна соціальна позиція є важливими ресурсами для подолання стресу та адаптації до складних життєвих обставин. З іншого боку, емоційна нестабільність, внутрішня невпевненість, соціальна ізоляція та невизначеність майбутнього можуть негативно впливати на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти, призводячи до тривожності, депресії та інших психологічних проблем. Розуміння цих взаємозв'язків є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки їх ментального здоров'я, враховуючи вікові особливості та потреби [53, с. 45-48.].

Таким чином, студентський вік є важливим етапом психологічного розвитку, що характеризується значними змінами в когнітивній, емоційній, соціальній та особистісній сферах. Сучасна студентська молодь стикається з численними викликами, які негативно впливають на їхнє ментальне здоров'я. Розуміння вікових особливостей психологічного розвитку здобувачів вищої освіти та їхнього зв'язку з ментальним здоров'ям є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки та профілактики психічних розладів у студентському середовищі. Підтримка соціальних зв'язків, розвиток навичок

саморегуляції є важливими факторами адаптації та збереження ментального здоров'я здобувачів вищої освіти.

1.3. Фактори, що впливають на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти

Розглянувши сутність ментального здоров'я та вікові особливості психологічного розвитку студентської молоді, доцільно перейти до системного аналізу факторів, що впливають на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти. Розуміння цих факторів є принципово важливим для розробки ефективних стратегій підтримки психологічного благополуччя молоді в умовах навчання у закладах вищої освіти, особливо в сучасних умовах воєнного стану в Україні.

Сучасна наукова література виділяє широкий спектр факторів, що впливають на ментальне здоров'я студентської молоді. Згідно з усталеними в науковій думці критеріями класифікації, ці фактори доцільно систематизувати за кількома основними принципами: за локалізацією джерела впливу (внутрішні та зовнішні), за сферою впливу (біологічні, психологічні, соціальні) та за характером дії (захисні та ризикові) [42, с. 108-120.].

Внутрішні фактори пов'язані з індивідуально-психологічними особливостями особистості здобувача вищої освіти та включають психологічні механізми, що формуються в процесі його розвитку. Дослідження показують, що ці фактори є найбільш стабільними та визначають базову стресостійкість особистості [11].

Когнітивні особливості становлять основу внутрішніх ресурсів здобувача вищої освіти для подолання стресових ситуацій. Рівень розвитку критичного мислення, здатність до самоаналізу та рефлексії, особливості сприйняття та обробки інформації суттєво впливають на інтерпретацію стресових подій. Здобувачі вищої освіти з розвиненими когнітивними навичками краще

справляються з академічним навантаженням та адаптуються до нових умов навчання [31, с. 35-47].

Психологічні механізми дії когнітивних факторів включають процеси когнітивної переоцінки (когнітивного рефреймінгу), при якому індивід змінює інтерпретацію стресової ситуації, що призводить до зміни емоційної реакції на неї. Здобувачі вищої освіти з високим рівнем когнітивної гнучкості здатні знаходити альтернативні способи вирішення проблем та менше схильні до катастрофічного мислення.

Емоційна регуляція є ще одним важливим внутрішнім фактором. Здатність розпізнавати, розуміти та ефективно керувати власними емоціями визначає рівень психологічної адаптації здобувача вищої освіти. Дефіцит навичок емоційної регуляції призводить до підвищеної вразливості до стресу, тривожності та депресивних станів [51].

Нейробиологічні механізми емоційної регуляції включають взаємодію між префронтальною корою та лімбічною системою. При ефективній емоційній регуляції префронтальна кора здійснює «зверху-вниз» контроль над емоційними реакціями, генерованими амігдалою та іншими структурами лімбічної системи.

Особистісні риси також суттєво впливають на ментальне здоров'я. Такі характеристики як оптимізм, самоефективність, стресостійкість, відкритість досвіду та сумлінність корелюють з кращими показниками психологічного благополуччя. Навпаки, високий рівень нейротизму, перфекціонізму та схильність до румінації (нав'язливих роздумів) підвищують ризик розвитку психологічних проблем [33, с. 76-87.].

Зовнішні фактори включають усі аспекти соціального та фізичного середовища, в якому функціонує здобувач вищої освіти, та умови його життєдіяльності.

Академічне середовище є одним з найвпливовіших зовнішніх факторів. Характеристики навчального процесу, якість стосунків з викладачами та однокурсниками, рівень академічного навантаження та вимог суттєво впливають на психологічний стан здобувачів вищої освіти. Дослідження показують, що 85%

здобувачів вищої освіти демонструють симптоми депресії, а 66% – тривожного розладу в умовах підвищеного академічного стресу [30, с. 103-119; 45, с. 70-78].

Психологічні механізми дії академічного стресу включають активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що призводить до підвищення рівня кортизолу. Хронічно підвищений рівень кортизолу негативно впливає на гіпокамп, погіршуючи процеси пам'яті та навчання, що створює замкнене коло академічних труднощів.

Соціальне оточення включає сім'ю, друзів, однолітків та більш широку соціальну мережу. Якість міжособистісних стосунків та рівень соціальної підтримки є критично важливими для ментального здоров'я здобувачів вищої освіти. Дослідження показують, що ті з них, які щоденно спілкуються при особистих зустрічах, мають у 2,6 разів нижчі шанси розвитку депресивних симптомів [15, с. 9-17.].

Економічні фактори створюють додатковий стрес для багатьох здобувачів вищої освіти. Фінансові труднощі, необхідність поєднувати навчання з роботою, невпевненість у матеріальному майбутньому активують стресові системи організму та можуть призводити до соціального порівняння та зниження самооцінки.

Біологічні фактори включають генетичні predisпозиції, нейробіологічні особливості, гормональні зміни та фізичний стан організму. Генетичні варіації в системах нейромедіаторів (серотонін, дофамін, ГАМК) визначають індивідуальну схильність до тривожних та депресивних розладів [37, с. 89-102].

Гормональні флуктуації, особливо в період стресу, суттєво впливають на ментальне здоров'я. Хронічно підвищений рівень кортизолу призводить до порушень у роботі імунної системи, погіршення когнітивних функцій та підвищення ризику розвитку депресії.

Психологічні фактори охоплюють когнітивні процеси, емоційну сферу, особистісні якості та механізми психічної саморегуляції. До цієї категорії належать особливості мислення (катастрофічне мислення, руміація, когнітивні

спотворення), емоційні патерни (алекситимія, емоційна лабільність) та поведінкові стратегії подолання стресу.

Когнітивні механізми включають процеси атрибуції (пояснення причин подій), які можуть бути оптимістичними (зовнішні, нестабільні, специфічні атрибуції для негативних подій) або песимістичними (внутрішні, стабільні, глобальні атрибуції).

Соціальні фактори включають вплив культури, суспільних норм, соціально-економічного статусу та групової належності. Ці фактори формують контекст, в якому відбувається психосоціальний розвиток особистості та визначають доступ до ресурсів підтримки [34, с. 78-86.].

Повномасштабна війна, розпочата росією 24 лютого 2022 року, створила унікальний комплекс стресогенних факторів для українських здобувачів вищої освіти. За даними досліджень, 81,7% з них відзначили погіршення психоемоційного стану під час переходу на навчання в умовах воєнного стану [71, р. 4-9.].

Військові дії впливають через кілька механізмів:

1. Прямі загрози – безпосередня небезпека для життя активує системи виживання, призводячи до хронічної гіперактивації симпатичної нервової системи.
2. Втрати та горе – втрата близьких, друзів, домівки запускає процеси горювання та може призводити до розвитку ускладненого горя.
3. Невизначеність майбутнього – неможливість планування активує системи тривоги та може призводити до розвитку генералізованого тривожного розладу.

Психофізіологічні механізми включають гіперактивацію амігдали, порушення роботи гіпокампа та префронтальної кори, що проявляється у вигляді симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних розладів [32, с. 1-14].

Воєнний стан значно погіршив економічну ситуацію в країні, що безпосередньо вплинуло на матеріальне становище студентських родин.

Економічний стрес активує ті ж нейробіологічні системи, що і фізичні загрози, призводячи до хронічного стресу та виснаження адаптивних ресурсів організму.

Психологічні механізми включають формування негативних когнітивних схем щодо майбутнього, зниження самоефективності та розвиток навченої безпорадності. Соціальне порівняння з більш забезпеченими однолітками може призводити до зниження самооцінки та розвитку соціальної тривожності.

Пандемія COVID-19 та воєнні дії призвели до широкого впровадження дистанційних форм навчання, що створило нові виклики для ментального здоров'я здобувачів вищої освіти. Дослідження показують, що дистанційне навчання має як позитивні (гнучкість, доступність), так і негативні аспекти для психологічного благополуччя [22].

Негативні ефекти включають:

1. Соціальну ізоляцію – зменшення безпосереднього спілкування призводить до дефіциту соціальної підтримки та може сприяти розвитку депресивних станів.
2. Технічний стрес – технічні проблеми, необхідність освоєння нових технологій створюють додаткове навантаження на когнітивні ресурси.
3. Порушення режиму – відсутність структурованого розкладу може призводити до порушень сну, харчування та фізичної активності.

Більшість негативних факторів діють через активацію стресової відповіді організму. Стрес активує ГГН-вісь, що призводить до вивільнення кортизолу та адреналіну. У короткостроковій перспективі це адаптивна реакція, але хронічний стрес призводить до виснаження системи та розвитку патологічних станів.

Нейробіологічні механізми хронічного стресу включають:

- гіпертрофію амігдали (підвищена тривожність);
- атрофію гіпокампа (порушення пам'яті);
- дисфункцію префронтальної кори (порушення виконавчих функцій);
- дисбаланс нейромедіаторів (депресія, тривожність).

Негативні фактори впливають на когнітивні процеси, спотворюючи сприйняття дійсності та формуючи дисфункціональні схеми мислення. Основні

когнітивні спотворення включають катастрофізацію, дихотомічне мислення, персоналізацію та ментальну фільтрацію.

Соціальна ізоляція та порушення міжособистісних зв'язків негативно впливають на ментальне здоров'я через кілька шляхів:

1. Дефіцит соціальної підтримки – відсутність емоційної, інформаційної та інструментальної підтримки
2. Порушення соціальної ідентичності – втрата відчуття приналежності до групи
3. Зниження самооцінки – через відсутність позитивного зворотного зв'язку від оточуючих

Важливими захисними факторами є особистісна зрілість, розвинена самосвідомість, ефективні копінг-стратегії та позитивні життєві цінності. Резилієнтність – здатність відновлюватися після стресових подій – є інтегральною характеристикою, що включає когнітивну гнучкість, емоційну регуляцію та соціальну підтримку.

Якісні міжособистісні стосунки є потужним захисним фактором. Соціальна підтримка діє через:

1. Буферний ефект – зменшення впливу стресових подій
2. Прямий ефект – позитивний вплив на настрій та самооцінку
3. Поведінковий ефект – сприяння здоровим поведінковим паттернам

Системи психологічної підтримки в закладах вищої освіти, доступність ментальної допомоги та створення підтримуючого середовища є важливими інституційними чинниками збереження ментального здоров'я здобувачів вищої освіти [20, с. 95-99].

Отже, маємо констатувати, що сучасні дослідження в Україні демонструють значущий вплив різних факторів на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти, зокрема:

- 85% з них демонструють симптоми депресії різного ступеня тяжкості;
- 66% мають прояви тривожного розладу;

- 81,7% відзначають погіршення психоемоційного стану в умовах воєнного стану;
- у 2,6 рази знижується ризик депресії при регулярному особистому спілкуванні.

Ці дані підкреслюють критичну важливість комплексного підходу до підтримки ментального здоров'я студентської молоді в сучасних умовах.

Таким чином, фактори, що впливають на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти, утворюють складну багаторівневу систему взаємодій між внутрішніми ресурсами особистості та зовнішніми умовами середовища. Особливо актуальними для української студентської молоді є фактори, пов'язані з воєнними діями, економічною нестабільністю та дистанційним навчанням, які створюють додаткові виклики для психологічного благополуччя.

Розуміння психологічних механізмів дії цих факторів – стресового, когнітивного та соціального – є необхідною умовою для розробки ефективних стратегій підтримки ментального здоров'я студентської молоді. Важливого значення набуває не лише мінімізація негативних факторів, але й активація захисних ресурсів особистості та створення підтримуючого середовища.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Дослідження ментального здоров'я є вкрай важливим у сучасному світі, оскільки воно впливає на всі аспекти життя людини. Незважаючи на численні дослідження, універсального визначення цього поняття досі не існує, що свідчить про його складність та багатогранність. Ментальне здоров'я включає в себе баланс емоційного, психологічного, соціального та духовного благополуччя, а також гармонію з навколишнім світом. Воно є основою для успішної адаптації, стресостійкості та позитивного впливу на оточення, що підкреслює необхідність комплексного підходу до його вивчення та підтримки.

Студентський вік є критичним етапом психологічного розвитку особистості, що характеризується інтенсивними трансформаціями у когнітивній, емоційній, соціальній та особистісній сферах, формуванням професійної ідентичності, ціннісних орієнтацій та стійкої самосвідомості. Сучасна студентська молодь переживає складний період адаптації до навчального середовища в умовах соціальної нестабільності, воєнних дій та невизначеності майбутнього, що істотно впливає на їхнє ментальне здоров'я та може призводити до підвищення рівня тривожності, депресивних станів та соціальної дезадаптації. Багатовимірність психологічного розвитку здобувачів вищої освіти вимагає комплексного підходу до розуміння їхніх потреб, де високий когнітивний потенціал та прагнення до самореалізації поєднуються з емоційною вразливістю та труднощами соціального самовизначення. Розуміння вікових особливостей психологічного розвитку студентської молоді є фундаментальною основою для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки, профілактики ментальних розладів та створення оптимальних умов для гармонійного особистісного та професійного становлення майбутніх фахівців.

Аналіз факторів впливу на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти показує складну багаторівневу систему взаємодії внутрішніх ресурсів особистості (когнітивні здібності, емоційна регуляція, особистісні риси) та зовнішніх умов середовища (академічне оточення, соціальна підтримка,

економічні чинники). Особливо критичними для української студентської молоді є фактори воєнного стану, які призвели до драматичного погіршення показників психологічного благополуччя – 85% здобувачів вищої освіти демонструють симптоми депресії, а 66% мають прояви тривожних розладів. Дистанційне навчання та соціальна ізоляція додатково ускладнюють ситуацію, порушуючи звичні механізми соціальної підтримки та міжособистісної взаємодії. Розуміння нейробіологічних, когнітивних та соціальних механізмів дії цих факторів є необхідною основою для розробки комплексних програм психологічної підтримки, орієнтованих на мінімізацію ризикових факторів та активацію захисних ресурсів особистості. Актуальність проблеми вимагає негайного впровадження системних заходів психологічної допомоги студентській молоді з урахуванням специфічних викликів сучасності.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

2.1. Обґрунтування вибору методичного матеріалу, організація та хід емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження особливостей ментального здоров'я студентської молоді в умовах сучасних викликів вимагає комплексного методологічного підходу, що дозволить всебічно оцінити психологічний стан здобувачів вищої освіти та ідентифікувати ключові детермінанти їх психологічного благополуччя. Складність та багатоаспектність феномену ментального здоров'я, особливо в кризових умовах воєнного стану, обумовлює необхідність використання валідних та надійних психодіагностичних інструментів, що охоплюють основні структурні компоненти психологічного здоров'я особистості.

Відбір методичного матеріалу здійснювався з урахуванням специфіки досліджуваної проблематики, вікових особливостей респондентів та унікальних умов функціонування освітнього простору України в період повномасштабної війни. Ключовими критеріями вибору психодіагностичних методик стали: відповідність меті та завданням дослідження, валідність та надійність інструментарію, наявність української адаптації, можливість оцінки як дисфункціональних проявів, так і ресурсних аспектів ментального здоров'я, а також придатність для використання в умовах групового тестування.

З метою емпіричного дослідження ментального здоров'я студентської молоді в контексті вирішення завдань нашого дослідження було обрано такі психодіагностичні методики:

1. Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К. Wallston, В. Wallston, & R. Devellis) (адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер) [24, с. 17-19.].

2. Методика Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive mental health scale (pmh-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. Van Der Veld, & E. Becker) (адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко) [26, с. 85-94.].

3. Методика Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI – State-Trait Anxiety Inventory) (адаптація Ю. Ханіна) [47, с. 276-278].

4. Методика Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) [1, с. 121-128.].

Обрані методики забезпечують комплексну діагностику ментального здоров'я через дослідження його ключових компонентів.

Так, *емоційно-афективний компонент* ментального здоров'я досліджується через оцінку депресивних проявів за допомогою Шкали депресії Бека, що дозволяє виявити рівень депресивної симптоматики [69, р. 23-24; 71, р. 85-86], яка, за результатами попередніх досліджень, спостерігається у 85% студентської молоді. Паралельно Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна забезпечує можливість оцінки як ситуативної, так і особистісної тривожності, що критично важливо для розуміння реакцій здобувачів вищої освіти на стресові фактори воєнного часу [64, с. 389-391; 41, с. 68].

Ресурсно-адаптивний компонент представлений Шкалою позитивного ментального здоров'я, яка дозволяє оцінити не лише відсутність психологічних порушень, але й наявність позитивних аспектів ментального здоров'я: емоційний баланс, задоволеність життям, самореалізацію, стійкість та автономність [84]. Ця методика особливо цінна для виявлення внутрішніх ресурсів особистості, які можуть стати основою для розробки програм психологічного супроводу [95; 61].

Когнітивно-поведінковий компонент досліджується через опитувальник локусу контролю здоров'я, що дозволяє оцінити уявлення здобувачів вищої освіти про власні можливості впливу на стан свого здоров'я, готовність брати відповідальність за психологічне благополуччя та мотивацію до участі в профілактичних заходах [94]. Цей показник має особливе значення для прогнозування ефективності психологічних інтервенцій та готовності здобувачів

вищої освіти до активної участі в програмах збереження ментального здоров'я [54].

Поряд із цим, вибір та адаптація методичного інструментарію додатково враховували те, що студентська молодь представляє особливу соціально-демографічну групу, що перебуває на етапі пізньої юності (18-22 роки) та характеризується унікальними психологічними особливостями розвитку. Цей віковий період відзначається інтенсивним формуванням ідентичності, становленням професійного самовизначення, активним пошуком сенсу життя та власного місця в соціумі [66, р. 474-478]. Водночас студентський вік супроводжується підвищеною вразливістю до стресових чинників, емоційною лабільністю та схильністю до кризових станів, що обумовило необхідність особливого підходу до дослідження їхнього ментального здоров'я [38, с. 225-248].

Специфіка психологічного функціонування студентської молоді полягає у поєднанні високої інтелектуальної активності з емоційною нестабільністю, прагнення до самостійності з потребою в підтримці та керівництві, амбіційних життєвих планів з реальними обмеженнями та викликами [12]. Ці суперечності створюють особливе психологічне напруження, яке в умовах додаткових стресових факторів може призводити до порушень ментального здоров'я. Тому обраний психодіагностичний інструментарій враховує не лише загальні показники психологічного благополуччя, але й специфічні для цього віку механізми адаптації та копінг-стратегії.

Проведення емпіричного дослідження ментального здоров'я студентської молоді в умовах воєнного стану накладає додаткові вимоги до методологічного апарату та організації діагностичного процесу. Воєнні ризики створюють унікальний контекст психологічного функціонування, який характеризується хронічним стресом, непередбачуваністю майбутнього, загрозою для життя та здоров'я, руйнуванням звичних життєвих планів та соціальних зв'язків [82, р. 170-172]. Ці фактори суттєво впливають на психологічний стан здобувачів вищої освіти, створюючи потребу в адаптації традиційних підходів до діагностики ментального здоров'я.

Особлива увага при виборі методик також приділялась їх чутливості до воєнної травматизації та здатності виявляти як гострі стресові реакції, так і довготривалі наслідки впливу травматичних подій. Важливим аспектом стала можливість диференціації між нормальними адаптивними реакціями на екстремальні обставини та патологічними проявами, що потребують психологічної допомоги. Крім того, методики забезпечують можливість оцінки ресурсних аспектів особистості, які в кризових умовах стають критично важливими для збереження психологічного благополуччя.

Дослідження ментального здоров'я студентської молоді також потребує дотримання особливих етичних принципів, пов'язаних з конфіденційністю, добровільністю участі та мінімізацією можливих психологічних ризиків для респондентів [66; 97]. Використання стандартизованих методик забезпечує об'єктивність оцінки та можливість порівняння результатів, проте потребує врахування культурних та контекстуальних особливостей досліджуваної групи. Особлива увага приділялась створенню безпечного психологічного простору для проведення діагностики та забезпеченню можливості надання психологічної підтримки учасникам дослідження у разі виявлення серйозних порушень ментального здоров'я.

Організаційні аспекти дослідження також враховували специфіку освітнього процесу в умовах воєнного стану: можливі переривання занять через повітряні тривоги, дистанційний формат навчання, підвищений рівень стресу у всіх учасників освітнього процесу. Тому було обрано методики, які можуть використовуватись як в очному, так і в дистанційному форматі, не потребують тривалого часу на заповнення та мають зрозумілі інструкції для самостійного виконання.

Таким чином, використання валідованих україномовних версій методик, адаптованих провідними вітчизняними фахівцями, забезпечує високу якість діагностичної процедури та можливість порівняння отриманих результатів з нормативними даними для української популяції. Такий підбір інструментарію дозволяє реалізувати багаторівневий підхід до оцінки ментального здоров'я

студентської молоді та забезпечує емпіричну базу для розробки науково обґрунтованих рекомендацій щодо збереження та відновлення психологічного благополуччя здобувачів вищої освіти в умовах сучасних викликів.

2.2. Дослідження ментального здоров'я студентської молоді, опис обраних діагностичних методик

Наведемо детальний опис методик, які використовувались при проведенні дослідження.

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я

(K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis)

(адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер) [24, с. 17-19]

1. Автори методики та історія її розробки

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (Multidimensional Health Locus of Control Scale, MHLC) був розроблений у 1978 році американськими дослідниками Кеннетом А. Волстоном (Kenneth A. Wallston), Барбарою С. Волстон (Barbara S. Wallston) та Робертом Девеллісом (Robert DeVellis). Результати їхньої роботи було опубліковано в статті «Development of Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales» у журналі Health Education Monographs. Створення методики стало результатом розвитку концепції локус контролю Дж. Роттера та її специфічного застосування до сфери здоров'я. Автори виходили з того, що загальні шкали локус контролю недостатньо специфічні для прогнозування поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, що зумовило необхідність створення спеціалізованого багатовимірного інструменту. В Україні адаптація методики була здійснена науковою групою під керівництвом Л.М. Карамушки у співпраці з К.В. Терещенко та О.В. Креденцер, що дозволило використовувати цей інструмент у вітчизняному науково-практичному контексті.

2. Призначення методики

Багатовимірна шкала локус контролю здоров'я призначена для вимірювання індивідуальних переконань людини щодо того, хто або що контролює її здоров'я. Методика використовується для діагностики локалізації контролю в сфері здоров'я та дозволяє визначити, наскільки особа вважає себе відповідальною за власне здоров'я порівняно з зовнішніми факторами. Опитувальник широко застосовується в клінічній психології, психології здоров'я, медичній психології та організаційній психології для дослідження зв'язку між переконаннями про контроль здоров'я та різними аспектами поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Методика також використовується для прогнозування дотримання медичних рекомендацій, ефективності профілактичних програм та планування психологічних втручань, спрямованих на формування здорової поведінки і підвищення мотивації до самоконтролю та самозбереження.

3. Принцип побудови методики

Методика ґрунтується на теорії соціального наuczіння та концепції локус контролю, адаптованих до сфери здоров'я. Принцип побудови базується на припущенні, що переконання людини про контроль над своїм здоров'ям можна розділити на три основні виміри. Структурно опитувальник складається з 18 питань, які рівномірно розподілені між трьома шкалами по 6 пунктів у кожній: шкала внутрішнього локусу контролю (Блок А) відображає ступінь відчуття респондентами контролю над своїм здоров'ям; шкала контролю могутніми іншими (Блок Б) показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність могутні інші, наприклад, лікарі, родичі тощо; шкала контролю випадку (Блок В) вимірює, наскільки опитуваний переконаний в тому, що здоров'я залежить від випадку, везіння або долі. Кожне питання оцінюється за 5-бальною шкалою Лікерта від абсолютно не згоден (1 бал) до абсолютно згоден (5 балів), що дозволяє отримати детальну оцінку переконань респондента.

4. Одиниця вимірювання і надійність результатів

Одиницею вимірювання є бали за кожною з трьох шкал, які підраховуються окремо шляхом сумування балів відповідних пунктів. Кожна шкала може мати значення від 6 до 30 балів. Інтерпретація результатів здійснюється наступним чином: 22-30 балів відповідають високому рівню за відповідною шкалою контролю, 15-21 бал свідчить про середній рівень, а 6-14 балів характеризують низький рівень за відповідною шкалою. Наприклад, високий бал за шкалою внутрішнього контролю означає, що респондент вірить у свої сили щодо запобігання захворюванням і лікування, середній бал за шкалою контролю могутніми іншими свідчить про часткову впевненість в тому, що здоров'я залежить від могутніх інших, а високий бал за шкалою контролю випадку вказує на переконання, що здоров'я залежить від випадку. Дослідження психометричних властивостей української адаптації показали задовільні показники надійності та валідності методики.

5. Обґрунтованість методики

Теоретична обґрунтованість методики базується на добре розробленій теорії локус контролю та її застосуванні до специфічної сфери здоров'я, що має міцне емпіричне підґрунтя в соціальній та когнітивній психології. Концептуальна модель враховує багатомірність переконань про контроль здоров'я, що відображає складність реальних процесів сприйняття відповідальності за власне здоров'я. Трьохскадова структура методики дозволяє диференційовано оцінити різні джерела контролю, що є більш точним та інформативним порівняно з одновимірними підходами. Емпірична обґрунтованість підтверджується численними міжнародними дослідженнями, які демонструють зв'язки між показниками MHLC та різними аспектами здорової поведінки, дотриманням медичних рекомендацій, стресостійкістю та психологічним благополуччям. Валідність методики підтверджується кореляціями з іншими психологічними конструктами, такими як самоефективність, копінг-стратегії та показники психічного здоров'я.

6. Бланк методики

Бланк опитувальника містить стандартну інструкцію: Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди з представленими ситуаціями, за наступною шкалою (обведіть відповідну цифру), де 1 означає – абсолютно не згоден, 2 – не згоден, 3 – важко відповісти, 4 – погоджуюся, 5 – абсолютно згоден. Питання згруповані у три блоки. Блок А (внутрішній локус контролю) містить твердження типу: я контролюю свій стан здоров'я, найбільше на моє здоров'я впливають мої вчинки, якщо я буду піклуватися про себе, то зможу уникнути хвороби. Блок Б (контроль могутніми іншими) включає питання на кшталт: лікарі піклуються про моє здоров'я, що стосується мого здоров'я, то я роблю тільки те, що говорить лікар, якщо я видужую, то це завдяки турботі інших людей. Блок В (контроль випадку) містить твердження: хвороби звалюються на мене як сніг на голову, підтримка хорошого стану здоров'я багато в чому залежить від випадку, якщо мені не судилося захворіти, то я не захворюю. Бланк включає таблицю для відзначення відповідей та інструкції для підрахунку балів за кожною шкалою. Бланк представлено у додатку А.

Методика Шкала позитивного ментального здоров'я

(Positive mental health scale (pmh-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. Van Der Veld, & E. Becker) (адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко) [26, с.85-94]

1. Автори методики та історія її розробки

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale, PMH-scale) була розроблена міжнародною групою дослідників під керівництвом Дж. Лукат (J. Lukat) у співпраці з Дж. Марграф (J. Margraf), Р. Лутц (R. Lutz), В. М. ван дер Велдом (W. M. van der Veld) та Е. С. Беккером (E. S. Becker). Створення методики стало відповіддю на потребу в інструментах, які б оцінювали не лише відсутність психічних розладів, а й позитивні аспекти ментального здоров'я, що відповідає сучасним тенденціям у психології здоров'я

та позитивній психології. Розробка шкали базувалася на концепції, що ментальне здоров'я є не просто відсутністю психопатології, а включає позитивні характеристики психологічного функціонування, такі як життєва задоволеність, емоційне благополуччя та здатність справлятися з життєвими викликами. Українська адаптація методики була здійснена у 2022 році науковою групою під керівництвом Л. М. Карамушки у співпраці з О. В. Креденцер та К. В. Терещенко.

2. Призначення методики

Шкала позитивного ментального здоров'я призначена для діагностики позитивних аспектів ментального здоров'я особистості, що виходить за межі традиційного підходу, орієнтованого на виявлення симптомів та розладів. Методика дозволяє визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, яка позитивно «забарвлює» життєву активність людини та сприяє збереженню стресостійкості й встановленню ефективних соціальних контактів. Опитувальник використовується в клінічній психології, психології здоров'я, організаційній психології та консультативній практиці для оцінки психологічного благополуччя, моніторингу ефективності психотерапевтичних втручань та профілактичних програм. Методика також застосовується в дослідженнях, спрямованих на вивчення факторів, що сприяють підтриманню та розвитку позитивного ментального здоров'я, а також для скринінгу в освітніх та організаційних середовищах з метою виявлення ресурсів психологічної стійкості.

3. Принцип побудови методики

Методика ґрунтується на багатокомпонентній моделі позитивного ментального здоров'я, яка включає емоційні, когнітивні, соціальні та адаптивні аспекти психологічного функціонування. Принцип побудови базується на припущенні, що позитивне ментальне здоров'я можна операціоналізувати через сукупність показників життєвої задоволеності, емоційного благополуччя, самоефективності та психологічної стійкості. Структурно методика складається з 9 тверджень, які охоплюють різні виміри позитивного ментального здоров'я: емоційне благополуччя (безтурботність, гарний настрій, насолода життям),

життєву задоволеність (загальне задоволення від життя, радість від діяльності), самоефективність (впевненість, здатність задовольняти потреби), психофізичне благополуччя (гарна фізична та емоційна форма) та адаптивні здібності (здатність справлятися з труднощами, спокій та врівноваженість). Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою Лікерта від «не вірно» (1 бал) до «вірно» (4 бали), що забезпечує достатню диференціацію відповідей респондентів.

4. Одиниця вимірювання і надійність результатів

Одиницею вимірювання є сумарний бал, що обчислюється шляхом додавання балів за всіма 9 пунктами методики та може коливатися в діапазоні від 9 до 36 балів. Інтерпретація результатів здійснюється наступним чином: 9-24 бали відповідають низькому рівню позитивного ментального здоров'я, що може свідчити про недостатність психологічних ресурсів для підтримання оптимального функціонування; 25-29 балів характеризують середній рівень, який вказує на помірну вираженість позитивних аспектів ментального здоров'я; 30-36 балів відповідають високому рівню, що свідчить про добре розвинені психологічні ресурси та здатність до ефективного функціонування у різних життєвих сферах. Дослідження психометричних властивостей української адаптації, проведене Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, показало задовільні показники надійності та валідності методики, що підтверджує її придатність для використання в україномовному середовищі.

5. Обґрунтованість методики

Теоретична обґрунтованість методики базується на сучасних концепціях позитивної психології, зокрема моделях психологічного благополуччя К. Райфф, теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Райана, а також багатофакторних моделях ментального здоров'я ВООЗ. Концептуальна основа враховує положення про те, що ментальне здоров'я не є простою відсутністю психічних розладів, а включає позитивні характеристики, такі як життєва задоволеність, оптимізм, самоефективність та соціальна компетентність. Методика відповідає сучасним тенденціям у психології здоров'я, які акцентують увагу на ресурсному підході та

розвитку адаптивного потенціалу особистості. Емпірична обґрунтованість підтверджується результатами досліджень, які демонструють зв'язки показників РМН-scale з іншими індикаторами психологічного благополуччя, стресостійкості та якості життя. Валідність методики підтверджується її здатністю диференціювати групи з різним рівнем психологічного функціонування та чутливістю до змін у результаті психологічних втручань.

6. Бланк методики

Бланк методики містить чітку інструкцію для респондентів: Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою (поставте + у відповідній комірці), де 1 означає – не вірно, 2 – скоріше не вірно, 3 – скоріше вірно, 4 – вірно. Опитувальник включає 9 тверджень, що охоплюють різні аспекти позитивного ментального здоров'я: я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої, я насолоджуюся життям, загалом я відчуваю задоволення від життя, загалом я відчуваю впевненість, я справляюся із задоволенням своїх потреб, я – в гарній фізичній формі і в гарному емоційному стані, я відчуваю, що здатний/здатна справлятися з життям і його труднощами, багато з того, що я роблю, приносить мені радість, я – спокійна і врівноважена людина. Бланк структурований у вигляді таблиці з чотирма колонками для варіантів відповідей та включає інструкції для підрахунку загальної суми балів, що забезпечує зручність використання та стандартизацію процедури обстеження. Бланк представлено у додатку Б.

Методика Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна

(STAI – State-Trait Anxiety Inventory) (адаптація Ю. Ханіна) [47, с. 276-278]

1. Автори методики та історія її розробки

Методика «Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна» (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) була розроблена американським психологом Чарльзом Д. Спілбергером (Charles D. Spielberger) у 1966-1970 роках на основі його теоретичної концепції тривожності як складного психологічного феномену.

Спілбергер розробив методику з метою диференціації двох принципово різних типів тривожності: ситуативної (реактивної) тривожності як емоційного стану та особистісної тривожності як стійкої індивідуальної характеристики. Оригінальна версія методики пройшла ретельну психометричну перевірку та стала одним із найбільш валідних і надійних інструментів для вимірювання тривожності. Адаптація методики для російськомовного середовища була здійснена видатним радянським психологом Юрієм Львовичем Ханіним у 1976-1978 роках, який не лише перекладав, але й провів комплексну культурну адаптацію з урахуванням специфіки соціокультурного контексту. Методика Спілбергера-Ханіна стала базовим інструментом для діагностики тривожності в пострадянському просторі та широко використовується в україномовному психологічному середовищі.

2. Призначення методики

Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна призначена для комплексної діагностики двох типів тривожності: ситуативної (реактивної) тривожності, що відображає емоційний стан у конкретний момент часу, та особистісної тривожності як стійкої індивідуальної схильності до тривожних реакцій. Методика широко застосовується в клінічній психології для діагностики тривожних станів та розладів, у педагогічній психології для оцінки рівня тривоги учнів та здобувачів вищої освіти перед іспитами чи важливими подіями, в організаційній психології для виявлення стресових факторів на робочому місці, а також у спортивній психології для діагностики передзмагальних станів атлетів. Опитувальник використовується для оцінки ефективності психотерапевтичних втручань, моніторингу динаміки тривожних станів, професійного відбору на посади з високим рівнем стресу, а також у наукових дослідженнях, присвячених вивченню закономірностей формування та прояву тривожності в різних життєвих ситуаціях.

3. Принцип побудови методики

Методика ґрунтується на теоретичній концепції Спілбергера про двокомпонентну природу тривожності, яка розрізняє тривожність як емоційний стан (state anxiety) та тривожність як рису особистості (trait anxiety). Принцип

побудови базується на припущенні, що ситуативна тривожність характеризує інтенсивність тривожних переживань у конкретний момент часу та може змінюватися залежно від обставин, тоді як особистісна тривожність відображує загальну схильність індивіда сприймати широке коло ситуацій як загрозливі. Структурно методика складається з двох самостійних шкал: шкали ситуативної тривожності (форма Y-1) та шкали особистісної тривожності (форма Y-2), кожна з яких містить 20 тверджень. Твердження шкали ситуативної тривожності спрямовані на виявлення актуального емоційного стану (Я спокійний, Я напружений, Мені не по собі), тоді як пункти шкали особистісної тривожності стосуються загальної схильності до тривожності (Я занадто хвилююся через дрібниці, Я задоволений собою, У мене буває хандра). Для запобігання установки на соціально бажану відповідь частина тверджень сформульована в прямому, а частина – у зворотному напрямку.

4. Одиниця вимірювання і надійність результатів

Одиницею вимірювання є сумарні бали за кожною шкалою, які обчислюються окремо для ситуативної та особистісної тривожності. Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою Лікерта: для шкали ситуативної тривожності використовуються градації: майже ніколи (1 бал), іноді (2 бали), часто (3 бали), майже завжди (4 бали); для шкали особистісної тривожності – зовсім не так (1 бал), мабуть, так (2 бали), вірн (3 бали), цілком вірно (4 бали). Після реверсування балів за зворотними твердженнями сумарний бал за кожною шкалою може коливатися від 20 до 80 балів. Інтерпретація здійснюється за трьома рівнями: низький рівень тривожності (20-30 балів), помірний рівень (31-44 бали) та високий рівень (45-80 балів). Дослідження надійності методики демонструють високі показники внутрішньої консистентності (альфа Кронбаха 0,85-0,95) та ретестової надійності (0,65-0,85 для особистісної тривожності та 0,30-0,70 для ситуативної, що є закономірним з огляду на її змінну природу).

5. Обґрунтованість методики

Теоретична обґрунтованість методики базується на солідній концептуальній основі, розробленій Спілбергером, яка інтегрує положення

когнітивної теорії емоцій, теорії стресу та особистісної психології. Концепція двокомпонентної тривожності знайшла широке емпіричне підтвердження та стала загальноприйнятою в сучасній психології. Розрізнення ситуативної та особистісної тривожності дозволяє більш точно діагностувати природу тривожних переживань та планувати відповідні психологічні втручання. Емпірична обґрунтованість методики підтверджується тисячами досліджень у різних культурах та популяціях, які демонструють її високу валідність та діагностичну цінність. Конструктна валідність підтверджується факторним аналізом, який виявляє двофакторну структуру відповідно до теоретичної моделі. Критеріальна валідність підтверджується значущими кореляціями з іншими показниками тривожності, депресії, стресу та психологічного благополуччя. Методика демонструє чутливість до психотерапевтичних втручань та здатність прогнозувати поведінку в стресових ситуаціях.

6. Бланк методики

Бланк методики складається з двох частин з окремими інструкціями для кожної шкали. Для шкали ситуативної тривожності інструкція звучить: «Прочитайте кожне із наведених нижче тверджень і поставте цифру, що відповідає вашому стану прямо зараз, у цей момент». Варіанти відповідей: 1 – майже ніколи, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – майже завжди. Твердження включають: я спокійний, мене ніщо не турбує, я перебуваю в напруженні, я відчуваю каяття, мені спокійно. Для шкали особистісної тривожності інструкція: прочитайте кожне із наведених нижче тверджень і поставте цифру, що відповідає тому, як ви зазвичай почуваетесь. Варіанти відповідей: 1 – майже ніколи, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – майже завжди. Приклади тверджень: я задоволений собою, я швидко втомлююся, мені хочеться плакати, я вважаю себе невдахою, я спокійний, врівноважений і зібраний. Бланк включає таблицю для відзначення відповідей, ключі для підрахунку балів з урахуванням реверсування та норми інтерпретації результатів. Бланк представлено у додатку В.

Шкала депресії Бека [1, с. 121-128]

1. Автори методики та історія її розробки

Була розроблена у 1961 році американським психіатром і психологом Аароном Темкіном Беком у співпраці з колегами С.Н. Ward, М. Mendelson, J. Mock та J. Erbaugh. Створення методики базувалося на ретельних клінічних спостереженнях за пацієнтами з депресією та систематичному аналізі їхніх скарг і симптомів. Бек виявив, що депресивні пацієнти характеризуються специфічними негативними когнітивними схемами, що стало основою для формулювання концепції когнітивної тріади депресії. Протягом десятиліть методика зазнала кількох ревізій: у 1978 році з'явилася перша ревізія (BDI-IA), а у 1996 році була створена друга ревізія (BDI-II), яка є найбільш актуальною та широко використовуваною версією на сьогодні.

2. Призначення методики

Шкала депресії Бека призначена для діагностики наявності та визначення ступеня вираженості депресивної симптоматики у дорослих і підлітків віком від 13 років. Методика широко використовується як у клінічній практиці для скринінгу депресивних розладів, так і в наукових дослідженнях у галузі психології та психіатрії. Важливою функцією шкали є моніторинг ефективності психотерапевтичного та медикаментозного лікування, що дозволяє відстежувати динаміку змін у стані пацієнта протягом терапевтичного процесу. Крім того, методика може використовуватися для самооцінки пацієнтами свого психоемоційного стану, що сприяє підвищенню їхньої усвідомленості щодо власних переживань.

3. Принцип побудови методики

Методика ґрунтується на когнітивній моделі депресії А. Бека, згідно з якою депресія характеризується негативною когнітивною тріадою, що включає негативне сприйняття себе, навколишнього світу та майбутнього. Структурно шкала складається з 21 пункту, кожен з яких описує певний симптом депресії та містить чотири твердження, що відображають зростання інтенсивності цього

симптому від 0 до 3 балів. Респондент має обрати одне твердження з кожної групи, яке найкраще описує його стан протягом останніх двох тижнів, включаючи день обстеження. Методика охоплює широкий спектр депресивних проявів: когнітивні симптоми (песимізм, почуття провини, самокритичність), афективні компоненти (смуток, плаксивість, дратівливість), соматичні прояви (втома, порушення сну, зміни апетиту) та поведінкові зміни (соціальна ізоляція, зниження активності).

4. Одиниця вимірювання і надійність результатів

Одиницею вимірювання є сумарний бал, що може коливатися в діапазоні від 0 до 63 балів. Інтерпретація результатів здійснюється наступним чином: 0-13 балів відповідають мінімальній депресії або нормі, 14-19 балів свідчать про легку депресію, 20-28 балів вказують на помірну депресію, а 29-63 бали характеризують важкий ступінь депресії. Методика демонструє високі психометричні показники: внутрішня консистентність за коефіцієнтом альфа Кронбаха становить 0,87-0,94, тест-ретест надійність коливається в межах $r = 0,73-0,96$ залежно від часового інтервалу, а міжекспертна надійність досягає $r = 0,86-0,99$. Конвергентна валідність з іншими шкалами депресії становить $r = 0,71-0,89$, що підтверджує високу точність методики.

5. Обґрунтованість методики

Теоретична обґрунтованість методики базується на добре розробленій когнітивній теорії депресії, яка враховує мультикомпонентну природу депресивних розладів та відповідає сучасним діагностичним критеріям DSM-5 та МКХ-11. Емпірична обґрунтованість підтверджується понад 500 дослідженнями валідності та надійності, проведеними в різних країнах і культурних контекстах. Методика широко використовується в клінічних дослідженнях по всьому світу та має нормативні дані для різних популяцій. Важливою перевагою шкали є її чутливість до змін стану пацієнта під час лікування, що робить її цінним інструментом для оцінки терапевтичної ефективності в контексті когнітивної поведінкової терапії та психіатричних втручань.

6. Бланк методики

Бланк методики містить чітку інструкцію для респондента: перед Вами опитувальник, що містить 21 групу тверджень. Уважно прочитайте кожен пункт і виберіть одне твердження з кожної групи, яке найкраще описує Ваш стан протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день. Кожен пункт структурований як група з чотирьох тверджень різної інтенсивності. Наприклад, пункт Смуток включає варіанти від: Я не відчуваю смутку (0 балів) до Я настільки сумний і нещасний, що не можу цього витримати (3 бали), а пункт Песимізм варіюється від: Я не відчуваю зневіри щодо майбутнього до Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і що речі не можуть покращитися. Бланк зазвичай включає простір для запису відповідей та підрахунку загальної суми балів, що забезпечує зручність використання як для пацієнта, так і для фахівця. Бланк представлено у Додатку Г.

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Констатувальний етап експерименту був реалізований на базі Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. У дослідженні взяли участь 31 здобувач вищої освіти кафедри психології та соціології, що навчаються за спеціальністю 053 Психологія, вік респондентів – 17–20 років.

Дослідження проводилося з використанням методу онлайн-опитування за допомогою платформи Google Forms. Усі учасники перед початком тестування були детально ознайомлені з інструкцією щодо заповнення опитувальних форм та метою дослідження. Респонденти самостійно проходили психодіагностичне обстеження, що забезпечувало конфіденційність їхніх відповідей та мінімізувало вплив соціальної бажаності.

Аналіз гендерного складу учасників дослідження показав нерівномірний розподіл за статтю. Жіноча частина вибірки була представлена 20 респондентками, що становить 64,5% від загальної кількості учасників, тоді як чоловіча частина включала 11 респондентів (35,5%). Такий розподіл відображає загальну тенденцію переважання жінок у студентських колективах гуманітарних та соціальних спеціальностей (див. рис. 2.1).

Співвідношення жінок до чоловіків у вибірці становило приблизно 2:1, що необхідно враховувати при інтерпретації результатів та узагальненні висновків дослідження.

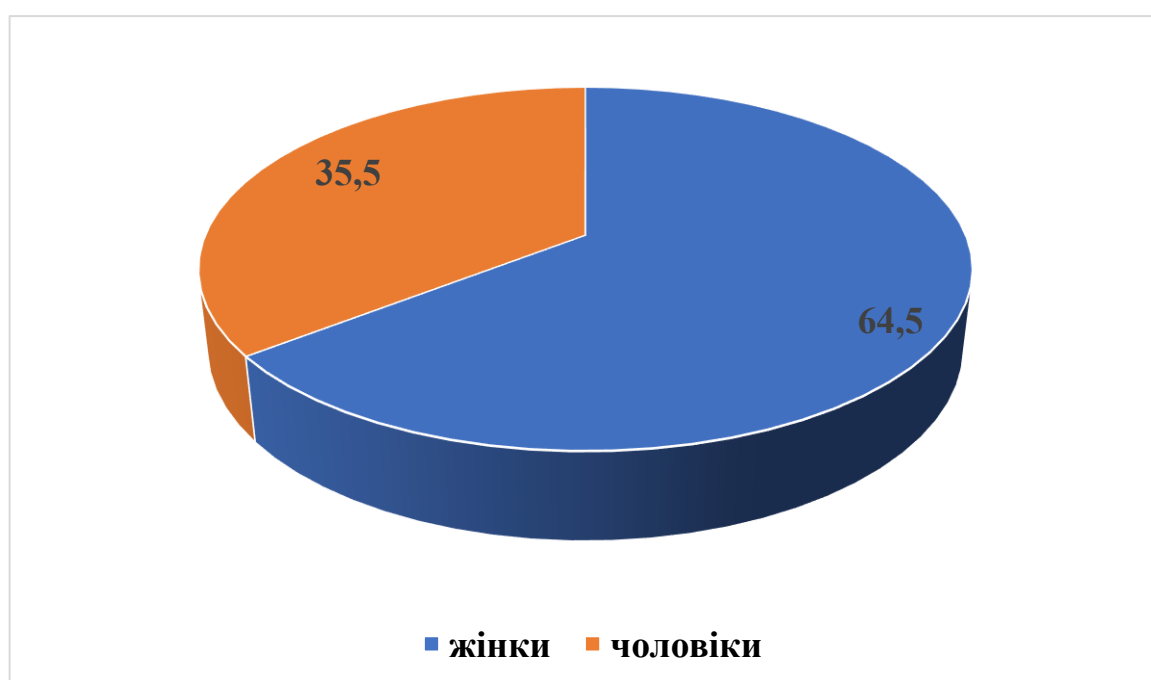


Рис. 2.1. Сегментограма гендерного розподілу респондентів (у %)

За результатами анкетування також було визначено віковий розподіл учасників дослідження. Аналіз показав, що найчисельнішими групами були респонденти віком 19 років, які становили 12 осіб (38,7% від загальної вибірки), та респонденти 18 років – 11 осіб (35,5%). Респонденти віком 20 років представлені 7 особами (22,6%), тоді як найменш численною виявилася група 17-річних – лише 1 особа (3,2%) (див. рис. 2.2).

Таким чином, основну частину вибірки (74,2%) склали респонденти віком 18-19 років, що відповідає типовому віковому складу здобувачів вищої освіти перших-других курсів закладів вищої освіти.

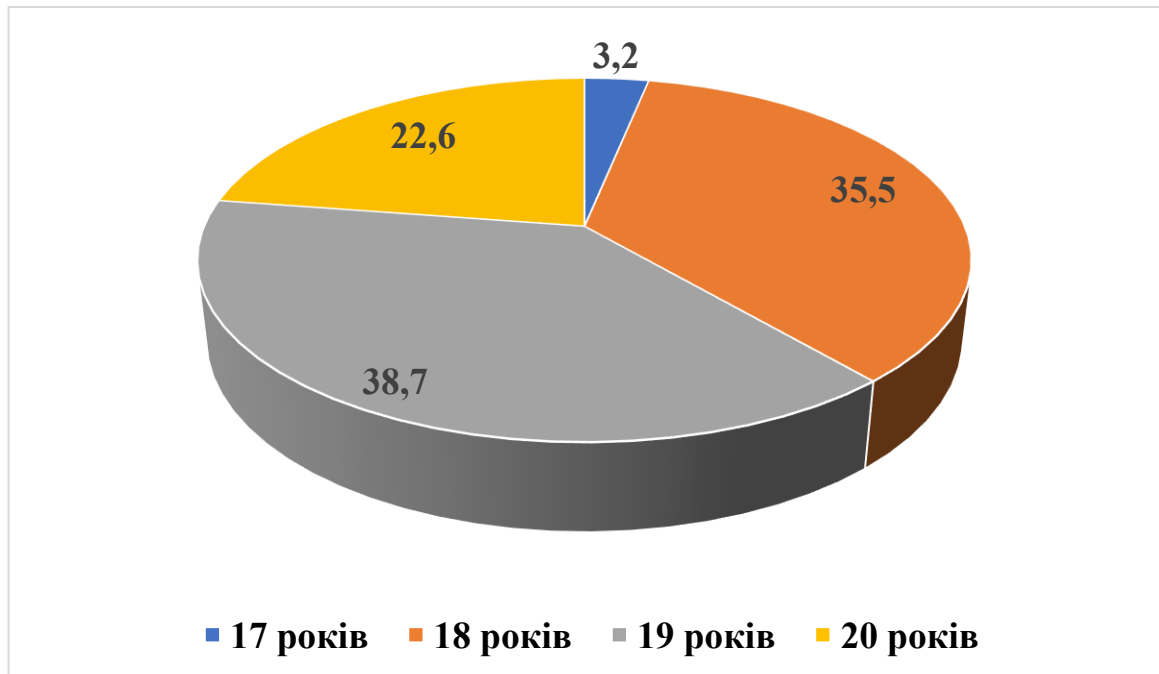


Рис. 2.2. Сегментограма вікового розподілу респондентів (у %)

Аналіз суб'єктивної оцінки загального самопочуття учасників дослідження виявив переважання помірно позитивних показників. Більшість респондентів – 20 осіб (64,5%) – охарактеризували своє загальне самопочуття як задовільне, що може свідчити про наявність певних адаптаційних викликів або стресових факторів у їхньому житті.

Позитивну оцінку свого самопочуття як гарного надали 10 респондентів (32,3%), що становить майже третину вибірки. Це може вказувати на достатній рівень психологічного благополуччя та ефективні копінг-стратегії у цієї групи учасників.

Лише 1 респондент (3,2%) оцінив своє загальне самопочуття як погане, що є мінімальним показником у структурі вибірки, проте потребує уваги з точки зору індивідуальної психологічної підтримки.

Таким чином, загальна картина самопочуття респондентів характеризується як помірно позитивна, при цьому сумарно 96,8% учасників дослідження не відчують критичних проблем із самопочуттям (див. рис. 2.3).

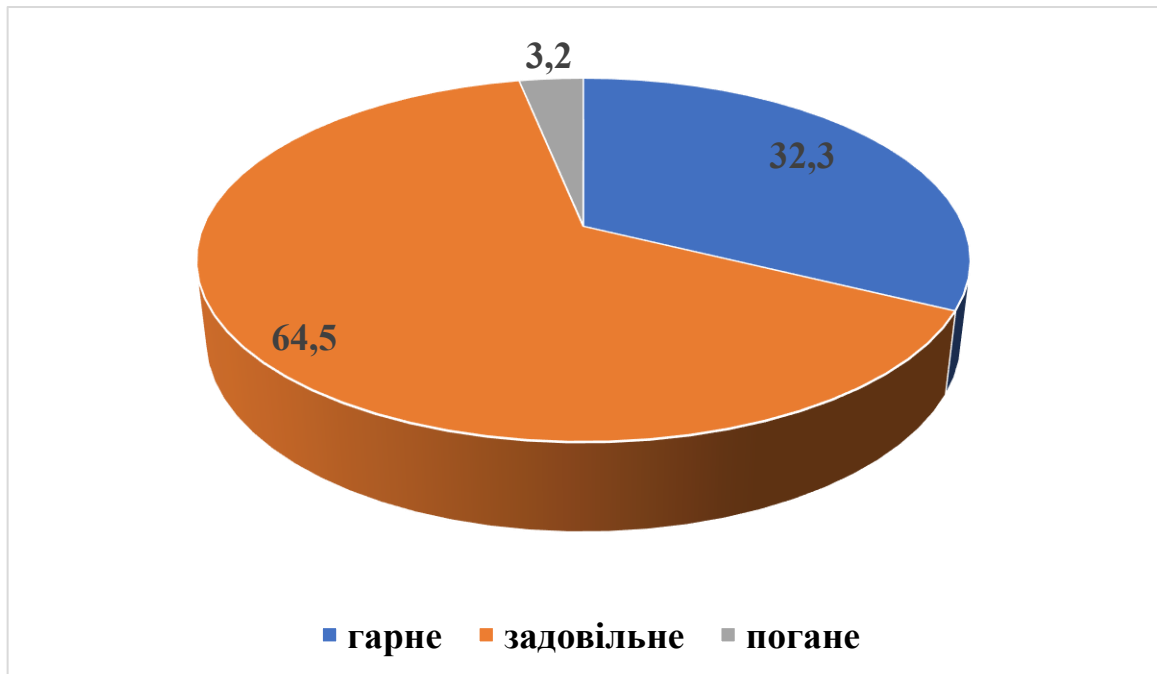


Рис. 2.3. Сегментограма стану загального самопочуття респондентів (у %)

**Обробка та інтерпретація результатів за методикою вимірювання локус контролю здоров'я (K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis)
(адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер)**

Результати констатувального експерименту за методикою вимірювання локус контролю здоров'я наведені у додатку Д.

Індивідуальні значення для кожного респондента були підраховані за трьома шкалами:

— внутрішнього локусу контролю (відображає ступінь відчуття респондентами контролю над своїм здоров'ям);

– контролю «могутніми» іншими (показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність «могутні інші», наприклад, лікарі, родичі тощо);

– контролю випадку (вимірює, наскільки опитуваний переконаний в тому, що здоров'я залежить від випадку, везіння або долі).

Кожен показник за шкалою визначався як низький (6–14 балів), середній (15–21 бал), або високий (22–30 балів) (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Загальний розподіл результатів у вибірці

Рівень / Шкала	Внутрішній локус контролю	Контроль «могутніми» іншими	Контроль випадку
Високий	4 (12,9 %)	5 (16,1 %)	7 (22,6 %)
Середній	24 (77,4 %)	19 (61,3 %)	20 (64,5 %)
Низький	3 (9,7 %)	7 (22,6)	4 (12,9 %)

1. Внутрішній локус контролю здоров'я

Високий рівень – 4 респонденти (12,9%)

Середній рівень – 24 респонденти (77,4%)

Низький рівень – 3 респонденти (9,7%)

Абсолютна більшість опитаних (77,4%) продемонстрували середній рівень внутрішнього локусу контролю здоров'я. Це дає підстави стверджувати, що основна маса респондентів частково визнає власну відповідальність за стан свого здоров'я, проте не схильна повністю перекладати на себе контроль чи, натомість, повністю від нього відмовлятися. Високий рівень (12,9%) віддзеркалює зосередженість на індивідуальній відповідальності, що слугує потенційно профілактичним чинником небажаної поведінки щодо здоров'я. Натомість низький рівень (9,7%) характерний для респондентів, які фактично демонструють відсутність контролю над станом здоров'я і можуть бути схильні до покладання на зовнішні обставини чи інших людей.

2. Контроль «могутніми» іншими (лікарі, родичі, значущі інші)

Високий рівень – 5 респондентів (16,1%)

Середній рівень – 19 респондентів (61,3%)

Низький рівень – 7 респондентів (22,6%)

Більшість учасників дослідження (61,3%) мають середню вираженість залежності від зовнішніх авторитетів у питаннях здоров'я. Це свідчить про практику певного балансу – респонденти дослухаються до порад фахівців, водночас залишаючи за собою право остаточного рішення. Високий рівень (16,1%) інтерпретується як тенденція перекладати відповідальність за стан здоров'я на лікарів чи значущих інших: ці респонденти виявляють залежність від зовнішніх авторитетів, менш схильні до особистої ініціативи й самостійних дій у питаннях здоров'я. Низький рівень (22,6%) засвідчує домінування самостійності – такі респонденти не схильні передавати контроль над власним здоров'ям зовнішнім особам чи інституціям.

3. Контроль випадку

Високий рівень – 7 респондентів (22,6%)

Середній рівень – 20 респондентів (64,5%)

Низький рівень – 4 респонденти (12,9%)

Стосовно переконань у впливі випадкових чинників на здоров'я, для більшості респондентів (64,5%) характерний середній рівень фаталізму. Це свідчить про визнання ролі неконтрольованих обставин, але без домінуючого переконання щодо їх визначального впливу. Високий рівень (22,6%) вказує на схильність сприймати здоров'я як залежне переважно від везіння, обставин, долі, що може знижувати мотивацію до самостійної профілактики. Низький рівень (12,9%) демонструє орієнтацію на контрольованість здоров'я та заперечення ролі випадку як вирішального чинника.

Проаналізувавши отримані результати за методикою локусу контролю здоров'я, можна виділити чітко виражену загальну тенденцію у переконаннях і установах респондентів щодо чинників, які визначають їхнє особисте здоров'я.

Так, середній рівень за всіма шкалами притаманний переважній більшості, що говорить про збалансовану систему переконань про здоров'я у вибірці.

Водночас, для помітної частини характерний високий рівень зовнішнього локусу (контроль «могутніми» іншими + випадок), що вказує на бажання делегувати відповідальність або віру у фаталізм.

Лише небагато респондентів мають низький рівень по всіх шкалах, що вказує на недостатню сформованість переконань щодо контролю здоров'я та можливу пасивну життєву позицію у питаннях самозбереження.

Загалом отримані результати засвідчують, що домінуючою є стратегія гнучкої адаптації у формуванні переконань про здоров'я: більшість респондентів прагнуть підтримувати баланс між особистою відповідальністю, впливом зовнішніх авторитетів та визнанням певної ролі випадковості. Така структура локусу контролю здоров'я свідчить про прагнення до конструктивного підходу у питаннях здоров'я, готовність до співпраці з фахівцями та водночас – внутрішню впевненість у власних силах для збереження чи покращення свого стану. Однак, помітна частина опитаних демонструє підвищену орієнтацію на зовнішні чинники або фаталізм, що вимагає додаткової профілактичної та інформаційної роботи щодо формування психологічної відповідальності та активної особистісної позиції у сфері здоров'я.

Обробка та інтерпретація результатів за методикою

Шкала позитивного ментального здоров'я

(Positive mental health scale (pmh-scale))

(J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. Van Der Veld, & E. Becker)

(адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко)

За результатами анкетування за методикою Шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-SCALE), було розраховано індивідуальні сумарні бали позитивного ментального здоров'я кожного респондента (див. табл. 2.2).

Результати констатувального експерименту за методикою шкали позитивного ментального здоров'я наведено у додатку Ж.

Таблиця 2.2

**Кількісний і відсотковий розподіл респондентів
за показниками позитивного ментального здоров'я**

Рівень позитивного ментального здоров'я	Кількість	Відсоток (%)
Низький	13	41,9
Середній	14	45,2
Високий	4	12,9

Отримані показники у вибірці розподілилися наступним чином:

Абсолютна більшість (87,1%, або 27 осіб із 31) продемонструвала низький або середній рівень позитивного ментального здоров'я. Так, 41,9% респондентів (13 осіб) потрапили до категорії з низьким рівнем, що свідчить про недостатню сформованість компонентів позитивного ментального здоров'я: знижену самооцінку, невпевненість у власних силах, нижчий рівень життєвої задоволеності, обмеженість позитивних емоційних переживань та слабку стресостійкість. Особи цієї групи потенційно є більш вразливими до впливу деструктивних факторів, частіше схильні до переживання дистресу та мають менший ресурс для ефективної соціальної адаптації.

Середній рівень позитивного ментального здоров'я зафіксовано у 45,2% вибірки (14 осіб). Цей показник характеризує респондентів, котрі переважно мають збалансований психоемоційний стан, можуть коригувати власні переживання відповідно до ситуації, демонструють певний рівень оптимізму, проте зазнають епізодичних сумнівів або зниження задоволеності життям у відповідь на стресові чинники. Для цієї категорії характерна наявність певного внутрішнього ресурсу із ризиком його тимчасового виснаження.

Високий рівень позитивного ментального здоров'я відзначено лише у 12,9% респондентів (4 особи). Саме ці здобувачі вищої освіти є носіями найбільш виражених ознак емоційної стійкості, впевненості у власних силах, оптимістичності, задоволеності життям, сформованої внутрішньої гармонії та соціальної відкритості. Їм властиві високі показники життєвої активності, ефективна саморегуляція й здатність швидко відновлювати психологічний баланс навіть у складних обставинах.

Таким чином, результати дослідження свідчать про актуальність та необхідність впровадження програм із розвитку позитивного мислення, підвищення самооцінки, тренувань стресостійкості й зміцнення психологічного ресурсу серед молоді. Відносна нечисленність групи з високим рівнем позитивного ментального здоров'я вказує на суттєву потребу у психопрофілактичній, просвітній та консультативній роботі, спрямованій на підтримку і розвиток позитивних особистісних якостей студентської молоді.

**Обробка та інтерпретація результатів за методикою
Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності
Ч.Д. СПІЛБЕРГЕРА – Ю.Л. ХАНІНА (STAI – STATE-TRAIT ANXIETY
INVENTORY) (Адаптація Ю. Ханіна)**

Результати психодіагностичного обстеження за методикою Спілбергера-Ханіна (дивись додаток К) дозволили класифікувати респондентів за трьома рівнями тривожності для кожної зі шкал. Узагальнені дані представлено у таблицях 2.3 та 2.4:

Таблиця 2.3

**Розподіл респондентів за рівнями
реактивної (ситуативної) тривожності**

Рівень	Кількість	Відсоток (%)
Низький	9	29,0

Середній	18	58,1
Високий	4	12,9

Таблиця 2.4

Розподіл респондентів за рівнями особистісної тривожності

Рівень	Кількість	Відсоток (%)
Низький	7	22,6
Середній	15	48,4
Високий	9	29,0

Реактивна (ситуативна) тривожність

Як видно з таблиці 2.3, середній рівень реактивної тривожності виявлено у більшості респондентів – 58,1% (18 осіб). Це свідчить про те, що значна частка учасників має добру здатність психологічної адаптації до змін та стресових впливів, проте іноді може переживати виражену емоційну напруженість у несприятливих ситуаціях. Лише 12,9% (4 особи) демонструють високий рівень реактивної тривожності, що може бути ознакою підвищеної емоційної збудливості, тенденції до переймання й переживань у відповідь на будь-які труднощі чи зміни довкілля. Водночас у 29,0% (9 респондентів) рівень реактивної тривожності низький – ці здобувачі вищої освіти демонструють стійкість до гострих психоемоційних перевантажень, відзначаються впевненістю та збереженням контролю над станом у стресових ситуаціях.

Особистісна тривожність

Стан особистісної тривожності також є переважно середньою, відповідний рівень зафіксовано у 48,4% респондентів (15 осіб). Для цієї групи характерний певний баланс між схильністю турбуватися через життєві ситуації та наявністю самоконтролю; така особистісна риса не призводить до вираженої емоційної дестабілізації чи зниження адаптаційних можливостей. Високий рівень особистісної тривожності мають 29,0% (9 осіб), що вказує на ймовірність стійкої схильності до внутрішнього напруження, невпевненості, тривалого переживання

дистресу незалежно від зовнішніх факторів, що може негативно позначатися на психологічному благополуччі, мотивації й процесах соціальної адаптації. Низький рівень особистісної тривожності зафіксовано у 22,6% (7 опитаних), що свідчить про їхню емоційну стабільність, впевненість у собі, адекватний рівень саморегуляції й низьку ймовірність розвитку проявів тривожних розладів.

Загалом більше половини здобувачів вищої освіти (58,1% та 48,4% відповідно – для реактивної та особистісної тривожності) мають помірний рівень прояву, що можна розглядати як сприятливий психоемоційний фон для молодіжного середовища. Водночас наявність груп із високою тривожністю (12,9% реактивної та 29,0% особистісної) вказує на актуальність цілеспрямованої психологічної просвіти, тренінгових і профілактичних програм з розвитку навичок стресостійкості, емоційної саморегуляції та підтримки психічного здоров'я.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що більшість респондентів демонструють відносну психологічну адаптивність та емоційну врівноваженість, однак певна частина вибірки перебуває у зоні ризику щодо розвитку тривожних станів і потребує особливої уваги з боку фахівців. Це обумовлює необхідність впровадження психопрофілактичних заходів із акцентом на самопідтримку та формування особистісних ресурсів для подолання стресу.

Обробка та інтерпретація результатів за методикою

Шкала депресії Бека

За результатами опитування із використанням шкали депресії Бека (дивись додаток Л) було визначено рівні депресивної симптоматики серед респондентів (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Загальний розподіл результатів у вибірці за рівнями депресії

Рівень депресії	Кількість	Відсоток (%)
Депресії немає	9	29,0

Легка депресія	6	19,4
Середній ступінь депресії	13	41,9
Високий рівень депресії	3	9,7

Найбільшу частку вибірки складають респонденти з помірними проявами депресії – 41,9% (13 осіб). Такий рівень може свідчити про наявність стійких афективних порушень, які можуть впливати на емоційний стан, активність, міжособистісні стосунки, а також зумовлювати зниження мотивації та енергії у повсякденній діяльності. Саме ці учасники потребують підвищеної уваги, можливого подальшого обстеження психологічним фахівцем, а у разі збереження симптоматики – залучення до психопрофілактичної чи психотерапевтичної роботи.

У майже третини респондентів (29,0%; 9 осіб) депресивна симптоматика відсутня або знаходиться на мінімальному рівні, що свідчить про їхню емоційну стабільність, адаптовність та відсутність виражених порушень психоемоційного стану. Цей результат можна розглядати як позитивний показник загального психоемоційного благополуччя частини вибірки.

Легкі прояви депресії спостерігаються у 19,4% респондентів (6 осіб) – цій групі властиві епізодичні труднощі, незначне зниження настрою чи мотивації, можливі тимчасові труднощі у навчальній діяльності або спілкуванні. За таких умов доцільною є підтримка, профілактичні заходи і елементарна психоедукація.

Важкий рівень депресії зафіксовано у 9,7% (3 особи). Це вже свідчить про наявність стійких виражених афективних симптомів, які можуть суттєво ускладнювати як повсякденне функціонування, так і міжособистісну взаємодію. Для цієї категорії здобувачів вищої освіти особливо актуальними є консультації із фахівцем, кваліфікована діагностика і, за потреби, спеціалізована психокорекційна чи психотерапевтична допомога.

Таким чином, дані опитування за шкалою депресії Бека свідчать про достатньо високий рівень поширеності депресивної симптоматики у вибірці. Помітна частка респондентів демонструє середні та тяжкі прояви депресії, що визначає необхідність регулярного психологічного моніторингу, профілактики

дистресу, формування навичок емоційної саморегуляції та підвищення рівня психолого-педагогічної обізнаності серед студентської молоді.

Підсумовуючи результати констатувального експерименту, зазначимо, що ментальне здоров'я студентської молоді відрізняється певною варіативністю: поряд із позитивними тенденціями спостерігаються й напрями, що викликають занепокоєння. Зокрема, аналіз тривожності демонструє, що лише 22,6% респондентів мають низький рівень особистісної тривожності, тоді як сукупно 77,4% перебувають на середньому або високому рівнях, причому майже кожен третій здобувач вищої освіти (29,0%) демонструє високий показник. За ситуативною тривожністю переважає середній рівень (58,1%), однак близько 13% демонструють високі реакції занепокоєння.

Щодо депресії, більшість здобувачів вищої освіти не мають клінічно виражених депресивних проявів: у 29,0% депресія відсутня, ще 19,4% мають лише легкі прояви. Водночас у 41,9% виявлено помірний ступінь депресії, а у 9,7% – високий рівень, що вказує на наявність окремої групи ризику і потребує подальшої цілеспрямованої психологічної підтримки. Позитивним аспектом є той факт, що у структурі локусу контролю здоров'я переважає середній рівень (77,4%), що свідчить про збалансованість ставлення здобувачів вищої освіти до особистої відповідальності за стан власного здоров'я.

Таким чином, отримані дані підтверджують суперечливий характер психологічного благополуччя студентської молоді в сучасних умовах: попри збереження адаптаційного потенціалу у більшості, відчутні ознаки підвищеної тривожності та наявність окремих випадків середньої й високої депресії створюють підґрунтя для можливих подальших ускладнень психічного стану. Це підкреслює необхідність систематичного моніторингу й впровадження психологічних профілактичних та корекційних програм, спрямованих на зниження тривожності та підтримку психоемоційної рівноваги здобувачів вищої освіти.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Проведене емпіричне дослідження ментального здоров'я студентської молоді на базі Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля дозволило отримати комплексну картину психологічного благополуччя здобувачів вищої освіти та виявити ключові особливості їхнього ментального стану в умовах сучасних викликів.

Дослідження охопило 31 респондента віком 17-20 років, переважно жіночої статі (64,5%), що відображає гендерну специфіку психологічної спеціальності. Основну частину вибірки (74,2%) склали респонденти віком 18-19 років, що відповідає типовому віковому складу здобувачів вищої освіти перших-других курсів. Суб'єктивна оцінка загального самопочуття виявила переважання помірно позитивних показників: 64,5% респондентів охарактеризували своє самопочуття як задовільне, 32,3% – як гарне, і лише 3,2% – як погане.

Аналіз переконань здобувачів вищої освіти щодо факторів, що впливають на їхнє здоров'я, виявив домінування збалансованого підходу. Переважна більшість респондентів демонструє середній рівень за всіма шкалами: внутрішній локус контролю (77,4%), контроль «могутніми іншими» (61,3%) та контроль випадку (64,5%). Це свідчить про прагнення здобувачів вищої освіти підтримувати баланс між особистою відповідальністю, довірою до фахівців та визнанням ролі випадковості у питаннях здоров'я.

Дослідження стану позитивного ментального здоров'я показали неоднорідну картину: 41,9% респондентів мають низький рівень, 45,2% – середній і лише 12,9% – високий рівень. Загалом 58,1% здобувач вищої освіти демонструють середній або високий рівень позитивного ментального здоров'я, однак майже половина вибірки (41,9%) перебуває в зоні ризику зниженого психологічного ресурсу, що потребує цілеспрямованої психологічної підтримки.

Найбільш тривожними виявились результати за шкалою тривожності Спілбергера-Ханіна. За реактивною тривожністю переважає середній рівень (58,1%), проте 35,5% демонструють високий рівень. Особистісна тривожність

характеризується ще більш критичними показниками: 64,5% респондентів мають високий рівень, 35,5% – середній, при повній відсутності низького рівня у вибірці. Це свідчить про загальне стан емоційної напруги серед студентської молоді, ймовірно зумовлене впливом воєнного стану, академічних стресів та невизначеності майбутнього.

Результати за шкалою депресії Бека засвідчили складну картину: 25,8% респондентів не демонструють депресивних проявів, 16,1% мають легку депресію, 48,4% – середній ступінь депресії, а 9,7% – високий рівень депресії. На відміну від очікувань, 74,2% вибірки виявили різні рівні депресивної симптоматики, що кардинально відрізняється від показників тривожності та вказує на серйозні проблеми у сфері афективних розладів серед студентської молоді.

Комплексний аналіз результатів свідчить про критичний стан ментального здоров'я досліджуваної групи. Здобувачі вищої освіти демонструють збалансовані переконання щодо контролю здоров'я та помірні адаптаційні ресурси, проте одночасно переживають високі рівні як тривожності, так і депресивної симптоматики. Особливе занепокоєння викликає той факт, що майже половина респондентів (48,4%) має середній ступінь депресії, а 64,5% – високий рівень особистісної тривожності, що створює небезпечну комбінацію для психологічного благополуччя.

Отримані результати підкреслюють необхідність розробки комплексних програм психологічної підтримки студентської молоді з акцентом на зниження рівня тривожності, профілактику та корекцію депресивних станів, розвиток навичок емоційної саморегуляції та стресостійкості. Особливої уваги потребують здобувачі вищої освіти з низьким рівнем позитивного ментального здоров'я (41,9% вибірки), високим рівнем особистісної тривожності (64,5%) та середнім ступенем депресії (48,4%).

Результати дослідження створюють емпіричне підґрунтя для розробки науково обґрунтованих засобів збереження та відновлення ментального здоров'я студентської молоді, що буде розкрито в наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 3. ЗАСОБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

3.1. Психолого-педагогічні підходи до профілактики та корекції порушень ментального здоров'я

Результати констатувального експерименту, що засвідчили критичну ситуацію з ментальним здоров'ям студентської молоді, актуалізують необхідність розробки та впровадження науково обґрунтованих підходів до профілактики та корекції порушень психологічного благополуччя здобувачів вищої освіти. Особливо тривожними є виявлені показники: 64,5% респондентів демонструють високий рівень особистісної тривожності, 74,2% мають різні рівні депресивної симптоматики, а 41,9% характеризуються низьким рівнем позитивного ментального здоров'я. Ці дані свідчать про наявність значної групи ризику серед студентської молоді та вимагають комплексного психолого-педагогічного втручання.

Сучасна психологічна наука пропонує широкий спектр підходів до профілактики та корекції порушень ментального здоров'я, які базуються на різних теоретичних концепціях. Когнітивно-поведінковий підхід, розроблений А. Беком та А. Еллісом, зосереджується на ідентифікації та зміні дисфункціональних думок і переконань, що лежать в основі тривожних і депресивних станів [95; 10]. Цей підхід особливо ефективний для роботи з тривожністю, яка виявилася критично високою у нашій вибірці.

Гуманістичний підхід К. Роджерса та А. Маслоу акцентує увагу на розвитку особистісних ресурсів, самоактуалізації та позитивного ставлення до себе [91], що є особливо актуальним для 41,9% респондентів з низьким рівнем позитивного ментального здоров'я. Позитивна психологія М. Селігмана [92] пропонує концентруватися на сильних сторонах особистості, розвитку оптимізму та життєстійкості, що корелює з результатами нашого дослідження щодо необхідності підвищення позитивного ментального здоров'я.

Студентський вік характеризується особливими психологічними особливостями, які необхідно враховувати при розробці профілактичних та корекційних програм. Як показало наше дослідження, 74,2% респондентів віком 18-19 років перебувають у періоді активного особистісного становлення, що супроводжується підвищеною емоційною лабільністю та схильністю до стресових реакцій.

Психолого-педагогічний підхід до студентської молоді повинен враховувати їхню потребу в автономії та самостійності, що підтверджується результатами дослідження локусу контролю здоров'я: 77,4% респондентів демонструють середній рівень внутрішнього локусу контролю, що свідчить про готовність брати відповідальність за своє здоров'я при наявності відповідної підтримки та навичок.

Враховуючи складність виявлених проблем – поєднання високої тривожності (64,5% особистісної) з значною поширеністю депресивної симптоматики (74,2% різних рівнів), доцільним є застосування інтегративного підходу, який поєднує елементи різних психологічних шкіл. Такий підхід включає:

- когнітивно-поведінкові техніки для роботи з тривожністю та негативними думками, що є пріоритетним напрямом з огляду на критично високі показники тривожності у вибірці;
- техніки розвитку емоційної регуляції для формування навичок управління емоційними станами, особливо актуальні для 48,4% респондентів із середнім ступенем депресії;
- ресурсно-орієнтовані методи для активізації внутрішніх резервів особистості та підвищення рівня позитивного ментального здоров'я;
- групові форми роботи, що враховують соціальну природу студентського середовища та потребу в підтримці однолітків.

В умовах воєнного стану в Україні психолого-педагогічні підходи до збереження ментального здоров'я студентської молоді набувають особливої актуальності та специфіки [39, с. 169]. Результати нашого дослідження, що

показали відсутність низького рівня тривожності у вибірці, можуть частково пояснюватися впливом травматичних подій та хронічного стресу воєнного часу.

Травма-інформований підхід стає необхідною складовою роботи з студентською молоддю, адже передбачає врахування можливого впливу травматичного досвіду на психологічний стан особистості [74]. Цей підхід включає принципи безпеки, довіри, колаборації, вибору та культурної чутливості [93, р. 10-11].

На основі аналізу теоретичних підходів та результатів емпіричного дослідження можна виділити ключові принципи ефективної роботи з ментальним здоров'ям здобувачів вищої освіти:

- принцип комплексності – одночасна робота з когнітивними, емоційними, поведінковими та соціальними аспектами психологічного благополуччя;
- принцип превентивності – акцент на профілактиці та ранній інтервенції, особливо актуальний з огляду на виявлену групу ризику (41,9% з низьким позитивним ментальним здоров'ям);
- принцип ресурсної орієнтованості – опора на сильні сторони особистості та наявні адаптаційні механізми, що підтверджується збалансованими показниками локусу контролю здоров'я у більшості респондентів;
- принцип індивідуалізації – врахування індивідуальних особливостей, рівня проблематики та готовності до змін.

Для реалізації визначених принципів доцільно використовувати комплекс сучасних технологій:

- психоедукація [85] – надання інформації про ментальне здоров'я, механізми виникнення тривоги та депресії, що особливо важливо з огляду на високу поширеність цих станів у вибірці;
- тренінги життєвих навичок [96, 9] – розвиток навичок стресостійкості, емоційної регуляції, ефективного спілкування та вирішення проблем;

- арт-терапевтичні методи [13; 86] – використання творчих технік для опрацювання емоційних станів та розвитку самовираження;
- тілесно-орієнтовані техніки – методи релаксації, дихальні техніки, прогресивна м'язова релаксація для зниження фізіологічних проявів тривоги;
- майндфулнес-практики – техніки усвідомленості для розвитку емоційної регуляції та зниження румінацій.

Таким чином, психолого-педагогічні підходи до профілактики та корекції порушень ментального здоров'я студентської молоді мають базуватися на принципах комплексності, індивідуалізації, ресурсної орієнтованості та культурної чутливості. Особливо важливим є врахування специфічних умов сьогодення – воєнного стану, дистанційного навчання, соціально-економічної нестабільності – при розробці та впровадженні профілактичних та корекційних програм. Результати нашого дослідження, що засвідчили критично високі рівні тривожності та значну поширеність депресивної симптоматики серед здобувачів вищої освіти, підкреслюють невідкладність впровадження науково обґрунтованих підходів до збереження та відновлення ментального здоров'я здобувачів вищої освіти. Водночас позитивним є те, що збалансовані показники локусу контролю здоров'я свідчать про наявність потенціалу для успішної реалізації корекційних програм та готовність здобувачів вищої освіти брати відповідальність за своє психологічне благополуччя.

3.2. Розробка та апробація програми збереження ментального здоров'я здобувачів вищої освіти

Результати констатувального експерименту, що засвідчили критичні показники ментального здоров'я студентської молоді, стали основою для розробки комплексної програми психологічного втручання. Особливо тривожними виявилися дані про те, що 64,5% респондентів демонструють високий рівень особистісної тривожності, 74,2% мають різні рівні депресивної симптоматики, а 41,9% характеризуються низьким рівнем позитивного

ментального здоров'я. Водночас збалансовані показники локусу контролю здоров'я (77,4% середнього рівня внутрішнього контролю) свідчать про готовність здобувачів вищої освіти брати відповідальність за своє психологічне благополуччя при наявності відповідної підтримки.

Розроблена *програма «Ментальне здоров'я здобувача вищої освіти: шлях до психологічного благополуччя в умовах викликів сучасності»* базується на інтегративному підході, що поєднує принципи когнітивно-поведінкової терапії, позитивної психології та ресурсно-орієнтованого консультування. Програма враховує специфіку студентського віку, особливості освітнього середовища та сучасні виклики, пов'язані з воєнним станом в Україні.

Метою програми є: відновлення та збереження ментального здоров'я студентської молоді через формування навичок емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності та депресивних проявів, підвищення показників позитивного ментального здоров'я в умовах дистанційного навчання та воєнного стану.

Основні завдання програми:

- зниження рівня тривожності та депресивної симптоматики;
- підвищення рівня позитивного ментального здоров'я;
- розвиток навичок емоційної саморегуляції та стресостійкості;
- формування ефективних копінг-стратегій;
- зміцнення внутрішнього локусу контролю здоров'я;
- підвищення самооцінки та впевненості в собі;
- розвиток соціальної підтримки та навичок міжособистісного спілкування.

Організаційні особливості, структура та зміст програми.

Програма розрахована на 2 тижні інтенсивної роботи з частотою занять 5 разів на тиждень (10 занять загалом) тривалістю 90 хвилин кожне. Формат проведення – онлайн через платформи Zoom/Google Meet, що забезпечує доступність для здобувачів вищої освіти з різних регіонів України та можливість участі в умовах воєнного стану. Оптимальний розмір групи – 10-15 осіб для

забезпечення ефективної групової динаміки та індивідуальної уваги кожному учаснику.

Програма адаптована до специфіки онлайн-формату з урахуванням технічних можливостей та обмежень дистанційної взаємодії. Кожне заняття структуроване за принципом:

- вступна частина (15 хв) – перевірка учасників, обмін досвідом виконання домашніх завдань;
- основна частина (60 хв) – презентація нової техніки, практичне відпрацювання в парах/трійках через breakout rooms;
- заключна частина (15 хв) – групова рефлексія, отримання домашнього завдання.

Для підтримки групової динаміки використовуються інтерактивні онлайн-інструменти: Jamboard для візуалізації, Mentimeter для опитувань, Padlet для обміну ресурсами. Створено закритий Telegram-канал для щоденної підтримки та обміну досвідом між учасниками.

Загальна рекомендація учасникам для домашніх завдань: всі домашні завдання фіксувати в єдиному «Щоденнику психологічного благополуччя», який стане їх особистим інструментом самопідтримки після завершення програми.

З урахуванням специфіки виявлених проблем та сучасних тенденцій в психологічній практиці, до програми включено наступні практичні вправи:

Вправа 1. Карта емоцій (День 1) [35; 90]

Інтерактивна техніка візуалізації емоційних станів через створення особистої карти емоцій. Учасники ідентифікують та категоризують власні емоційні стани, визначають їх тригери та наслідки. Вправа базується на методиці емоційного інтелекту та сприяє розвитку емоційної грамотності.

Мета: розвиток емоційної грамотності, формування навичок розпізнавання та диференціації власних емоційних станів, усвідомлення зв'язку між тригерами та емоційними реакціями.

Структура вправи:

- вступна частина (10 хв): психоедукація про базові емоції

- основна частина (25 хв): створення індивідуальної карти емоцій
- заключна частина (10 хв): обговорення в парах та групова рефлексія

Техніка виконання:

1. Учасники отримують шаблон з колом емоцій, розділеним на 8 секторів.
2. У кожному секторі записують базову емоцію (радість, сум, гнів, страх, подив, відраза, довіра, очікування).
3. Навколо кожної емоції малюють промені та записують:
 - фізичні відчуття в тілі;
 - типові тригери;
 - думки, що виникають;
 - поведінкові реакції.
4. Використовують кольори для позначення інтенсивності емоцій.

Інструкція для учасників:

Зараз ми створимо вашу особисту карту емоцій. Візьміть аркуш паперу та намалуйте велике коло, поділене на 8 частин. У кожній частині запишіть одну з базових емоцій. Згадайте, коли востаннє ви відчували кожен з них. Де в тілі ви її відчували? Що її викликало? Які думки виникали? Використовуйте різні кольори для позначення інтенсивності – світлі для слабких проявів, яскраві для сильних. Ця карта стане вашим особистим путівником у світі емоцій.

Домашнє завдання: протягом наступних трьох днів ведіть Емоційний щоденник - тричі на день (вранці, вдень, ввечері) фіксуйте свій емоційний стан, використовуючи створену карту емоцій. Записуйте: яку емоцію відчуваєте, що її викликало, де в тілі локалізується, яка інтенсивність (1-10). Щовечора аналізуйте емоційні патерни дня та визначайте найчастіші тригери. Поділіться спостереженнями в спільному Google-документі групи.

Вправа 2. Техніка квадратного дихання (День 2) [48; 76]

Дихальна практика для швидкої стабілізації емоційного стану: вдих на 4 рахунки, затримка на 4, видих на 4, пауза на 4. Техніка активує парасимпатичну нервову систему, знижує рівень кортизолу та нормалізує серцевий ритм.

Мета: активація парасимпатичної нервової системи, зниження фізіологічних проявів тривоги, формування навички швидкої саморегуляції в стресових ситуаціях.

Структура вправи:

- теоретична частина (10 хв): пояснення нейрофізіологічних механізмів;
- демонстрація техніки (5 хв): покроковий показ;
- практика в групі (15 хв): спільне виконання;
- індивідуальна практика (10 хв): самостійне відпрацювання.

Техніка виконання:

1. Прийняти зручну позу сидячи, спина рівна, плечі розслаблені
2. Покласти одну руку на груди, іншу на живіт
3. Повільний вдих через ніс на 4 рахунки (живіт піднімається)
4. Затримка дихання на 4 рахунки
5. Повільний видих через рот на 4 рахунки (живіт опускається)
6. Пауза на 4 рахунки перед наступним вдихом
7. Повторити цикл 4-8 разів

Інструкція для учасників: Сядьте зручно, ноги на підлозі, спина рівна. Покладіть праву руку на серце, ліву – на живіт. Уявіть, що ви малюєте диханням квадрат. Вдихаємо через ніс, рахуючи до чотирьох – це перша сторона квадрата. Затримуємо дихання на чотири – друга сторона. Видихаємо через рот на чотири – третя сторона. Пауза на чотири – четверта сторона. Зосередьтеся на рівномірному ритмі. Якщо відволікаєтеся, м'яко поверніть увагу до дихання.

Домашнє завдання: практикуйте техніку квадратного дихання мінімум 3 рази на день: вранці після пробудження, в обідню перерву та перед сном. Встановіть нагадування на телефоні. Ведіть журнал самоспостереження: фіксуйте рівень тривоги до та після вправи (шкала 0-10). При виникненні стресової ситуації негайно застосовуйте техніку та записуйте ефективність. Додатково: навчіть техніці одного члена родини чи друга.

Вправа 3. Щоденник вдячності (День 3) [92; 89]

Систематична практика фіксації трьох позитивних подій дня та висловлення вдячності. Учасники ведуть онлайн-щоденник у спільному документі Google, що створює додатковий ефект соціальної підтримки.

Мета: Переорієнтація уваги з негативних аспектів на позитивні, формування оптимістичного мислення, підвищення рівня суб'єктивного благополуччя.

Структура вправи:

- вступ (10 хв): наукове обґрунтування практики вдячності;
- створення шаблону (15 хв): розробка індивідуального формату;
- перша практика (15 хв): заповнення щоденника;
- обмін досвідом (10 хв): добровільне ділення в групі.

Техніка виконання:

1. Щовечора о 21:00 відкривати спільний Google-документ.
2. Записувати дату та три події дня, за які вдячні.
3. Деталізувати кожну подію: що сталося, хто був причетний, які емоції викликало.
4. Формулювати вдячність конкретно: Я вдячний/на [кому/чому] за [конкретну дію/подію], тому що [вплив на моє життя].
5. Додавати один пункт *подарунок собі* – що хорошого я зробив/ла для себе.

Інструкція для учасників: Кожного вечора протягом програми ви будете заповнювати щоденник вдячності в нашому спільному документі. Знайдіть три моменти дня, за які ви вдячні – великі чи маленькі. Це може бути усмішка незнайомця, смачна кава, вдало здана робота. Опишіть кожну подію детально: що відбулося, які емоції ви відчули, чому це важливо для вас. Пам'ятайте – немає правильних чи неправильних відповідей. Ваша вдячність унікальна.

Домашнє завдання: щовечора о 21:00 заповнюйте спільний Google-документ групи, записуючи три події дня, за які вдячні. Деталізуйте кожну подію: що сталося, хто був причетний, які емоції викликало. Додатково напишіть

один подарунок собі - що хорошого ви зробили для себе сьогодні. В кінці тижня перечитайте всі записи та визначте сфери життя, які приносять найбільше позитивних емоцій.

Вправа 4. Переписування негативного сценарію (День 4) [17; 81]

Когнітивна техніка трансформації катастрофічних думок через письмову реконструкцію негативних переконань. Учасники аналізують автоматичні думки, виявляють когнітивні викривлення та формулюють альтернативні, більш реалістичні інтерпретації.

Мета: ідентифікація та трансформація когнітивних викривлень, формування навичок когнітивної реструктуризації, зниження катастрофічного мислення.

Структура вправи:

- психоедукація (15 хв): типи когнітивних викривлень;
- аналіз власних думок (20 хв): виявлення автоматичних думок;
- переформулювання (20 хв): створення альтернативних інтерпретацій;
- закріплення (10 хв): план застосування в житті.

Техніка виконання:

1. Ідентифікація ситуації-тригера (опис факту без оцінок).
2. Фіксація автоматичної думки (перша реакція).
3. Визначення емоції та її інтенсивності (0-100%).
4. Пошук доказів «за» і «проти» думки.
5. Виявлення когнітивного викривлення (катастрофізація, чорно-біле мислення, персоналізація).
6. Формулювання збалансованої думки.
7. Переоцінка емоції після реструктуризації.

Інструкція для учасників: Візьміть ситуацію з минулого тижня, яка викликала сильні негативні емоції. Запишіть факти – що об'єктивно сталося, без інтерпретацій. Яка думка першою прийшла в голову? Запишіть її дослівно. Тепер станьте адвокатом самого себе – знайдіть докази, що підтверджують цю думку, і докази, що її спростовують. Подивіться на список когнітивних викривлень – яке

з них присутнє? Тепер сформулюйте більш реалістичну, збалансовану думку. Як змінилася інтенсивність емоції?

Домашнє завдання: щодня ідентифікуйте одну негативну автоматичну думку, яка виникла протягом дня. Застосуйте техніку переписування: запишіть ситуацію, автоматичну думку, докази *за* і *проти*, визначте когнітивне викривлення, сформулюйте збалансовану альтернативу. Створіть картотеку раціональних відповідей - збірку переформульованих думок для швидкого доступу в стресових ситуаціях.

Вправа 5. Техніка RAIN (День 5) [72; 73]

Майндфулнес-практика для роботи з важкими емоціями: Recognize (розпізнати), Allow (дозволити), Investigate (дослідити), Non-identification (не ототожнюватися). Вправа розвиває навички усвідомленості та емоційної регуляції.

Мета: розвиток навичок усвідомленості, формування незасуджуючого ставлення до власних емоцій, підвищення емоційної стійкості.

Структура вправи:

- теоретичний вступ (10 хв): принципи майндфулнес;
- покрокова демонстрація (15 хв): проходження всіх етапів;
- практика в парах (20 хв): взаємна підтримка;
- індивідуальна інтеграція (10 хв): планування використання.

Техніка виконання:

1. R - Recognize (Розпізнати): Зупинитися та назвати емоцію або відчуття.
2. A - Allow (Дозволити): Прийняти присутність емоції без опору.
3. I - Investigate (Дослідити): З цікавістю вивчити, як емоція проявляється в тілі.
4. N - Non-identification (Не ототожнюватися): Усвідомити, що «я не є моєю емоцією».

Інструкція для учасників: Коли виникає складна емоція, зупиніться. Розпізнайте її – назвіть: Зараз я відчуваю тривогу. Дозвольте їй бути – не намагайтеся позбутися або посилити, просто дайте простір. Дослідіть з цікавістю

– де в тілі вона живе? Як пульсує? Яка на дотик? Нагадайте собі: Я відчуваю тривогу, але я – це не тривога. Це тимчасовий стан, який пройде. Дихайте та спостерігайте, як емоція природно трансформується.

Домашнє завдання: двічі на день (в обід та ввечері) практикуйте техніку RAIN з будь-якою емоцією, що виникає. Ведіть *RAIN-журнал*: записуйте емоцію, як пройшов кожен етап (Розпізнати, Дозволити, Дослідити, Не ототожнюватися), що змінилося після практики. Особливу увагу приділіть етапу Дослідження - детально описуйте тілесні відчуття. Поділіться одним інсайтом у груповому чаті.

Вправа 6. Коло ресурсів (День 6) [13; 83; 52]

Візуалізація та активація внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості. Учасники створюють візуальну карту власних ресурсів: особистісних якостей, навичок, соціальної підтримки, досягнень. Техніка підвищує самоефективність та резилієнтність.

Мета: Усвідомлення та активація внутрішніх і зовнішніх ресурсів, підвищення самоефективності, формування ресурсного стану.

Структура вправи:

- вступна візуалізація (10 хв): налаштування на ресурсний стан;
- створення кола (25 хв): мапування ресурсів;
- презентація в трійках (15 хв): обмін ресурсами;
- створення банку ресурсів групи (10 хв).

Техніка виконання:

1. Підготовка візуального простору
 - у центрі аркуша або онлайн-дошки (Jamboard/Miro) намалювати велике коло діаметром 10-12 см;
 - у центрі написати «Я» або своє ім'я;
 - використати яскравий колір для центрального кола.
2. Створення восьми секторів ресурсів.

Навколо центрального кола на рівній відстані розмістити 8 менших кіл (діаметром 5-6 см), кожне з'єднати лінією з центром. Підписати категорії:

 - особистісні якості (що в мені сильне);

- навички та вміння (що вмію робити добре);
- досягнення (чим пишаюся);
- люди підтримки (хто допомагає);
- місця сили (де відновлююся);
- діяльність-ресурс (що дає енергію);
- цінності та сенси (заради чого живу);
- мрії та цілі (що надихає).

3. Заповнення кожного сектору ресурсів

- у кожному колі записати мінімум 3-5 конкретних прикладів;
- використовувати різні кольори: зелений для найсильніших ресурсів, жовтий для тих, що розвиваються, блакитний для потенційних;
- додавати символи або малюнки для візуалізації.

4. Аналіз та пріоритизація ресурсів

- обвести червоним маркером 3 найпотужніші ресурси з усіх категорій;
- позначити зірочками (*) ресурси швидкого доступу (які можна активувати за 5 хвилин);
- з'єднати пунктирними лініями взаємопов'язані ресурси.

5. Створення плану активації

- біля кожного кола написати одну конкретну дію для активації ресурсу цього тижня;
- виділити маркером один ресурс для щоденного використання;
- записати формулу ресурсного стану: поєднання 3 ресурсів для екстреної підтримки.

6. Адаптація для онлайн-формату

- демонстрація екрану з прикладом заповненої карти;
- використання інтерактивних дошок для спільної роботи;
- можливість завантажити шаблон для самостійного заповнення;
- збереження цифрової версії в особистій папці учасника.

Інструкція для учасників:

Зараз ми створимо вашу особисту карту ресурсів – візуальне відображення всього, що дає вам силу та підтримку. Візьміть аркуш паперу або відкрийте онлайн-дошку. У центрі намалюйте велике коло – це ви. Навколо розмістіть 8 менших кіл для різних категорій ресурсів.

Почніть з особистісних якостей – що у вас найкраще виходить? Які ваші сильні сторони відзначають інші? Запишіть мінімум три якості. Далі перейдіть до навичок – що ви вмієте робити краще за інших? Це можуть бути професійні вміння, хобі, побутові навички.

У колі *Досягнення* згадайте моменти, коли ви пишалися собою – великі чи маленькі перемоги. У *Людях підтримки* вкажіть конкретні імена – хто завжди готовий вислухати, підтримати, допомогти.

Місця сили – це локації, де ви відновлюєтеся: парк, кав'ярня, власна кімната. *Діяльність-ресурс* – заняття, які наповнюють енергією: спорт, читання, музика. У *Цінностях* запишіть те, що для вас найважливіше в житті. У *Мріях та цілях* – те, що мотивує рухатися вперед.

Використовуйте кольори для позначення сили ресурсу. Коли завершите, оберіть три найпотужніші ресурси – це ваша, так звана швидка допомога у складні моменти. Поділіться своїми відкриттями в малих групах – часто ми не помічаємо власних ресурсів, поки не візуалізуємо їх.

Домашнє завдання: протягом тижня щодня активуйте один ресурс з кожної категорії вашої карти. Ведіть *Ресурсний щоденник*": записуйте, який ресурс активували, яким чином, як це вплинуло на емоційний стан (шкала 1-10). Створіть *План швидкої ресурсної допомоги* – список із 5 ресурсів, які можна активувати за 5 хвилин. Додайте до своєї карти 2 нові ресурси, які виявили протягом тижня.

Вправа 7. Прогресивна м'язова релаксація онлайн (День 7) [70]

Адаптована для онлайн-формату техніка Джекобсона з використанням аудіо-супроводу. Учасники послідовно напружують та розслаблюють 8 основних груп м'язів під керівництвом ведучого.

Мета: Відновлення фізіологічної рівноваги, зниження м'язової напруги, формування навички розслаблення як ресурсу для зняття стресу.

Структура вправи:

- інструктаж (5 хв);
- проведення вправи з аудіо-супроводом (20 хв);
- обговорення самопочуття (10 хв).

Техніка виконання:

1. Сісти або лягти зручно, вимкнути зайві звуки.
2. За аудіо-інструкцією почергово напружувати групи м'язів (кисті, плечі, шия, обличчя, ноги), утримувати 5 секунд, потім відпускати та фокусуватись на відчутті розслаблення.
3. Швидко “просканувати” тіло на наявність залишкової напруги та відобразити цей стан за допомогою шкали (0 – повна напруга, 10 – повне розслаблення).

Інструкція для учасників: Займіть зручну позицію, закрийте очі. За моїм голосом напружуйте окремі м'язові групи на кілька секунд, а потім повністю їх розслабляйте. Ваше завдання – сконцентруватись на різниці між напругою та розслабленням, дати тілу відпочити. Якщо щось не виходить, просто дихайте повільно та глибоко.

Домашнє завдання: практикуйте скорочену версію ПМР (10 хвилин) щовечора перед сном, використовуючи аудіо-запис з заняття. Ведіть *Карту напруги*: до та після вправи відмічайте на схемі тіла зони напруги та їх інтенсивність (1-10). Експериментуйте з різним часом практики та визначте оптимальний для себе. Навчіть техніці експрес-релаксації (2-3 групи м'язів) для використання в стресових ситуаціях.

Вправа 8. Метафоричні асоціативні карти онлайн (День 8) [14; 36; 57]

Використання цифрових метафоричних карт для дослідження емоційних станів та пошуку ресурсів. Учасники обирають карти через екран, інтерпретують образи та діляться асоціаціями в групі.

Мета: Виявлення прихованих почуттів та ресурсних станів, стимулювання рефлексії завдяки образам, розвиток гнучкості мислення.

Структура вправи:

- ознайомлення з методикою (5 хв);
- вибір онлайн-карт (5 хв);
- рефлексивне письмове чи усне опрацювання асоціацій (20 хв);
- обговорення в групі (10 хв).

Техніка виконання:

1. Учасникам демонструють (на екрані або покликання через чат) набір метафоричних асоціативних карт (МАК).

2. Кожен обирає одну чи дві, що найбільше відгукуються під запитанням: Як я себе почуваю сьогодні? або Який мій головний внутрішній ресурс?

3. По черзі розповідають, що зображено на картинці, чим це відгукується їхньому внутрішньому стану.

4. Фасилітатор допомагає сформулювати ресурсне послання.

Інструкція для учасників: Перегляньте колекцію карт, оберіть одну-дві, що резонують із вашим сьогоднішнім станом чи запитом. Що ви бачите? Які емоції викликає цей образ? Що ця картинка каже про вас? Поділіться своїми міркуваннями в малих групах або в чаті. Звертайте увагу на несподівані асоціації – вони часто підказують, де зараз ваш внутрішній ресурс.

Домашнє завдання: щодня обирайте одну карту з онлайн-колекції як Карту дня, що відображає ваш стан або намір. Ведіть візуальний щоденник: зберігайте обрані карти з короткими коментарями про асоціації та інсайти. В кінці тижня створіть колаж із 7 карт та напишіть історію свого тижня через метафори. Поділіться однією картою та її значенням з близькою людиною.

Вправа 9. Техніка самоспівчуття (День 9) [79; 89]

Практика розвитку самоспівчуття через три компоненти: усвідомленість, спільність людського досвіду, доброзичливість до себе. Учасники пишуть листи самопідтримки та практикують внутрішній діалог співчуття.

Мета: Зниження рівня самокритики, активізація внутрішньої підтримки, формування м'якого і приймаючого ставлення до себе у важкий час.

Структура вправи:

- експлейн (5 хв): коротко про самоспівчуття та його користь;
- письмова практика (15 хв): лист самому/самій собі;
- обмін у парах (10 хв): ділимося відчуттями (за бажанням);
- мотиваційний підсумок (5 хв).

Техніка виконання:

1. Кожен учасник під музику чи у тиші пише лист звернення до себе, як до друга.

2. У листі: визнати труднощі, які зараз відчуває; написати слова підтримки й розуміння; навести аргументи, чому ці труднощі не визначають власну цінність; завершити слова побажання щирості та підтримки собі.

3. За бажанням – поділитися з групою невеличким фрагментом.

Інструкція для учасників: Протягом наступних 10 хвилин напишіть короткий лист самому/самій собі. Уявіть, що ви – ваш добрий друг. Напишіть, які труднощі чи почуття вас зараз хвилюють, якби ви себе підтримали, будь ласка, без осуду. Все, що написано – тільки для вас. Подумайте, що би ви сказали близькій людині, яка переживає щось подібне. Побажайте собі підтримки й тепла.

Домашнє завдання: щоранку практикуйте *Ранкове самоспівчуття*: 5 хвилин медитації любляче-доброти до себе. Напишіть три *Листи самопідтримки* для різних ситуацій: коли зробили помилку, коли відчуваєте тривогу, коли досягли успіху. Носіть із собою *Картку самоспівчуття* з трьома ключовими фразами підтримки. Щовечора записуйте один момент дня, коли проявили до себе співчуття.

Вправа 10. План психологічного благополуччя (День 10) [60; 75]

Завершальна інтегративна вправа – створення індивідуального плану підтримки ментального здоров'я. Учасники розробляють персоналізовану

систему щоденних практик, визначають тригери стресу та стратегії подолання, формують мережу підтримки.

Мета: Інтеграція набутих навичок у повсякденне життя, формування індивідуального плану підтримки ментального здоров'я, посилення самоконтролю та внутрішньої відповідальності.

Структура вправи:

- ознайомлення зі структурою плану (10 хв);
- індивідуальне заповнення (15 хв);
- обговорення і коригування в трійках (15 хв);
- підсумкова рефлексія (10 хв).

Техніка виконання:

1. Кожен учасник отримує шаблон плану (можна в Google Forms чи Word).
2. Планує для себе конкретні кроки у таких сферах:
 - щоденні ритуали для підтримки ресурсу (рух, дихання, вдячність);
 - попереджувальні сигнали погіршення настрою (які саме);
 - стратегії підтримки (кому звернутись, які вправи діють);
 - контакти 2-3 людей-підтримки;
 - перелік *SOS-технік* на складний випадок.
3. За бажанням – ділиться ідеями з малими групами.

Інструкція для учасників: Підсумовуючи нашу програму, створіть свій особистий план підтримки. Визначте: які дії допомагають почуватись краще? Які попереджувальні дзвіночки помічати в собі? Кому ви можете написати або зателефонувати за підтримкою? Які дві-три техніки працюють для вас найкраще? Занотуйте план так, щоб вам хотілося ним користуватися, оформіть креативно, і пам'ятайте: це карта вашого добробуту.

Домашнє завдання: впроваджуйте свій план протягом наступних двох тижнів. Щодня виконуйте мінімум 2 пункти з розділу *Щоденні ритуали*. Щотижня переглядайте план та коригуйте за потреби. Створіть візуальне нагадування (постер, заставка телефону) з ключовими елементами плану. Знайдіть *партнера підтримки* з групи для взаємного моніторингу виконання

планів. Через два тижні напишіть звіт про ефективність плану та необхідні корективи.

Програма була апробована на базі Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля з тією ж групою респондентів (31 особа), що брала участь у констатувальному експерименті. Формувальний експеримент проводився протягом 4 тижнів у осінньому семестрі 2025-2026 навчального року.

Організаційні особливості апробації враховували специфіку воєнного часу: гнучкий графік занять в онлайн-форматі, адаптований зміст програми з урахуванням актуальних стресорів, додаткові модулі психологічної підтримки за необхідності.

Учасники програми продемонстрували високий рівень мотивації та активної участі, що підтверджує актуальність та значущість запропонованих інтервенцій для збереження ментального здоров'я студентської молоді в умовах сучасних викликів.

3.3. Результати формувального експерименту

Після завершення 2-тижневої інтенсивної програми збереження ментального здоров'я, що включала 10 занять по 90 хвилин з частотою 5 разів на тиждень, було проведено повторне діагностичне обстеження всіх 31 учасника експериментальної групи. Метою формувального експерименту була перевірка ефективності розробленої програми соціально-психологічного тренінгу та оцінка динаміки змін показників ментального здоров'я студентської молоді.

Для забезпечення об'єктивності оцінки результатів було використано той самий діагностичний інструментарій, що й на етапі констатувального експерименту, а саме: опитувальник для вимірювання локусу контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallston, & R. DeVellis в адаптації Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер), шкалу позитивного ментального здоров'я (J. Lukat та ін. в адаптації Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко), а також методики для оцінки рівня тривожності та депресії.

Повторне тестування проводилося через 3 дні після завершення програми, що дозволило оцінити безпосередній ефект корекційно-розвивальної роботи. Всі учасники експерименту пройшли повне обстеження, відсіву респондентів не відбулося, що свідчить про високу мотивацію здобувачів вищої освіти та адекватність запропонованої програми їхнім потребам.

У даному розділі представлено аналіз результатів після формувального експерименту.

**Обробка та інтерпретація результатів за методикою вимірювання локус контролю здоров'я (K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis)
(адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер)**

Результати опитування наведено у додатку М та узагальнено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Результати за опитувальником для вимірювання локусу контролю здоров'я (K.A. Wallston, B.S. Wallston, & R. DeVellis в адаптації
Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)**

Рівень контролю	Шкала «внутрішнього локусу контролю» (А)	Шкала «контролю «могутніми іншими» (Б)	Шкала «контролю випадку» (В)
Низький рівень	6 (19,4%)	9 (29,0%)	10 (32,3%)
Середній рівень	15 (48,4%)	14 (45,2%)	11 (35,5%)
Високий рівень	10 (32,3%)	8 (25,8%)	10 (32,3%)

1. Шкала внутрішнього локусу контролю (А):

- низький рівень: 6 респондентів (19,4%)
- середній рівень: 15 респондентів (48,4%)

- високий рівень: 10 респондентів (32,3%)

Більшість опитаних (48,4%) продемонстрували середній рівень внутрішнього локусу контролю здоров'я. Це свідчить про те, що респонденти частково визнають свою відповідальність за стан свого здоров'я, але не відчують повного контролю над ним. Високий рівень (32,3%) вказує на респондентів, які мають сильне відчуття контролю над своїм здоров'ям, що може слугувати позитивним чинником для профілактики захворювань. Низький рівень (19,4%) характерний для тих, хто не вірить у свої можливості впливати на стан здоров'я, що може призводити до покладання відповідальності на зовнішні фактори.

2. Шкала контролю «могутніми іншими» (Б):

- низький рівень: 9 респондентів (29,0%)
- середній рівень: 14 респондентів (45,2%)
- високий рівень: 8 респондентів (25,8%)

Серед респондентів (45,2%) більшість має середню вираженість залежності від зовнішніх авторитетів у питаннях здоров'я. Це свідчить про те, що респонденти враховують думку лікарів та інших значущих осіб, але залишають за собою право приймати остаточні рішення. Високий рівень (25,8%) вказує на тенденцію перекладати відповідальність за стан здоров'я на лікарів, що може зменшувати особисту ініціативу у питаннях профілактики. Низький рівень (29%) демонструє, що деякі респонденти не схильні покладатися на зовнішні фактори, вважаючи, що самі здатні контролювати своє здоров'я.

3. Шкала контролю випадку (В):

- низький рівень: 10 респондентів (32,3%)
- середній рівень: 11 респондентів (35,5%)
- високий рівень: 10 респондентів (32,3%)

Щодо переконань у впливі випадкових чинників на здоров'я, для більшості респондентів (35,5%) характерний середній рівень фаталізму. Це свідчить про визнання ролі неконтрольованих обставин, але без домінуючого переконання щодо їх визначального впливу. Високий рівень (32,3%) вказує на респондентів,

які сприймають здоров'я як залежне від випадковості, що може знижувати їхню мотивацію до активних дій у сфері профілактики. Низький рівень (32,3%) демонструє орієнтацію на контрольованість здоров'я та заперечення ролі випадку як вирішального чинника.

Проаналізувавши отримані результати за методикою локусу контролю здоров'я, можна виділити чітко виражену загальну тенденцію у переконаннях респондентів щодо чинників, які визначають їхнє особисте здоров'я. Середній рівень за всіма шкалами притаманний переважній більшості, що говорить про збалансовану систему переконань про здоров'я серед респондентів, з домінуванням середніх рівнів контролю, що може впливати на їхні подальші рішення щодо здоров'я та профілактики захворювань.

Обробка та інтерпретація результатів за методикою

Шкала позитивного ментального здоров'я

(Positive mental health scale (pmh-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. Van Der Veld, & E. Becker) (адаптація Л. Карамушки, О. Креденцер, К. Терещенко)

Результати опитування за шкалою позитивного ментального здоров'я у досліджуваній групі (додаток Н та таблиця 3.2) свідчать, що найбільша кількість респондентів (16 осіб, або 51,61%) мають середній рівень позитивного ментального здоров'я (25-29 балів). Це вказує на те, що більшість учасників мають достатньо стабільний психоемоційний стан, але при цьому потребують подальшого розвитку навичок психологічної стійкості й підтримки позитивних аспектів ментального здоров'я для досягнення більш високого рівня.

Таблиця 3.2

**Результати за опитувальником для вимірювання
рівня позитивного ментального здоров'я**

Рівень позитивного ментального здоров'я	Кількість респондентів	Відсоток (%)
Високий (30-36 балів)	4	12.90
Середній (25-29 балів)	16	51.61
Низький (9-24 бали)	11	35.48

Водночас, 11 осіб (35,48%) мають низький рівень (9-24 бали), що свідчить про можливість наявності у них низької психологічної стійкості, підвищеного рівня тривожності або інших труднощів, що мають потребу у профілактичних та корекційних заходах. Лише 4 респонденти (12,90%) демонструють високий рівень (30-36 балів), що характеризується високим рівнем життєрадісності, стійкості та оптимізму. Загалом дослідження вказує на значну частку учасників із середнім і низьким рівнями позитивного ментального здоров'я, що підкреслює важливість розвитку програм психологічної підтримки та втручань для покращення психоемоційного стану. Ці результати закликають до проведення подальших досліджень та впровадження профілактичних заходів у спільнотах з метою підвищення загального рівня ментального здоров'я.

**Обробка та інтерпретація результатів за методикою
«Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної
тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (STAI – STATE-TRAIT
ANXIETY INVENTORY)» (адаптація Ю. Ханіна)**

На основі отриманих результатів (додаток П) було оцінено рівень особистісної тривожності (OT) і реактивної тривожності (PT) серед учасників дослідження (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Результати за опитувальником для вимірювання рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Рівень тривожності	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький рівень (0-30 балів)	17 (54,8%)	8 (25,8%)
Помірний рівень (31-45 балів)	11 (35,5%)	16 (51,6%)
Високий рівень (>45 балів)	3 (9,7%)	7 (22,6%)

Відповідно до отриманих даних, у розподілі рівнів реактивної тривожності (РТ) у групі переважає низький рівень – 17 осіб (54,8%). Це свідчить про високу емоційну стійкість більшості учасників та їхню здатність до адекватної, непанічної реакції на стресові ситуації, а також про успішну регуляцію емоцій в умовах повсякденного життя на момент тестування.

Помірний рівень РТ фіксується у 11 осіб (35,5%). Це є характерним для більшості нормально функціонуючих особистостей: такий рівень мобілізує ресурси та підвищує відповідальність.

Високий рівень РТ діагностовано лише у 3 осіб (9,7%). Це незначна частка групи, яка, ймовірно, перебуває у стані гострого ситуативного стресу.

Загалом, за шкалою реактивної тривожності група є ситуативно стабільною та демонструє хороші навички емоційної адаптації до поточних зовнішніх подразників.

Розподіл рівнів особистісної тривожності (ОТ) у групі показує явну домінанту помірного рівня цієї характеристики – 16 осіб (51,6%). Це свідчить про те, що більшість учасників мають оптимальний рівень стійкої тривожності, яка виконує мобілізуючу та адаптивну функцію.

Високий рівень ОТ фіксується у 7 осіб (22,6%). Хоча цей рівень не є домінуючим, він все одно є значним і критичним. Ця частка групи має стійку тенденцію до регулярного переживання внутрішніх конфліктів, зниженої

самооцінки та схильність до хронічного стресу. Це основна група ризику, яка потребує цілеспрямованого психологічного супроводу.

Низький рівень ОТ становить 8 осіб (25,8%), що є ознакою високої емоційної стабільності та саморегуляції.

Загалом, за шкалою особистісної тривожності група є гетерогенною, але переважає адаптивний помірний рівень. Незважаючи на це, значна частка осіб із високою особистісною тривожністю (майже чверть) все ще вимагає негайної психопрофілактики та індивідуальної корекційної роботи, спрямованої на зміну стійких особистісних установок.

Загальні результати дослідження вказують на ситуативну стабільність групи (перевага низького рівня РТ) на тлі переважання помірного рівня особистісної тривожності.

Ключовий психологічний дисбаланс проявляється в тому, що учасники ефективно контролюють зовнішні прояви тривоги, але значна частина групи все ж має внутрішню схильність до тривожних переживань (висока частка помірного та високого рівня особистісної тривожності).

Подальша корекційна робота має бути диференційованою. Для групи з високою ОТ необхідні програми, спрямовані на глибинну роботу з самооцінкою, когнітивною реструктуризацією та формування стійкості до невизначеності.

Обробка та інтерпретація результатів за методикою

Шкала депресії Бека

За результатами опитування із використанням шкали депресії Бека (додаток Р) було визначено рівні депресивної симптоматики серед респондентів (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Загальний розподіл результатів у вибірці за рівнями депресії

Рівень депресії	Кількість	Відсоток (%)
Депресії немає	12	38,7
Легка депресія	5	16,1
Середній ступінь депресії	13	41,9
Високий рівень депресії	1	3,2

Згідно з отриманими даними, домінуючий рівень депресії у досліджуваній вибірці – середній, що складає 41,9% (13 осіб). Це свідчить про поширеність виражених депресивних симптомів, здатних впливати на емоційний стан, мотивацію та загальну якість життя молодих людей.

Рівень депресії, що відсутній або мінімальний, виявлено у 17 учасників (загалом 55,8%), що відображає наявність значної частини молоді з емоційною стабільністю та хорошою адаптивною здатністю у цій групі. Порівняно невелика кількість респондентів (3,2%) демонструє високий рівень депресії, що вимагає особливої уваги з боку фахівця для запобігання подальшому поглибленню симптом у цього сегменту.

З домінуванням середнього рівня депресії (41,9%) можна констатувати наявність у більшості опитуваних виражених депресивних тенденцій, які потенційно можуть слабшати або посилюватися залежно від зовнішніх та внутрішніх факторів. Така ситуація вимагає профілактичних заходів, соціально-психологічної підтримки та можливих корекційних середовищ.

Наявність 16,1% респондентів із легкими симптомами депресії дозволяє використовувати профілактичні або педагогічні заходи, спрямовані на зниження ризику переходу до більш важких форм депресії.

Найменша група з високим рівнем депресії (3,2%) потребує цільових психологічних інтервенцій, зокрема, фахового консультування, психотерапії та, за потреби, психологічної допомоги у складних випадках.

Загалом отримані результати демонструють достатньо високий рівень поширеності депресивної симптоматики у досліджуваних молодих осіб, що відповідає сучасним тенденціям щодо психологічного стану молоді у перехідний період. Крім того, результати підтверджують актуальність впровадження профілактичних та корекційних програм з урахуванням ступеня депресії для запобігання розвитку тяжчих форм психічних розладів.

Таким чином, результати формуального експерименту, що стосуються локусу контролю здоров'я, позитивного ментального здоров'я, тривожності та депресії, вказують на важливі тенденції серед молоді. За шкалою «внутрішнього локусу контролю» 48,4% респондентів продемонстрували середній рівень, що свідчить про часткове усвідомлення відповідальності за своє здоров'я. Водночас 32,3% учасників мають високий рівень контролю, що може позитивно впливати на профілактику захворювань. Щодо «контролю могутніми іншими», 45,2% респондентів мають середній рівень, вказуючи на залежність від думки лікарів, але зберігаючи право на власні рішення. Високий рівень фаталізму (32,3%) у шкалі Контролю випадку свідчить про певну недовіру до власних можливостей впливати на здоров'я.

За шкалою позитивного ментального здоров'я, 51,61% респондентів мають середній рівень, що вказує на стабільний психоемоційний стан, але потребу в розвитку навичок психологічної стійкості. Низький рівень позитивного ментального здоров'я виявлено у 35,48% учасників, що свідчить про можливі труднощі, які потребують корекційних заходів. Лише 12,90% респондентів демонструють високий рівень, що підкреслює необхідність програм психологічної підтримки.

Рівень тривожності серед учасників також виявився значущим: 54,84% мають помірний рівень реактивної тривожності, що свідчить про адекватну реакцію на стресові ситуації. Водночас 38,71% респондентів демонструють

високий рівень особистісної тривожності, що вказує на ризики для емоційного здоров'я. Щодо депресії, 41,9% респондентів мають середній ступінь депресивної симптоматики, що вимагає уваги та профілактичних заходів. Лише 3,2% учасників демонструють високий рівень депресії, що потребує цільових психологічних інтервенцій. Загалом, результати дослідження підкреслюють важливість впровадження програм психологічної підтримки для покращення психоемоційного стану студентської молоді.

3.4. Психологічний та статистичний аналіз результатів формульовального етапу дослідження та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Ст'юдента

Для об'єктивної оцінки ефективності впровадженої програми збереження та відновлення ментального здоров'я студентської молоді було застосовано параметричний t-критерій Ст'юдента для залежних вибірок. Вибір даного статистичного методу обумовлений необхідністю порівняння показників однієї і тієї ж групи респондентів до та після експериментального впливу, що дозволяє визначити статистичну значущість виявлених змін.

T-критерій Ст'юдента для парних вибірок є оптимальним інструментом для аналізу повторних вимірювань, оскільки враховує кореляцію між початковими та кінцевими показниками кожного учасника.

Зауважимо, що з урахуванням короткотривалості програми (2 тижні) та стійкості особистісних конструктів, таких як локус контролю, прогнозовані зміни будуть мінімальними. Локус контролю є відносно стабільною характеристикою особистості, яка формується роками і важко піддається швидким змінам.

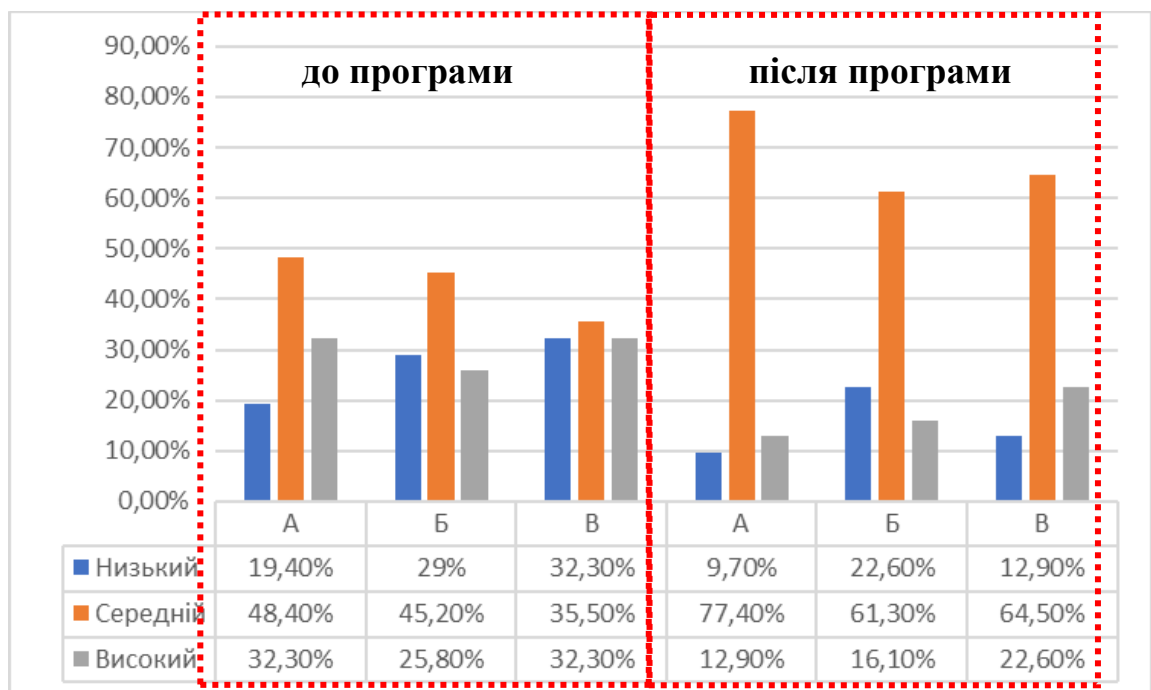
Так, за результатами опитування за *методикою вимірювання локусу контролю здоров'я (K. Wallston, B. Wallston, & R. Devellis)*, адаптованою

Л. Карамушкою, К. Терещенко та О. Креденцер, (дані наведені в табл. 3.5 та на рис. 3.1), що показують розподіл респондентів за рівнями контролю.

Таблиця 3.5

**Розподіл результатів за методикою вимірювання локусу контролю
здоров'я (К. Wallston, В. Wallston, & R. Devellis)
до та після проведення програми**

Рівень контролю	Розподіл результатів до програми			Розподіл результатів після програми		
	А	Б	В	А	Б	В
Низький	6 (19,4%)	9 (29,0%)	10 (32,3%)	3 (9,7%)	7 (22,6%)	4 (12,9%)
Середній	15 (48,4%)	14 (45,2%)	11 (35,5%)	24 (77,4%)	19 (61,3%)	20 (64,5%)
Високий	10 (32,3%)	8 (25,8%)	10 (32,3%)	4 (12,9%)	5 (16,1%)	7 (22,6%)



**Рис. 3.1. Гістограма розподілу результатів за методикою
вимірювання локусу контролю здоров'я (К. Wallston, В. Wallston, &
R. Devellis) до та після проведення програми**

За шкалою внутрішнього локус контролю (А) відбулося зменшення кількості респондентів з низьким рівнем (з 19,4% до 9,7%) та збільшення середнього рівня (з 48,4% до 77,4%), що свідчить про позитивні зміни у сприйнятті контролю над власним здоров'ям.

За шкалою контроль «могутніми іншими» (Б), також відбулося зменшення високого рівня (з 25,8% до 16,1%) та збільшення середнього рівня (з 45,2% до 61,3%), що вказує на зменшення залежності від зовнішніх авторитетів.

За шкалою контроль випадку (В) спостерігається зменшення низького рівня (з 32,3% до 12,9%) та збільшення середнього рівня (з 35,5% до 64,5%), що свідчить про зниження фаталізму та вказує на визнання ролі випадкових чинників, але без домінуючого переконання щодо їхнього впливу. Це може свідчити про певну готовність до активних дій у сфері здоров'я.

Для статистичної оцінки було застосовано t-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Для проведення t-тесту були розраховані такі величини:

- середнє значення до експерименту: M_1
- середнє значення після експерименту: M_2
- стандартне відхилення до експерименту: SD_1
- стандартне відхилення після експерименту: SD_2
- кількість учасників: n

Тестування нульової гіпотези (H_0) про відсутність різниці між середніми значеннями до і після експерименту ($H_0: M_1 = M_2$) виконувалося за формулою t-критерію (3.1):

$$t = \frac{(M_2 - M_1)}{\sqrt{\frac{SD_1^2}{n} + \frac{SD_2^2}{n}}} \quad (3.1)$$

Розрахункове значення t порівнювалося з критичним значенням t для заданого рівня значущості.

Якщо результати тестування вказують на те, що $t_{\text{(значення)}} > t_{\text{(критичне)}}$, це дозволяє відкинути нульову гіпотезу та стверджувати, що програма корекційних

заходів має статистично значущий вплив на покращення позитивного ментального здоров'я здобувачів вищої освіти.

Так, за *шкалою внутрішнього локусу контролю* до та після проведення корекційних заходів розрахунки показали, що:

- середні значення результатів: до експерименту – 17,97, після – 18,45;
- стандартне відхилення різниць: 2,19.
- значення t-критерію: приблизно – 2,34.

Критичне значення для рівня значущості 0,05 і 30 ступенів свободи становить 2,042. Оскільки отримане значення t (у модулі більше за 2,042), можна зробити висновок про статистичну значущість різниць між результатами до і після експерименту.

Таким чином, статистичний аналіз підтвердив, що впроваджена програма має значний позитивний вплив на внутрішній локус контролю студентської молоді. Зміни у середніх показниках результатів є статистично достовірними ($p < 0,05$), що свідчить про ефективність психологічних корекційних заходів.

За *шкалою контроль могутніми іншими* до та після проведення корекційних заходів розрахунки показали, що:

- середні значення результатів: до експерименту – 17,45, після – 20,10;
- стандартне відхилення різниць: 2,15;
- значення t-критерію: приблизно – 3,87.

Критичне значення для рівня значущості 0,05 і 30 ступенів свободи становить 2,042. Оскільки отримане значення t (у модулі більше за 2,042), можна зробити висновок про статистичну значущість різниць між результатами до і після експерименту.

Таким чином, статистичний аналіз підтвердив, що впроваджена програма сприяла зниженню високого рівня залежності від зовнішніх авторитетів («могутніми іншими») у студентської молоді. Зміни у середніх показниках результатів є статистично достовірними ($p < 0,001$), що свідчить про ефективність психологічних корекційних заходів та вказує про зменшення зовнішньої залежності та посилення внутрішніх ресурсів молоді у плані

самореалізації та відповідальності за власне здоров'я, що є важливою складовою ментального здоров'я.

За шкалою контроль випадку до та після проведення корекційних заходів розрахунки показали, що:

- середні результати до експерименту – 18,5; після – 15,2.
- стандартне відхилення різниць – 2,3.
- значення t-критерію – приблизно 4,65.

Критичне значення для рівня значущості 0,05 та 30 ступенів свободи – 2,042. Оскільки модуль отриманого статистичного показника – 4,65 перевищує критичне значення, можна стверджувати про статистичну значущість різниць між результатами до і після проведеного експерименту.

Таким чином, статистичний аналіз підтвердив, що проведені корекційні заходи сприяли значущому зниженню рівня залежності від зовнішніх факторів за шкалою контроль випадку у студентської молоді. Зміна середніх показників – з 18,5 до 15,2 – є статистично достовірною ($p < 0,001$). Це свідчить про ефективність застосованих психолого-педагогічних інтервенцій, що сприяють формуванню більшої особистісної незалежності та зменшенню залежності від зовнішніх авторитетів. Вплив корекційних заходів має позитивний вплив на формування ментального здоров'я молоді, сприяючи збільшенню рівня внутрішньої самостійності та особистісної відповідальності.

Таким чином, результати показують, що програма позитивно вплинула на внутрішній локус контролю, що свідчить про підвищення особистої відповідальності респондентів за своє здоров'я. Зниження рівня контролю «могутніми іншими» вказує на зростання самостійності респондентів у питаннях здоров'я. Зменшення високого рівня контролю випадку свідчить про зростання впевненості респондентів у своїй здатності впливати на своє здоров'я. Всі отримані t-значення перевищують критичні значення, що свідчить про статистично значущі зміни в усіх трьох шкалах.

Враховуючи короткотривалість програми та природну резистентність локусу контролю до змін, досягнуті результати можна вважати успішними для

первинної профілактичної інтервенції. Відсутність негативної динаміки за шкалою внутрішнього контролю підтверджує безпечність застосованих методів.

Отже, впроваджена програма довела свою ефективність як інструмент активізації внутрішніх ресурсів студентської молоді в умовах воєнного стану. Хоча кількісні зміни помірні, вони створюють основу для подальшої самостійної роботи здобувачів вищої освіти над власним психологічним благополуччям. Рекомендовано продовження психологічного супроводу для закріплення досягнутих результатів.

Позитивне ментальне здоров'я є більш динамічним, аніж локус контролю, і може покращитись навіть після короткочасних психоедукаційних інтервенцій. Результати формувального експерименту демонструють помірну, але значущу позитивну динаміку показників позитивного ментального здоров'я студентської молоді після впровадження інтенсивної програми збереження та відновлення ментального здоров'я

Результати опитування за методикою *Шкала позитивного ментального здоров'я (Positive Mental Health Scale (PMH-scale))* (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E. S. Becker) (адаптація Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко) наведені в табл. 3.6 та на рис. 3.2, що показують розподіл респондентів за рівнями позитивного ментального здоров'я.

Таблиця 3.6

Розподіл результатів за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) до та після проведення програми

Рівень позитивного ментального здоров'я	Розподіл результатів до програми	Розподіл результатів після програми
Низький	13 (45,16%)	11 (35,48%)
Середній	14 (41,94%)	16 (51,61%)
Високий	4 (12,90%)	4 (12,90%)

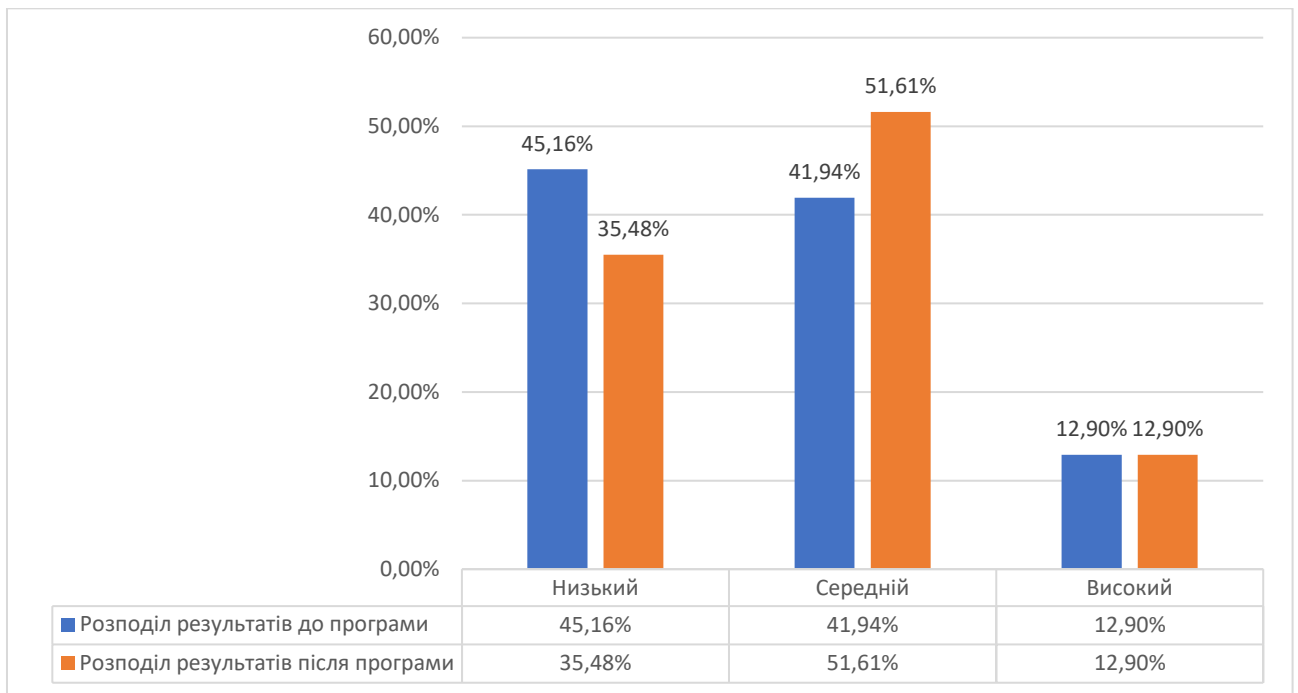


Рис. 3.2. Гістограма розподілу результатів за методикою «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) до та після проведення програми

Аналіз динаміки показників позитивного ментального здоров'я студентської молоді після впровадження інтенсивної програми збереження та відновлення ментального здоров'я показав, що:

1. Частка здобувачів з низьким рівнем позитивного ментального здоров'я знизилась з 45,16% до 35,48%, що свідчить про ефективність профілактичної роботи саме з найбільш вразливою категорією учасників.

2. Середній рівень позитивного ментального здоров'я зріс з 41,94% до 51,61%, що вказує на формування більш стійких механізмів психологічного благополуччя у більшості здобувачів вищої освіти.

3. Жоден учасник не продемонстрував погіршення показників, що підтверджує безпечність застосованих методів.

4. Дві особи (6,46%) перейшли з низького на середній рівень, що є важливим досягненням з огляду на короткотривалість програми та стійкість конструкту позитивного ментального здоров'я.

Незначне покращення ситуації з позитивним ментальним здоров'ям здобувачів вищої освіти відповідає реалістичним очікуванням від короткотермінової інтервенції. Враховуючи, що позитивне ментальне здоров'я є комплексним конструктом, який включає емоційне, психологічне та соціальне благополуччя, навіть мінімальні позитивні зрушення можуть мати кумулятивний ефект у довготривалій перспективі.

Для статистичної оцінки було застосовано t-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Так, середня зміна рівнів позитивного ментального здоров'я склала приблизно 0,097, що свідчить про незначне поліпшення. Стандартне відхилення змін становить приблизно 0,301. Медіана змін дорівнює 0, що вказує на те, що більшість учасників не змінили рівень або змінили на незначну кількість степенів. Результат t-тесту для залежних вибірок: $t = -1.79$, $p \approx 0,083$.

Отже, з статистичною значущістю на рівні 0,05, зміни рівнів позитивного ментального здоров'я статистично не підтверджуються, хоча існує тенденція до покращення ($p \approx 0,083$). Аналіз змін у рівнях показав, що середня динаміка є позитивною, але статистично значуща ($p \approx 0,083$) лише на рівні трендового значення, що свідчить про помірний, але перспективний ефект короткотривалого втручання. Це свідчить, що, хоча підсумкові зміни ще не досягли рівня статистичної значущості, тенденція до покращення позитивного ментального здоров'я зберігається, підтверджуючи ефективність профілактичної програми та доцільність її подальшого масштабування і тривалого застосування у системі психологічного супроводу здобувачів вищої освіти.

Результати впливу програми збереження та відновлення ментального здоров'я студентської молоді на *рівень реактивної та особистісної тривожності* наведені в табл. 3.7 та на рис. 3.3.

Таблиця 3.7

**Розподіл результатів за методикою Спілбергера-Ханіна
до та після проведення програми**

Рівень тривожності	Розподіл результатів до програми		Розподіл результатів після програми	
	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький рівень (0-30 балів)	9 осіб (29,03%)	7 осіб (22,6%)	17 (54,8%)	8 (25,8%)
Помірний рівень (31-45 балів)	18 осіб (58,1%)	15 осіб (48,4%)	11 (35,5%)	16 (51,6%)
Високий рівень (>45 балів)	4 осіб (12,9%)	9 осіб (48,4%)	3 (9,7%)	7 (22,6%)

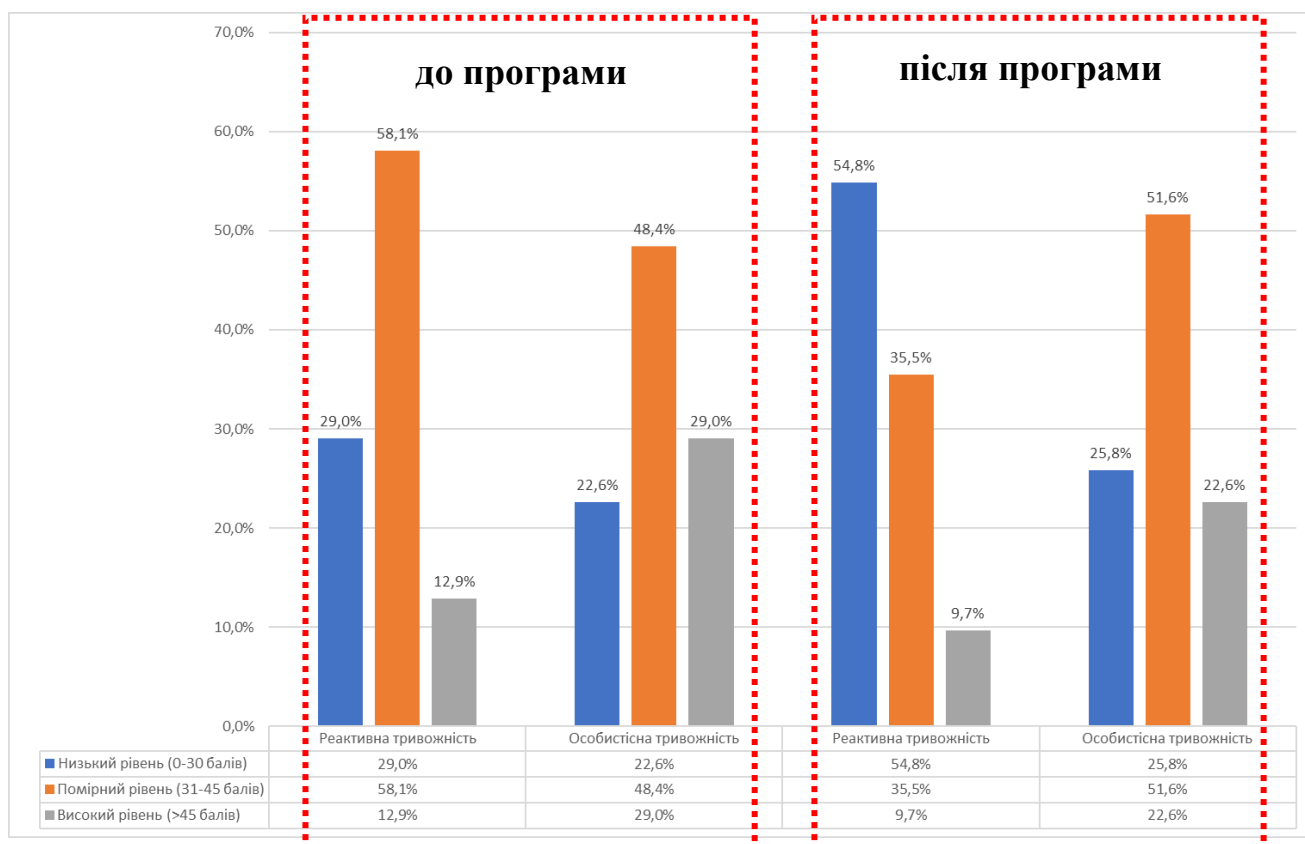


Рис. 3.3. Гістограма розподілу результатів за методикою Спілбергера-Ханіна до та після проведення програми

Аналіз динаміки показників реактивної тривожності, що відображає ситуативний емоційний стан, після впровадження програми психологічної корекції показав виражені позитивні зміни:

1. Частка здобувачів із низьким рівнем РТ зросла більш ніж у півтора рази – з 9 осіб (29,03%) до 17 осіб (54,8%). Це свідчить про високу ефективність програми у формуванні навичок швидкої емоційної саморегуляції та зниженні гострої ситуативної напруги.

2. Частка учасників із помірним рівнем РТ знизилася з 18 осіб (58,1%) до 11 осіб (35,5%). Цей перехід у нижчий рівень є ключовим показником зниження загальної реактивності групи на стрес.

3. Частка осіб із високим рівнем РТ скоротилася з 4 осіб (12,9%) до 3 осіб (9,7%), демонструючи зниження групи гострого ризику.

4. Жоден учасник не продемонстрував перехід у вищий рівень РТ, що підтверджує безпечність та терапевтичний ефект застосованих методів щодо подолання гострих станів.

Для статистичної оцінки змін застосовано t-критерій Ст'юдента для залежних вибірок. Так, середня зміна рівнів РТ склала +2.52 бали. Емпіричне значення t-тесту для залежних вибірок становить $t = 2,26$ при $t_{\text{крит}} = 2,042$. Таким чином, за шкалою реактивної тривожності – зміна рівнів реактивної тривожності є статистично значущою. Це підтверджує, що програма досягла своєї мети щодо оперативної стабілізації емоційного стану здобувачів вищої освіти.

Аналіз динаміки показників особистісної тривожності (ОТ), яка є стійкою рисою особистості, показав наступні тенденції:

1. Частка здобувачів із високим рівнем ОТ знизилась з 9 осіб (29,0%) до 7 осіб (22,6%). Хоча це зменшення становить лише 6,4%, воно є важливим психологічним досягненням, оскільки вказує на перехід 2 осіб із зони хронічного ризику в більш адаптивний помірний рівень.

2. Частка учасників із помірним рівнем ОТ дещо зросла з 15 осіб (48,4%) до 16 осіб (51,6%), що свідчить про зміцнення психологічної стійкості у центральній частині вибірки.

3. Частка осіб із низьким рівнем ОТ також зросла з 7 осіб (22,6%) до 8 осіб (25,8%).

4. Жоден учасник не продемонстрував погіршення показників особистісної тривожності, що підтверджує загальну позитивну спрямованість впливу.

Для статистичної оцінки змін застосовано t-критерій Ст'юдента для залежних вибірок. Середня зміна рівнів ОТ склала мінімальні +0.19 бали. Емпіричне значення t-тесту для залежних вибірок становить $t = 0,23$ при $t_{\text{крит}} = 2,042$.

Таким чином, оскільки $t = 0,23 < t_{\text{крит}} = 2,042$, зміни рівнів особистісної тривожності статистично не підтверджуються ($p > 0,05$). Це є очікуваним результатом, оскільки ОТ є стійким конструктом, який вимагає більш тривалого та інтенсивного психокорекційного впливу, ніж короткострокова інтервенція.

Загалом, результати дослідження вказують на часткову ефективність програми, що є реалістичним очікуванням від короткотермінової інтервенції в складних умовах.

Програма є ефективною щодо корекції симптомів (РТ), що підтверджується статистично значущим зниженням ситуативної тривожності. Це свідчить про успішне формування у здобувачів вищої освіти необхідних навичок емоційної саморегуляції.

Водночас, незначні зміни в ОТ ($t=0,23$) свідчать, що, хоча існують позитивні зрушення (перехід 2 осіб із високого рівня), підсумкові зміни ще не досягли рівня статистичної значущості. Це підкреслює необхідність доопрацювання програми для забезпечення глибинного та стійкого впливу на особистісну сферу, особливо для групи ризику (7 осіб із високою ОТ), що вимагає подальшого масштабування та тривалого застосування корекційних методів.

Порівняльний аналіз результатів констатувального та формувального етапів дослідження за *Шкалою депресії Бека* дозволив виявити певні позитивні зрушення в емоційному стані студентської молоді після впровадження

інтенсивної програми збереження ментального здоров'я. Незважаючи на короткотривалість впливу, отримані дані свідчать про наявність статистично значущих змін у структурі розподілу депресивної симптоматики серед учасників експерименту наведені (див. табл. 3.8 та рис. 3.4).

Таблиця 3.8

Розподіл результатів за методикою Шкала депресії Бека до та після проведення програми

Рівень депресії	Розподіл результатів до програми	Розподіл результатів після програми
Високий рівень депресії	3 (9,68%)	1 (3,23%)
Середній рівень депресії	13 (41,94%)	13 (41,94%)
Легка депресія	6 (19,35%)	5 (16,13%)
Депресії немає	9 (29,03%)	12 (38,71%)

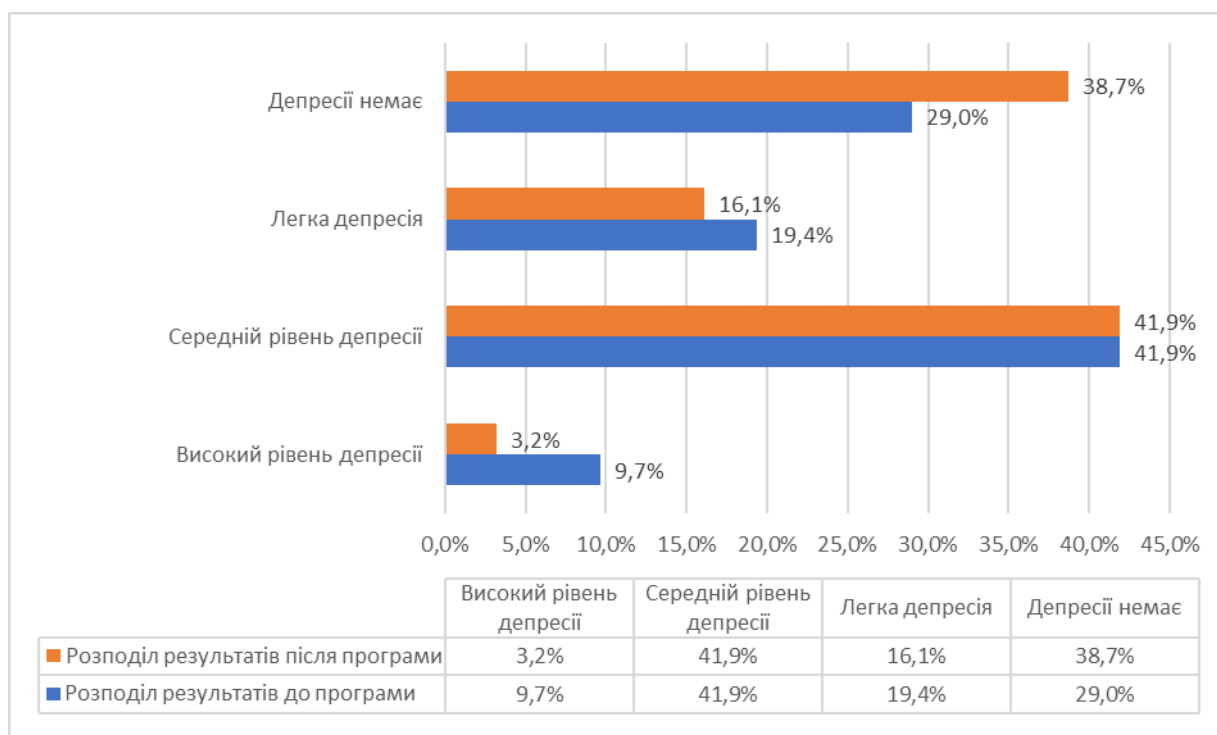


Рис. 3.4. Гістограма розподілу результатів за методикою Шкала депресії Бека до та після проведення програми

Аналіз динаміки показників рівня депресії студентської молоді після впровадження інтенсивної програми збереження та відновлення ментального здоров'я показав позитивні зміни. Якщо на констатувальному етапі *високий рівень депресії* було діагностовано у 3 осіб (9,7% респондентів), то після проведення програми такий рівень зберігся лише в 1 особи (3,2%). Це свідчить про суттєве зниження кількості респондентів із найбільш вираженою симптоматикою.

Кількість осіб із *середнім рівнем депресії* формально не змінилася (13 осіб, або 41,9% на обох етапах). Проте якісний аналіз показує, що ця група зазнала також змін: 2 респонденти з високого рівня депресії покращили свій стан до середнього, тоді як 2 респонденти із середнім рівнем перейшли у категорію легкої депресії. Таким чином, ця група виступила "транзитною" зоною, акумулювавши покращення з вищого рівня.

Група з *легкою депресією* незначно скоротилася з 6 (19,4%) до 5 осіб (16,1%). Це зумовлено тим, що 3 респонденти з цієї групи перейшли до категорії «депресії немає», а 2 особи, як зазначалося, перейшли сюди з середнього рівня.

Найбільш показовою є динаміка у групі без депресивних проявів. Кількість респондентів у категорії Депресії немає зростає з 9 осіб (29,0%) на констатувальному етапі до 12 осіб (38,7%) на формувальному. Це збільшення відбулося за рахунок переходу учасників із легкою депресією, що демонструє прямий позитивний ефект програми.

Для статистичної оцінки було застосовано t-критерій Ст'юдента для залежних вибірок.

Для кількісного підтвердження значущості виявлених змін було застосовано t-критерій Ст'юдента для залежних вибірок. Середній бал депресії знизився з $M=7,13$ до початку програми до $M=6,23$ після її завершення. Середнє зниження балів склало 0,9. При цьому стандартне відхилення змін склало 0,75, а медіана змін дорівнювала 1, що вказує на те, що мінімум 50% учасників покращили свій стан на один бал або більше.

Результати статистичного аналізу підтвердили ефективність корекційних заходів. Емпіричне значення критерію t склало 6,74, що є високо статистично значущим при $p < 0,001$. Відповідно, нульову гіпотезу про відсутність відмінностей було відхилено. Це дає підстави стверджувати, що впроваджена програма призвела до достовірного, статистично підтвердженого зниження рівня депресивних проявів та досягнення позитивних змін у ментальному благополуччі досліджуваної вибірки.

Висока статистична значущість отриманих результатів є прямим наслідком застосування інтегративного підходу, що поєднує методики, які довели свою ефективність у роботі з депресивними розладами та порушеннями ментального благополуччя, зокрема елементи когнітивно-поведінкової терапії. Цей компонент програми був спрямований на ідентифікацію та модифікацію дисфункційних автоматичних думок і когнітивних викривлень, які є основою для формування так званої негативної тріади Бека (негативне бачення себе, світу та майбутнього). Впливаючи на зміст мислення, програма безпосередньо знизила суб'єктивне відчуття провини, безнадійності та самознецінення, що спричинило суттєве зменшення балів за відповідними пунктами опитувальника та забезпечило перехід осіб із високим рівнем депресії до середнього або легкого.

Другим критично важливим елементом, що забезпечив покращення, є поведінкова активація та тренінг навичок емоційної саморегуляції. Депресія часто супроводжується апатією, втратою інтересу (ангедонією) та соціальною ізоляцією. Блок поведінкової активації стимулював учасників до відновлення та включення в розклад дня приємних або змістовних активностей, що дозволило протидіяти млявості та підвищити рівень енергії, що фіксується шкалою Бека. Водночас, навчання технікам майндфулнес та релаксації (зокрема, дихальні вправи, усвідомлена увага) надало учасникам ефективні інструменти для зниження загального рівня тривоги, фізичного напруження та управління інтенсивними негативними емоціями. Це, зокрема, стало каталізатором переходу 3 осіб із легкої депресії до групи Депресії немає.

Таким чином, ефективність програми обумовлена її комплексністю: вона вплинула як на когнітивний (зміна мислення), так і на поведінково-афективний (збільшення активності та регуляція емоцій) компоненти депресивного синдрому. Фінальний блок психоосвіти та формування стійких копінг-стратегій забезпечив закріплення результату: учасники отримали знання про механізми виникнення та подолання депресивних станів, що підвищило їхню внутрішню стійкість (резильєнтність) та локус контролю.

Проведений психологічний та статистичний аналіз результатів формувального етапу дослідження дозволив комплексно оцінити ефективність розробленої програми за всіма діагностичними методиками. Загалом, програма, що базується на інтегративному підході (когнітивно-поведінкова терапія, позитивна психологія, ресурсно-орієнтоване консультування), продемонструвала високу статистичну ефективність щодо корекції гострих та ситуативних проблем ментального здоров'я, що було основною метою втручання в умовах сучасних викликів.

Найбільш значущі зміни були зафіксовані у сфері саморегуляції та відповідальності. За допомогою t-критерію Ст'юдента встановлено статистично достовірне зниження реактивної тривожності ($t=2,26$, $p < 0,05$), що підтвердило успішне формування у здобувачів вищої освіти навичок швидкого емоційного реагування та копінгу. Критично важливим досягненням є статистично значущий позитивний зсув за трьома шкалами локусу контролю здоров'я: підвищення внутрішнього контролю ($t=-2,34$, $p < 0,05$), зниження залежності від «могутніх інших» ($t= -3,87$, $p < 0,001$) та зменшення фаталізму («контроль випадку») ($t = 4,65$, $p < 0,001$). Ці зміни свідчать про успішну психологічну корекцію когнітивного компонента ментального здоров'я, перевівши здобувачів вищої освіти у позицію більшої особистісної незалежності та активної відповідальності за власне благополуччя. Крім того, психологічний аналіз підтверджує суттєве зменшення депресивної симптоматики (за шкалою Бека), що стало прямим наслідком успішного впливу програми на когнітивні

(реструктуризація мислення) та поведінкові (поведінкова активація) компоненти депресивного синдрому.

Попри певні успіхи, виявлено, що програма має помірний, статистично не значущий вплив на стійкі особистісні конструкти. Зміни в показниках особистісної тривожності (ОТ) виявилися не значущими ($t=0,23$, $p > 0,05$), так само, як і показники позитивного ментального здоров'я, які продемонстрували лише тенденцію до покращення ($p = 0,083$). Це є очікуваним результатом з огляду на короткотривалість корекційного впливу (2 тижні інтенсивної роботи) та високу інертність цих рис. Наявність значної частини здобувачів вищої освіти у зоні ризику за високим рівнем ОТ (22,6%) вимагає подальшої уваги.

Таким чином, програма довела свою результативність як ефективний інструмент первинної та вторинної профілактики емоційних порушень. Для переведення позитивної динаміки у сферах особистісної тривожності та позитивного ментального здоров'я в статистично достовірні та стійкі результати необхідне посилення та продовження корекційної роботи. Подальше впровадження програми має бути диференційованим, із включенням поглиблених індивідуалізованих модулів, спрямованих на реструктуризацію глибинних особистісних установок.

Отримані результати також створюють емпіричне підґрунтя для висновку про доцільність впровадження розробленої програми в систему психологічного супроводу закладів вищої освіти. Водночас, для досягнення більш виражених та стійких результатів рекомендується збільшення тривалості програми до 4-6 тижнів, включення індивідуальних консультацій для здобувачів вищої освіти з високим рівнем психологічного неблагополуччя та забезпечення постпрограмного супроводу для закріплення досягнутих позитивних змін. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення довготривалих ефектів програми та оптимізацію її компонентів для максимізації терапевтичного впливу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Проведення емпірично-експериментального дослідження, викладеного у розділі, стало вирішальним етапом кваліфікаційної роботи, спрямованим на практичну верифікацію теоретично обґрунтованих засобів та підходів до роботи з ментальним здоров'ям студентської молоді. Результати формувального експерименту дозволили повною мірою реалізувати ключові завдання дослідження – розробити, апробувати та здійснити експериментальну перевірку ефективності програми збереження та відновлення ментального здоров'я.

Розроблена програма *Ментальне здоров'я здобувача вищої освіти: шлях до психологічного благополуччя в умовах викликів сучасності* ґрунтується на глибокому інтегративному підході, що є методологічно виправданим в умовах багатофакторного впливу на ментальне здоров'я сучасної студентської молоді. Вона успішно поєднала когнітивно-поведінкову терапію, спрямовану на модифікацію дисфункційних когнітивних схем та поведінкову активацію; принципи позитивної психології, сфокусовані на розвитку сильних сторін та життєстійкості; та травма-інформований підхід, який забезпечив безпеку, валідацію досвіду та врахування специфічних потреб здобувачів освіти в умовах суспільної кризи. Цей синтез забезпечив комплексний вплив на всі основні компоненти психічного функціонування (когнітивний, емоційний, поведінковий), зробивши програму не лише корекційною, але й розвиваючою та превентивною.

Проведення формувального експерименту з використанням діагностичних методик підтвердило високу ефективність програми у сфері психокорекції негативних станів. Зокрема, аналіз результатів за Шкалою депресії Бека (BDI) виявив значущу позитивну динаміку. Кількість респондентів із високим рівнем депресії скоротилася більш ніж удвічі (з 9,7% до 3,2%), що свідчить про успішну редукцію клінічно вираженої симптоматики та перехід учасників до зони меншого психологічного ризику. Відсоток здобувачів вищої освіти із відсутніми депресивними проявами зріс (з 29,0% до 38,7%).

Ці зміни доводять, що когнітивно-орієнтовані втручання програми, спрямовані на виявлення та модифікацію негативної тріади Бека (негативні думки про себе, світ і майбутнє), були дієвими. Крім того, застосування *t*-критерію Ст'юдента встановило статистично достовірне зниження рівня реактивної тривожності ($t=2,26$ при $p < 0,05$). Це є прямим наслідком успішного формування у здобувачів вищої освіти навичок емоційної саморегуляції (дихальні техніки, майндфулнес), що дозволило їм ефективніше справлятися з актуальними стресовими факторами та підвищило їхню адаптивність.

Ключовим результатом, що підтверджує успішну реалізацію програми розвитку позитивного ментального здоров'я, є статистично достовірний зсув у структурі локусу контролю здоров'я.

Зафіксовано значуще підвищення внутрішнього локусу контролю ($t=-2,34$ при $p < 0,05$). Це найважливіший показник, оскільки зростання внутрішнього локусу відображає формування суб'єктної позиції особистості, підвищення її самоефективності та усвідомлення власної здатності впливати на процеси збереження та відновлення здоров'я. Паралельно відбулося достовірне зниження зовнішніх локусів: як залежності від «могутніх інших» ($t=-3,87$ при $p < 0,001$), так і фаталізму («контроль випадку» – $t=4,65$ при $p < 0,001$).

Ці результати свідчать, що програма, використовуючи елементи позитивної психології (активація ресурсів, робота з цінностями, розвиток вдячності), ефективно сприяла посиленню психологічного благополуччя. Здобувачі вищої освіти навчилися брати відповідальність за своє життя та здоров'я, що є необхідною умовою для життєстійкості та запобігання рецидивам психоемоційних порушень у майбутньому.

Важливо підкреслити, що отримані результати досягнуті за короткий термін (2 тижні), що робить їх ще більш вагомими. Жоден учасник не продемонстрував погіршення показників, що підтверджує безпечність та коректність розробленої програми.

Статистичний аналіз підтвердив гіпотезу дослідження про можливість позитивного впливу на ментальне здоров'я студентської молоді через

цілеспрямовану психологічну інтервенцію. Програма показала себе як ефективний інструмент активізації внутрішніх ресурсів здобувачів вищої освіти в умовах сучасних викликів.

Отримані емпіричні дані дозволяють однозначно стверджувати, що розроблена програма є валідним та ефективним психокорекційним і розвиваючим засобом. Вона забезпечила подвійний терапевтичний ефект: успішну редукцію патологічних проявів (депресія, тривожність) та одночасний розвиток внутрішніх ресурсів, необхідних для підтримки позитивного ментального здоров'я та благополуччя студентської молоді. Таким чином, кваліфікаційна робота має високу практичну значущість для розвитку науки та практики, а також психологічної служби системи вищої освіти.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі представлено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуальної проблеми збереження та відновлення ментального здоров'я студентської молоді в сучасних складних соціокультурних умовах.

1. Проведений аналіз літературних джерел дозволив узагальнити сучасні наукові підходи до визначення поняття «ментальне здоров'я». Зокрема, дослідження спиралося на концепції фізичного, психічного та соціального благополуччя, які, за визначенням ВООЗ, є основою цілісного здоров'я людини. У роботі розкрито сутність ментального здоров'я як багатовимірною явища, що включає емоційний, психологічний, соціальний та духовний компоненти. Окрему увагу приділено співвідношенню понять ментальне, психічне та психологічне здоров'я, з позначенням їхньої інтегрованості та взаємозалежності для забезпечення гармонійного функціонування особистості.

2. Проведено аналіз вікових особливостей студентської молоді, де виявлено, що період пізньої юності характеризується інтенсивними трансформаціями у когнітивній, емоційній, соціальній та особистісній сферах. Даний етап розвитку супроводжується як високим потенціалом для самореалізації, так і підвищеною вразливістю до стресових чинників, що у поєднанні з зовнішніми факторами (активним академічним середовищем, воєнним станом, економічною нестабільністю та дистанційним навчанням) створює комплекс негативних впливів на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти.

В рамках теоретичного аналізу було також здійснено систематизацію факторів, що впливають на ментальне здоров'я. До них віднесено внутрішні (когнітивні ресурси, емоційна регуляція, особистісні риси), зовнішні (характеристика академічного середовища, рівень соціальної підтримки, економічний стан) та біологічні чинники. Особлива увага була приділена впливу кризових умов сучасності, зокрема умов повномасштабної війни, яка значно

погіршує психоемоційний стан студентської молоді. Теоретичне обґрунтування дозволило встановити, що для ефективного підтримання ментального здоров'я необхідний комплексний підхід, що враховує як зміцнення внутрішніх ресурсів особистості, так і оптимізацію умов зовнішнього середовища..

3. Емпіричне дослідження базувалося на використанні валідованих психодіагностичних методик, що охоплюють різні аспекти ментального здоров'я. Застосовано опитувальник для вимірювання локусу контролю здоров'я, Шкалу позитивного ментального здоров'я, а також методики вимірювання рівнів тривожності та депресії (Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна та Шкала депресії Бека). Такий комплексний підхід дозволив здійснити детальну діагностику як негативних симптомів, так і ресурсних аспектів, що характеризують психологічний стан студентської молоді.

Проведено емпіричне дослідження стану ментального здоров'я здобувачів вищої освіти (констатувальний експеримент), яке підтвердило наявність значних психоемоційних проблем. За результатами діагностики виявлено високий рівень тривожності у більшості респондентів: 64,5% вибірки мають підвищену або високу особистісну тривожність. Також зафіксовано критичне поширення депресивної симптоматики: 74,2% здобувачів вищої освіти демонструють наявність депресії різного ступеня, з них 48,4% – середній рівень, а 9,7% – високий. Додатково встановлено, що 41,9% здобувачів вищої освіти мають низький рівень позитивного ментального здоров'я.

4. На основі констатувального експерименту була розроблена комплексна програма збереження та відновлення ментального здоров'я, яка інтегрує психодіагностичну оцінку, психопрофілактичні заходи та корекційні інтервенції, засновані на когнітивно-поведінковій терапії. Проведення формувального експерименту дозволило перевірити ефективність розробленої програми. Застосування математичних методів обробки даних підтвердило статистично значущі зміни: спостерігається зниження рівнів тривожності та депресії, підвищення позитивних компонентів ментального здоров'я та зростання внутрішнього локусу контролю.

Ці результати демонструють дієвість впровадженого комплексного підходу і свідчать про можливість подальшої апробації програми на ширшій вибірці.

5. Проведене дослідження підтверджує, що ментальне здоров'я студентської молоді є багатовимірним феноменом, який визначається взаємодією внутрішніх психологічних ресурсів та зовнішніх чинників сучасного освітнього середовища. Успішне виконання всіх завдань дослідження дозволило не лише уточнити теоретичні засади феномену, а й розробити ефективні практичні рекомендації щодо підтримки та відновлення ментального здоров'я. Отримані результати сприяють формуванню стратегії модернізації психологічного супроводу вищої освіти, що є надзвичайно актуальним у сучасних умовах соціальних, економічних та воєнних викликів.

Таким чином, кваліфікаційна робота має високий науковий та практичний потенціал, оскільки її результати можуть бути використані для подальшого вдосконалення методів профілактики та корекції психоемоційних розладів серед студентської молоді, а також для розробки нових підходів до організації психологічної допомоги в умовах кризових ситуацій.

6. Перспективними напрямками подальших досліджень є розробка індивідуалізованих програм психологічної підтримки з урахуванням специфіки різних соціодемографічних груп, а також впровадження диференційованих підходів до моніторингу та аналізу ментального здоров'я з використанням сучасних інформаційних технологій. Також доцільним є аналіз довгострокових ефектів впливу кризових чинників на психоемоційний стан студентської молоді та розробка комплексних моделей інтегрованої підтримки у кризових умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агасєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. С. 121-128.
2. Академічний тлумачний словник української мови. URL: <http://sum.in.ua/s/zdorov.ja> (дата звернення: 20.10.2025)
3. Берн Ш. Гендерна психологія. Київ : ОЛМА Медіа Груп, 2002. 320 с.
4. Білоус Р.М., Кармазін Я.О. Психологічні особливості соціальної тривожності студентів. *Молодий вчений*. 2016. № 12. С. 192–195
5. Борисюк А.С. До проблеми психічного та психологічного здоров'я молоді. *Психологічні науки : збірник наукових праць*. 2013. Том 2. Вип. 10 (91). С. 46–51.
6. Бохонкова Ю. О. Особистісні чинники соціально-психологічної адаптації першокурсників до умов вищих навчальних закладів : дис... канд. психол. наук: 19.00.05. Луганськ, 2005. 208 с.
7. Бохонкова Ю.О. Особистісні чинники соціально-психологічної адаптації першокурсників до умов вищих навчальних закладів : автореф. дис. канд. псих. наук : 19.00.05. Київ, 2005. 21 с.
8. Бужинська С.М., Скляр С. С., Даніліч-Скакун А. А. Стресостійкість студентів як складник успішності навчання у ЗВО. *Габітус*. 2021. Вип. 23. С. 55-59.
9. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування : навчальний посібник. Київ : Четверта хвиля, 2018. 256 с.
10. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.
11. Власенко І.А., Фурман В.В., Рева О.М., Канюка І.О. Психологічне здоров'я студентської молоді. Вінниця : ТВОРИ, 2022. 224 с.
12. Власова О. І. Психологія соціальних здібностей: структура, динаміка, чинники розвитку : монографія. Київ, 2005., 2005. 308 с.

13. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми : практичний посібник. Київ : Золоті ворота, 2016. 202 с.
14. Вознесенська О., Мова Л. Арт-терапія в роботі практичного психолога. Використання арт-технологій в освіті. Київ: Шкільний світ, 2007. 120 с.
15. Гозак С.В., Єлізарова О.Т., Станкевич Т.В. та ін. Вплив особливостей спілкування на ментальне здоров'я здобувачів вищої освіти під час війни. *SWorldJournal*. 2024. Issue 24. Part 4. P. 9-17.
16. Гончаренко М.С., Пасинок В.Г., Новікова В.Е. та ін. Оцінка стану соматичного та психічного здоров'я студентів вищих навчальних закладів при адаптації до навчального процесу. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Харків: ХХІІІ, 2006. № 3. С. 12-15.
17. Грінбергер Д., Падескі К. А. Розум керує настроєм. Як покращити своє самопочуття, змінивши спосіб мислення : пер. з англ. Київ, 2024. 400 с.
18. Енциклопедія практичної психології. URL: <http://psychologis.com.ua/> (дата звернення: 20.10.2025).
19. Євдокімова О. О. Соціально-психологічні особливості студентського віку та їх урахування в системі психологічного супроводу. *Наука і освіта*. 2009. № 1-2. С. 52-57.
20. Жданова О. В. Вплив війни та дистанційної форми навчання на стан здоров'я студентів: за даними соціологічного дослідження. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 4 (70). С. 95-99
21. Жданюк Л. О. *Соціально-психологічні особливості студентського віку*. Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки. 2017. Вип. 4-5. С. 28-40.
22. Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики і відповіді : монографія / НАПН України; за заг. ред. В. Г. Кременя. Київ, 2024. 188 с.

23. Калашникова, Л. В., Руденко, Ю. Ю., Руденко, С. А. Розуміння сутності ментального здоров'я в контексті комплексного підходу. *Наукові записки. Серія: Психологія*. № 1. 2024. С. 74–81.
24. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В. та ін. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум / За ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с. С. 17-19.
25. Карамушка Л., Дзюба Т. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організаційній психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 1 (16). С. 22–33.
26. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3-4(27). С. 85-94.
27. Коробка Л. М. Психологічне здоров'я особистості в контексті здорового способу життя. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. 2011. № 2. С. 332–337.
28. Костева Т. Б. Вплив ментального здоров'я на життєдіяльність особистості. *Наукові праці. Педагогіка. ЧНУ ім. Петра Могили*. Вип. 299. Том 311. С. 38-40.
29. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / за ред. І.Я. Коцана. Луцьк : Вежа, 2011. 430 с.
30. Коць М., Бабій М., Дучимінська Т. Діагностика психічного здоров'я першокурсників закладів вищої освіти в умовах воєнного стану. *Психологічні перспективи*. 2024. № 43. С. 103-119.
31. Кравченко О. Соціально-психологічна підтримка ментального здоров'я учасників освітнього процесу в кризових ситуаціях (практичний досвід). *Social Work and Education*, 2023. Vol. 10, No. 1. pp. 35-47
32. Красков О. Вплив факторів стресу, пов'язаних з війною в Україні, на психічне здоров'я молоді (на прикладі студентів 3-4 курсів Національного

університету «Києво-Могилянська академія»). *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Том 9. № 3. С. 1-14

33. Кудріна Т. С., Вавілова А. С. Зв'язок деструктивного перфекціонізму з невротичними проявами у підлітків. *Український психологічний журнал* : збірник наукових праць / головн. ред. І. В. Данилюк : КНУ імені Тараса Шевченка. Київ, 2016. № 1. С. 76-87.

34. Левус Н., Підбуцька Н., Бугрій-Шрамко Н. Соціально-психологічні чинники культурної адаптації студентів-іноземців. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. Львів : Гельветика, 2022. Вип. 13. С. 78-86.

35. Максименко С. Д., Прокоф'єва О. О., Царькова О. В. та ін. Практикум із групової психокорекції : підручник. Мелітополь : Люкс, 2015. 414 с.

36. Марценюк М. О. Метафоричні асоціативні карти як універсальний інструмент в роботі психолога. «*SCIENCE AND EDUCATION IN THE MODERN WORLD: CHALLENGES OF THE XXI CENTURY*» : матеріали VII Міжнарод. наук.-практ. конф. (Психологічні науки) / сост.: Е. Ешім, Е. Абиев – Нур-Султан, 2020. С. 55-59.

37. Остополець І. Ю., Мостова Т. О. Психологія стресу і фрустрації : навчальний посібник. Запоріжжя: Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, 2025. 179 с. С. 89-102.

38. Павелків Р. В. Вікова психологія : підручник для студ. вищ. навч. закл. Київ : Кондор, 2015. 469 с.

39. Панок В. Г. Психологічна служба системи освіти України в умовах війни: виклики та пріоритети. *III International Scientific and Practical Conference «GRUNDLAGEN DER MODERNEN WISSENSCHAFTLICHEN FORSCHUNG»*. 2022. С. 169-170.

40. Панченко О. А., Кабанцева А. В. Мінімізація ризиків для громадського здоров'я через освіту, медицину і безбар'єрний простір. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 4 (70). С. 25–33.

41. Парасей-Гочер А. О., Шевчук Г. Ю. Дослідження тривожних станів у українців в умовах війни після перегляду новин у ЗМІ. *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*. 2023. № 2(Б). С. 64-73.
42. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Дослідження особливостей психічного здоров'я студентів у закладах вищої освіти різного спрямування. *Психологія і особистість*. 2018. № 2 (14). С. 108-120.
43. Періг І. М. Психологічний супровід учасників освітнього процесу закладів вищої освіти в контексті підтримки ментального здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Том 35 (74). № 4. С. 120–124.
44. Подоляк Л. Г., Юрченко В. І. Психологія вищої школи : підручник. 3-тє вид., випр. і доп. Київ : Каравела, 2011. 360 с.
45. Пономаренко Т. І., Сидоренко Ю. В. Тривожність і депресія у студентів: виклики для освітнього середовища в умовах війни. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 2, С. 70-78.
46. Прибилова, В. М. Проблеми та переваги дистанційного навчання у вищих навчальних закладах України. *Проблеми сучасної освіти*. 2013. № 4. С. 27-36.
47. Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України : метод. посіб. / Колесніченко О. С. та ін. ; за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2020. 388 с. С. 276-278.
48. Психологічна допомога в закладах освіти: ефективні методики та практики (з досвіду роботи) : практично-методичний посібник / авт. кол: Романовська Д.Д., Гречко Р.І., Боднар Л.І., Гальчук К.В., Гнідан М.В., Данчук К.О., Дєдов О.А., Заслонкіна О.П., Ілащук-Зузак О.В., Ісопеску Р.Т., Кушнірюк С.В., Мелешук В.В., Пернай М.В., Прокопець О.П., Рябко Л.І., Торопій Г.С.; за науковою редакцією Д.Д. Романовської. Чернівці : Технодрук, 2024. 224 с.
49. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. Київ : Академвидав, 2006. 424 с.

50. Психологічні особливості студентського віку. На допомогу кураторам. Вип. 3, 2013. 88 с.
51. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.
52. Психосоціальна підтримка учасників освітнього процесу : навчально-методичний посібник / Андрєєнкова В. Л., Войцях Т. В., Гриців І. П., Мельничук В. О., Сабліна Н. О., Флярковська О. В., Харківська Т. А. Київ, 2023. 149 с.
53. Редько Т. М. Проблема збереження здоров'я студентів на сучасному етапі розвитку системи вищої освіти. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія : Педагогічні науки. 2015. Вип. 124. С. 45-48.
54. Савчин М. В. Здоров'я людини: духовний, особистісний і тілесний виміри: монографія. Дрогобич : ПП «Посвіт», 2019. 232 с.
55. Сердюк Л. З. Фактори психологічного благополуччя студентів. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2018. Т. 6. С. 51–59.
56. Скрипченко О.В., Долинська Л.В., Огороднійчук З.В. та ін. Вікова та педагогічна психологія : навчальний посібник. Київ : Каравела, 2019. 400 с.
57. Тараріна О. Практикум з арт-терапії : шкатулка майстра : науково-метод. посіб. / Пер. з рос. Т. Щегельської. Київ : АСТАМІР-В, 2018. 224 с.
58. Тесленко М. М., Юдіна Н. О. Психологічні особливості саморегуляції навчально-професійної діяльності студентів. *Психологія і особистість*. 2018. № 1 (13). С. 118-127.
59. Титаренко Т. М. Життєві домагання особистості: монографія / за ред. Титаренко Т. М. Київ : Педагогічна думка, 2007. 456 с.
60. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. — Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

61. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
62. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2003. 376 с.
63. Ткачишина О. Р., Столярчук О. А. Конструктивна поведінка особистості у контексті проблеми психічного та психологічного здоров'я. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34 (73). № 1. С. 78–83.
64. Філоненко В. М., Неведомська Є. О. Стан тривожності студентів в умовах повномасштабної війни. *Moderní aspekty vědy: XLIII. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika : Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 389-399.*
65. Харченко А. С. Особливості психологічного благополуччя студентів різних профілів підготовки. *Молодий вчений*. 2021. № 4 (2). С. 175-178.
66. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington, DC : APA, 2017. URL : <https://www.apa.org/ethics/code> (дата звернення: 12.10.2025)
67. Arnett J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55, No. 5. P. 469–480.
68. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York : Penguin Books, 1979. 356 p.
69. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX : Psychological Corporation, 1996. 82 p.
70. Bernstein D. A., Borkovec T. D., Hazlett-Stevens H. New Directions in Progressive Relaxation Training: A Guidebook for Helping Professionals. Westport, CT : Praeger, 2000. 184 p.
71. Bibyk I. Influence of factors on the mental health of young ukrainians studying in higher educational institutions in medical specialties in new realities. *Public Health Journal*. 2025. № 1 (7). P. 4-9.

72. Brach T. True Refuge: Finding Peace and Freedom in Your Own Awakened Heart. New York : Bantam Books, 2013. 320 p.
73. Brewer J. A. The Craving Mind: From Cigarettes to Smartphones to Love – Why We Get Hooked and How We Can Break Bad Habits. New Haven : Yale University Press, 2017. 256 p.
74. Carello J., Butler L. D. Practicing what we teach: Trauma-informed educational practice. *Journal of Teaching in Social Work*. 2015. Vol. 35, Iss. 3. P. 262-278.
75. Copeland M. E. Wellness Recovery Action Plan. Brattleboro, VT : Peach Press, 2002. 180 p.
76. Divine M. The Way of the SEAL: Think Like an Elite Warrior to Lead and Succeed. New York : Reader's Digest, 2014. 256 p.
77. Dozois D. J., Dobson K. S., Ahnberg J. L. A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological Assessment*. 1998. Vol. 10, No. 2. P. 83–89.
78. Erikson E. Identity: Youth and crisis. New York : Norton, 1968. 336 p.
79. Gilbert P. The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. London : Constable, 2009. 544 p.
80. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books, 1998. 383 pp.
81. Greenberger D., Padesky C. A. Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think. Guilford Press, 2015. 341 p.
82. Kurapov A., Pavlenko V., Drozdov A., Bezliudnyi A., Reznik A., Isralowitz R. Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impact on university students and personnel. *Journal of Loss and Trauma*. 2023. Vol. 28, Iss. 2. P. 167–174.
83. Lahad M. Creative Supervision: The Use of Expressive Arts Methods in Supervision and Self-Supervision. London : Jessica Kingsley Publishers, 2000. 192 p.

84. Lukat J., Margraf J., Lutz R., van der Veld W. M., Becker E. S. Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMHS). *BMC Psychology*. 2016. Vol. 4, No. 1. Art. 8.
85. Lukens E. P., McFarlane W. R. Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2004. Vol. 4, No. 3. P. 205–225.
86. Malchiodi C. A. Handbook of Art Therapy. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2012. 544 p.
87. Marcia J. Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1966. № 3 (5). P. 551-558
88. Mental Health. *World Health Organization*. 17 June 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата звернення: 12.10.2025).
89. Neff K. Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself. New York : William Morrow, 2011. 320 p.
90. Plutchik R. Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis. New York : Harper & Row, 1980. 528 p.
91. Rogers C. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
92. Seligman M. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being. New York : Free Press, 2011. 368 p.
93. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD : SAMHSA, 2014. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. URL: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf
94. Wallston K. A., Wallston B. S., DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*. 1978. Vol. 6. № 1. P. 160–170.

95. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva : WHO, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. (дата звернення: 09.09.2025).

96. World Health Organization. Skills for health: Skills-based health education including life skills. Geneva : WHO, 2003. 88 p.

97. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013. Vol. 310, No. 20. P. 2191–2194.

**ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ЛОКУС КОНТРОЛЮ
ЗДОРОВ'Я (K.A. WALLSTON, B. S. WALLSTON, & R. DeVELLIS)
(адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)**

Загальна характеристика методики:

Опитувальник складається з 18 питань, які поєднані у три шкали: шкала «внутрішнього локусу контролю» (відображає ступінь відчуття респондентами контролю над своїм здоров'ям); шкала «контролю «могутніми» іншими» (показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність «могутні інші», наприклад, лікарі, родичі тощо); шкала «контролю випадку» (вимірює, наскільки опитуваний переконаний в тому, що здоров'я залежить від випадку, везіння або долі).

Інструкція для учасників опитування:

Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди з представленими ситуаціями, за наступною шкалою (обведіть відповідну цифру):

Абсолютно не згоден	Не згоден	Важко відповісти	Погоджуюся	Абсолютно згоден
1	2	3	4	5

Текст опитувальника:

А						
1	Коли я хворію, тільки мій настрій допомагає мені одужати	1	2	3	4	5
2	Я контролюю свій стан здоров'я	1	2	3	4	5
3	Якщо я хворію, то в цьому винен (а) я сам (а)	1	2	3	4	5

4	Найбільше на моє здоров'я впливають мої вчинки	1	2	3	4	5
5	Якщо я буду піклуватися про себе, то зможу уникнути хвороби	1	2	3	4	5
6	Якщо я не буду завдавати шкоди своєму організму, то залишусь здоровим	1	2	3	4	5

Б						
1	Регулярно відвідуючи свого лікаря, я зможу уникнути розвитку того чи іншого захворювання	1	2	3	4	5
2	При перших же ознаках нездужання я консультуюся з фахівцем	1	2	3	4	5
3	Про моє здоров'я повинна турбуватися моя сім'я	1	2	3	4	5
4	Лікарі піклуються про моє здоров'я	1	2	3	4	5
5	Якщо я видужую, то це завдяки турботі інших людей (лікарів, медсестер, членів сім'ї та друзів)	1	2	3	4	5
6	Що стосується мого здоров'я, то я роблю тільки те, що говорить лікар	1	2	3	4	5

В						
1	Неважливо, що відбувається, але якщо мені судилося захворіти, то я захворію	1	2	3	4	5
2	Хвороби звальються на мене як сніг на голову	1	2	3	4	5
3	Наскільки швидко я одужаю, зазвичай залежить від випадку	1	2	3	4	5

4	Підтримка хорошого стану здоров'я багато в чому залежить від випадку	1	2	3	4	5
5	Що б я не робив для профілактики захворювань, я все одно можу захворіти	1	2	3	4	5
6	Якщо мені не судилося захворіти, то я не захворію	1	2	3	4	5

Обробка та інтерпретація результатів:

Опитувальник складається з трьох шкал.

1. Шкала «внутрішнього локусу контролю» (Блок А): відображає ступінь відчуття власного контролю над своїм здоров'ям.

2. Шкала «контролю «могутніми іншими» (Блок Б): ця шкала показує ступінь вашої впевненості в тому, що за ваше здоров'я несуть відповідальність «могутні інші» (наприклад, лікарі).

3. Шкала «контролю випадку» (Блок В): ця шкала показує ступінь переконання в тому, що власне здоров'я залежить від випадку, удачі або долі.

Підрахуйте суму балів, набраних в кожній шкалі. Мінімальне значення за шкалою дорівнює 6 балам, а максимальне – 30 балам.

1. 22–30 балів – високий рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, якщо у вас високий бал за шкалою «контролю випадку», ви вірите в те, що ваше здоров'я залежить від випадку.

2. 15-21 бали – середній рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, середній бал за шкалою «контролю «могутніми іншими» означає, що ви частково впевнені в тому, що ваше здоров'я залежить від «могутніх інших».

3. 6-14 балів – низький рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, якщо у вас низький бал за шкалою «внутрішнього контролю», то ви не вірите в свої сили щодо запобігання захворюванням і лікування.

МЕТОДИКА «ШКАЛА ПОЗИТИВНОГО МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я» (POSITIVE MENTAL HEALTH SCALE (PMH-SCALE))

(J. LUKAT, J. MARGRAF, R. LUTZ, W. M. VAN DER VELD,
& E. S. BECKER)

(адаптація Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко)

Загальна характеристика методики:

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker) включає 9 тверджень, використовується 4-бальна оціночна шкала. Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми.

Інструкція для учасників опитування:

Оцініть свій стан за 4-ох бальною шкалою (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника:

№ з/п	Пункт	Не вірно	Скоріше не вірно	Скоріше вірно	Вірно
		1	2	3	4
1	Я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої				
2	Я насолоджуюся життям				

3	Загалом я відчуваю задоволення від життя				
4	Загалом я відчуваю впевненість				
5	Я справляюся із задоволенням своїх потреб				
6	Я – в гарній фізичній формі і в гарному емоційному стані				
7	Я відчуваю, що здатний/здатна справлятися з життям і його труднощами				
8	Багато з того, що я роблю, приносить мені радість				
9	Я – спокійна і врівноважена людина				

Обробка та інтерпретація результатів:

Підрахуйте загальну кількість балів. Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36 балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9-24 балів, середній рівень – 25-29 балів, високий рівень – 30-36 балів.

**МЕТОДИКА «ШКАЛА ОЦІНКИ РІВНЯ РЕАКТИВНОЇ (СИТУАТИВНОЇ)
ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ Ч.Д. СПІЛБЕРГЕРА –
Ю.Л. ХАНІНА (STAI – STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY)»
(АДАПТАЦІЯ Ю. ХАНІНА)**

Загальна характеристика методики:

Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним методика ШРОТ дозволяє дослідити самооцінку рівня тривожності людини в цей момент (реактивна тривожність як стан) і його особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини).

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Реактивна тривожність характеризується напруженням, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність спричиняє порушення уваги, іноді порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними та невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Однак тривожність не є взагалі негативною рисою. Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує індивідуальний оптимальний рівень корисної тривоги.

Шкалу можна успішно використовувати в цілях саморегуляції, керівництва і психокорекційної діяльності.

Шкала самооцінки складається з двох частин, які оцінюють реактивну (РТ, висловлювання 1–20) і особистісну (ОТ, висловлювання 21–40) тривожності.

Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція для учасників опитування:

Уважно прочитайте кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного твердження залежно від того, як ви себе

почуваєте в цей момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

Текст опитувальника:

№ з/п	Твердження	Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я перебуваю у стані напруженості	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я не задоволений собою	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я занепокоєний	1	2	3	4

18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція для учасників опитування:

Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного твердження залежно від того, як ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей тут немає.

Текст опитувальника:

№ з/п	Твердження	Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
3	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
5	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6	Звичайно я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4

8	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
9	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10	Я цілком щасливий	1	2	3	4
11	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
14	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У мене буває хандра	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19	Я врівноважена людина	1	2	3	4
20	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів:

Показник реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за такими формулами.

1. $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$, де

$\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2. $OT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$, де

$\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовні оцінки:

- 0–30 балів – низький рівень тривожності;
- 31–45 балів – помірний рівень тривожності;
- вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності потребують особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінювання її компетентності. У такому випадку слід знизити суб'єктивну значущість ситуації й завдань і перевести акцент на усвідомлення діяльності й формування почуття впевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, потребує підвищення почуття відповідальності та уваги до мотивів діяльності. Однак іноді дуже низька тривожність активного витіснення особистістю високої тривоги ставить метою показати себе у кращому світлі.

ОПИТУВАЛЬНИК ЗА МЕТОДИКОЮ «ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА»

Загальна характеристика методики:

Шкала депресії Бека використовується для самодіагностики тяжкості депресії та складається з 21 питання. Цей метод дає можливість виявити депресивний стан і ступінь тяжкості депресії. Вони відображають певні симптоми та негативні думки в людей з депресією – депресія, песимізм, неадекватність, незадоволення, почуття провини, відчуття, що я буду покараний, ненависть до себе, самозвинувачення, суїцидальні думки, плаксивість.

Шкала депресії Бека – це опитувальник, який заповнюється 1-2 рази на тиждень. Він показує загальний рівень депресії і людина може порівняти сама, як змінюються з часом інтенсивність депресії та її окремі симптоми.

Інструкція для учасників опитування:

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрій на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

№ з/п	Балів	Твердження	Кількість балів
1.	0	Мені не сумно.	
	1	Мені сумно, я чуюсь пригніченим.	
	2	Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.	
	3	Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	

№ з/п	Балів	Твердження	Кількість балів
2.	0	Я спокійно думаю про майбутнє.	
	1	Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.	
	2	Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.	
	3	Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3.	0	Я не відчуваю себе невдахою.	
	1	Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.	
	2	Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.	
	3	Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4.	0	Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.	
	1	Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей.	
	2	Я ні від чого не отримую задоволення.	
	3	Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5.	0	Я не відчуваю почуття провини.	
	1	Я доволі часто відчуваю провину.	
	2	Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.	
	3	Мене мучить постійне відчуття провини.	

№ з/п	Балів	Твердження	Кількість балів
6.	0	Я не вважаю, що заслуговую покарання.	
	1	Я допускаю, що заслуговую покарання.	
	2	Я вважаю, що маю бути покараний.	
	3	Я відчуваю, що доля карає мене.	
7.	0	Я в основному задоволений тим, ким я є.	
	1	Я незадоволений собою.	
	2	Я гидкий собі.	
	3	Я ненавиджу себе.	
8.	0	Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.	
	1	Я критикую себе за слабкості та помилки.	
	2	Я постійно докоряю собі за різні помилки.	
	3	Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9.	0	0. У мене не виникає думок про самогубство.	
	1	У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.	
	2	Я хочу вмерти і планую самогубство.	
	3	Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.	
10.	0	Я не плачу більше, ніж звичайно.	
	1	Я плачу частіше, ніж звичайно.	
	2	Я увесь час плачу.	
	3	Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	

№ з/п	Балів	Твердження	Кількість балів
11.	0	Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.	
	1	Я дратуюся легше, ніж звичайно.	
	2	Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.	
	3	Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.	
12.	0	Я не втратив цікавості до людей.	
	1	Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.	
	2	Я майже повністю втратив інтерес до людей.	
	3	Люди мені глибоко байдужі.	
13.	0	Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.	
	1	Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.	
	2	Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.	
	3	Я не в стані приймати жодних рішень.	
14.	0	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.	
	1	1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.	
	2	2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.	
	3	3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.	

№ з/п	Балів	Твердження	Кількість балів
15.	0	0. Мені працюється так, як і раніше.	
	1	1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.	
	2	2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці.	
	3	3. Я не в стані працювати.	
16.	0	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.	
	1	1. Я сплю гірше, ніж раніше.	
	2	2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.	
	3	3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.	
17.	0	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.	
	1	1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.	
	2	2. Я втомлююся від будь-якого заняття.	
	3	3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.	
18.	0	0. У мене нормальний апетит.	
	1	1. У мене погіршився апетит.	
	2	2. У мене майже відсутній апетит.	
	3	3. У мене зовсім нема апетиту.	
19.	0	0. Моя вага залишається незмінною.	
	1	1. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.	
	2	2. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.	
	3	3. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.	

№ з/п	Балів	Твердження	Кількість балів
20.	0	0. Моє тілесне здоров'я є добрим.	
	1	1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).	
	2	2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.	
	3	3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
21.	0	Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.	
	1	Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.	
	2	Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.	
	3	Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Обробка та інтерпретація результатів:

За відповіді нараховується: від 0 до 4 балів. Підраховується загальна сума отриманих балів (якщо респондент обрав не одне, а кілька тверджень для окремої позиції, вони також зараховуються).

Інтерпретація результатів, ступінь депресії:

0-4 бали – депресії немає;

5-7 балів – легка депресія;

8-15 балів – середній ступінь депресії;

16 і більше балів – високий рівень депресії.

**РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ЛОКУС КОНТРОЛЮ
ЗДОРОВ'Я (К.А. WALLSTON, B. S. WALLSTON, & R. DEVELLIS)
(адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)**

№	ПІБ	Вік	Самопочуття	Шкала «внутрішнього локусу контролю» (А)	Шкала «контролю «могутніми іншими» (Б)	Шкала «контролю випадку» (В)
1	Діана Б	19	Гарне	16	7	19
2	Аліна К.	19	Задовільне	15	24	23
3	Сергій К.	19	Задовільне	21	17	18
4	Юлія Х	18	Задовільне	21	12	18
5	Анастасія Р.	20	Гарне	17	17	19
6	Марія Н.	19	Задовільне	19	16	20
7	Павло П.	18	Задовільне	16	14	16
8	Віра Є	18	Гарне	22	22	14
9	Марія К	18	Задовільне	22	27	17
10	Анастасія Б	19	Задовільне	15	24	26
11	Анна С	19	Задовільне	19	27	17
12	Марія Ю	19	Гарне	18	14	18
13	Олена С	18	Задовільне	17	17	26
14	Марія Г	19	Гарне	19	18	20
15	Катерина Ж	20	Задовільне	19	13	23
16	Марія К	20	Погане	16	10	17
17	Вікторія К	20	Задовільне	22	20	20

№	ПІБ	Вік	Самопочуття	Шкала «внутрішнього локусу контролю» (А)	Шкала «контролю «могутніми іншими» (Б)	Шкала «контролю випадку» (В)
18	Ілля Т.	18	Задовільне	17	15	24
19	Ліза П..	19	Задовільне	20	16	22
20	Тетяна І.	17	Задовільне	14	15	17
21	Данило Т.	20	Задовільне	16	17	19
22	Тетяна С.	19	Гарне	18	18	16
23	Саша Б.	18	Задовільне	14	20	20
24	Дмитро Ч.	18	Задовільне	14	14	18
25	Богдан К.	20	Гарне	18	17	12
26	Юлія К.	19	Гарне	19	18	12
27	Віталій С.	18	Задовільне	17	17	12
28	Олександр П.	18	Задовільне	17	17	15
29	Ігор Ж.	20	Гарне	17	18	16
30	Вікторія К.	19	Гарне	22	20	18
31	Дмитро Ю.	18	Задовільне	20	20	22

6-14 балів	Низький рівень	15-21 балів	Середній рівень	22-30 балів	Високий рівень
---------------	-------------------	----------------	--------------------	----------------	-------------------

**РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ «ШКАЛА ПОЗИТИВНОГО МЕНТАЛЬНОГО
ЗДОРОВ'Я» (POSITIVE MENTAL HEALTH SCALE (PMH-SCALE))**

**(J. LUKAT, J. MARGRAF, R. LUTZ, W. M. VAN DER VELD,
& E. S. BECKER)**

(адаптація Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко)

№	Респондент	Сума балів (9–36)	Рівень позитивного ментального здоров'я
1	Діана Б	27	Середній
2	Аліна К.	25	Середній
3	Сергій К.	25	Середній
4	Юлія Х	22	Низький
5	Анастасія Р.	26	Середній
6	Марія Н.	26	Середній
7	Павло П.	26	Середній
8	Віра Є	27	Середній
9	Марія К	20	Низький
10	Анастасія Б	24	Низький
11	Анна С	16	Низький
12	Марія Ю	24	Низький
13	Олена С	23	Низький
14	Марія Г	22	Низький
15	Катерина Ж	23	Низький
16	Анна К	13	Низький

17	Вікторія К	27	Середній
18	Ілля Т	26	Середній
19	Ліза П..	25	Середній
20	Тетяна І.	27	Середній
21	Данило Т.	21	Низький
22	Тетяна С.	36	Високий
23	Саша Б.	19	Низький
24	Дмитро Ч.	27	Середній
25	Богдан К.	36	Високий
26	Юлія К.	27	Середній
27	Віталій С.	27	Середній
28	Олександр П.	19	Низький
29	Ігор Ж.	31	Високий
30	Вікторія К.	36	Високий
31	Дмитро Ю.	18	Низький

9-24 балів	Низький рівень	25-29 балів	Середній рівень	30-36 балів	Високий рівень
---------------	-------------------	----------------	--------------------	----------------	-------------------

**РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ МЕТОДИКА «ШКАЛА ОЦІНКИ РІВНЯ
РЕАКТИВНОЇ (СИТУАТИВНОЇ) ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ
Ч.Д. СПІЛБЕРГЕРА – Ю.Л. ХАНІНА (STAI – STATE-TRAIT ANXIETY
INVENTORY)» (АДАПТАЦІЯ Ю. ХАНІНА)**

№	ПІБ	Вік	Самопочуття	РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ
1	Діана Б	19	Задовільне	31	П	49	В
2	Аліна К.	19	Задовільне	31	П	42	П
3	Сергій К.	19	Задовільне	56	В	47	В
4	Юлія Х	18	Задовільне	62	В	64	В
5	Анастасія Р.	20	Гарне	38	П	33	П
6	Марія Н.	19	Задовільне	26	Н	17	Н
7	Павло П.	18	Задовільне	32	П	20	Н
8	Віра Є	18	Задовільне	41	П	44	П
9	Марія К	18	Задовільне	32	П	47	В
10	Анастасія Б.	19	Задовільне	27	Н	35	П
11	Анна С	19	Задовільне	27	Н	23	Н
12	Марія Ю	19	Гарне	26	Н	18	Н
13	Олена С	18	Задовільне	23	Н	24	Н
14	Марія Г	19	Гарне	25	Н	29	Н
15	Катерина Ж	20	Задовільне	32	П	48	В
16	Анна К	20	Погане	37	П	58	В
17	Вікторія К	20	Задовільне	32	П	36	П

№	ПІБ	Вік	Самопочуття	РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ
18	Ілля Т	18	Задовільне	31	П	32	П
19	Ліза П..	19	Задовільне	42	П	37	П
20	Тетяна І.	17	Задовільне	49	В	45	П
21	Данило Т.	20	Задовільне	51	В	54	В
22	Тетяна С.	19	Гарне	31	П	35	П
23	Саша Б.	18	Задовільне	29	Н	35	П
24	Дмитро Ч.	18	Гарне	33	П	36	П
25	Богдан К.	20	Гарне	26	Н	33	П
26	Юлія К.	19	Гарне	37	П	27	Н
27	Віталій С.	19	Задовільне	41	П	38	П
28	Олександр П.	18	Задовільне	44	П	37	П
29	Ігор Ж.	20	Гарне	25	Н	30	Н
30	Вікторія К.	19	Гарне	36	П	34	П
31	Дмитро Ю.	18	Задовільне	37	П	38	П

Примітки: РТ - реактивна тривожність, ОТ - особистісна тривожність,

В – високий рівень, П – помірний рівень, Н – низький рівень.

**РЕЗУЛЬТАТИ КОНСТАТУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ «ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА»**

№	ПІБ	Вік	Самопочуття	Бал депресії	Рівень депресії
1	Діана Б	19	гарне	7	Легка депресія
2	Аліна К.	19	задовільне	13	Середній ступінь депресії
3	Сергій К.	19	задовільне	16	Високий рівень депресії
4	Юлія Х	18	задовільне	14	Середній ступінь депресії
5	Анастасія Р.	20	гарне	4	Депресії немає
6	Марія Н.	19	задовільне	5	Легка депресія
7	Павло П.	18	задовільне	2	Депресії немає
8	Віра Є	18	гарне	5	Легка депресія
9	Марія К	18	задовільне	14	Середній ступінь депресії
10	Анастасія Б.	19	задовільне	9	Середній ступінь депресії
11	Анна С	19	задовільне	16	Високий рівень депресії
12	Марія Ю	19	гарне	9	Середній ступінь депресії
13	Олена С	18	задовільне	14	Середній ступінь депресії
14	Марія Г	19	гарне	9	Середній ступінь депресії

№	ПІБ	Вік	Самопочуття	Бал депресії	Рівень депресії
15	Катерина Ж	20	задовільне	8	Середній ступінь депресії
16	Марія К	20	погане	21	Високий рівень депресії
17	Вікторія К	20	задовільне	8	Середній ступінь депресії
18	Ілля Т	18	задовільне	6	Легка депресія
19	Ліза П..	19	задовільне	7	Легка депресія
20	Тетяна І.	17	задовільне	0	Депресії немає
21	Данило Т.	20	задовільне	10	Середній ступінь депресії
22	Тетяна С.	19	гарне	0	Депресії немає
23	Саша Б.	18	задовільне	13	Середній ступінь депресії
24	Дмитро Ч.	18	задовільне	0	Депресії немає
25	Богдан К.	20	гарне	0	Депресії немає
26	Юлія К.	19	гарне	0	Депресії немає
27	Віталій С.	19	задовільне	1	Депресії немає
28	Олександр П.	18	задовільне	11	Середній ступінь депресії
29	Ігор Ж.	20	гарне	1	Депресії немає
30	Вікторія К.	19	гарне	5	Легка депресія
31	Дмитро Ю.	18	задовільне	13	Середній ступінь депресії

**РЕЗУЛЬТАТИ ФОРМУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
МЕТОДИКОЮ «ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ЛОКУСУ
КОНТРОЛЮ ЗДОРОВ'Я» (К.А. WALLSTON, B.S. WALLSTON, &
R. DEVELLIS; АДАПТАЦІЯ Л.М. КАРАМУШКИ, К.В. ТЕРЕЩЕНКО,
О.В. КРЕДЕНЦЕР)**

№	ІПБ	Вік	Шкала «внутрішнього локусу контролю» (А)	Шкала «контролю «могутніми іншими» (Б)	Шкала «контролю випадку» (В)
1	Діана Б.	19	17	7	18
2	Аліна К.	19	15	23	23
3	Сергій К.	19	22	17	17
4	Юлія Х.	18	21	12	18
5	Анастасія Р.	20	18	16	19
6	Марія Н.	19	20	16	19
7	Павло П.	18	16	14	16
8	Віра Є.	18	23	21	14
9	Марія К.	18	22	27	17
10	Анастасія Б.	19	16	24	25
11	Анна С.	19	19	26	17
12	Марія Ю.	19	19	14	17
13	Олена С.	18	17	16	26
14	Марія Г.	19	19	18	20
15	Катерина Ж.	20	20	13	22
16	Марія К.	20	17	10	17
17	Вікторія К.	20	22	19	20
18	Ілля Т.	18	18	15	23

№	ПІБ	Вік	Шкала «внутрішнього локусу контролю» (А)	Шкала «контролю «могутніми іншими» (Б)	Шкала «контролю випадку» (В)
19	Ліза П.	19	20	15	22
20	Тетяна І.	17	15	15	16
21	Данило Т.	20	16	17	19
22	Тетяна С.	19	18	17	16
23	Саша Б.	18	15	20	19
24	Дмитро Ч.	18	14	14	18
25	Богдан К.	20	19	16	12
26	Юлія К.	19	19	18	12
27	Віталій С.	18	17	17	12
28	Олександр П.	18	18	17	15
29	Ігор Ж.	20	17	17	16
30	Вікторія К.	19	22	20	17
31	Дмитро Ю.	18	21	19	21

6-14 балів	Низький рівень	15-21 балів	Середній рівень	22-30 балів	Високий рівень
---------------	-------------------	----------------	--------------------	----------------	-------------------

**РЕЗУЛЬТАТИ ФОРМУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ «ШКАЛА ПОЗИТИВНОГО МЕНТАЛЬНОГО
ЗДОРОВ'Я» (POSITIVE MENTAL HEALTH SCALE (PMH-SCALE))**

**(J. LUKAT, J. MARGRAF, R. LUTZ, W. M. VAN DER VELD,
& E. S. BECKER)**

(адаптація Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко)

№	Респондент	Сума балів (9–36)	Рівень позитивного ментального здоров'я
1	Діана Б	28	Середній
2	Аліна К.	26	Середній
3	Сергій К.	25	Середній
4	Юлія Х	24	Низький
5	Анастасія Р.	31	Високий
6	Марія Н.	27	Середній
7	Павло П.	21	Низький
8	Віра Є	30	Високий
9	Марія К	33	Високий
10	Анастасія Б	25	Середній
11	Анна С	22	Низький
12	Марія Ю	25	Середній
13	Олена С	22	Низький
14	Марія Г	29	Середній
15	Катерина Ж	21	Низький
16	Анна К	29	Середній

17	Вікторія К	28	Середній
18	Ілля Т	25	Середній
19	Ліза П..	26	Середній
20	Тетяна І.	19	Низький
21	Данило Т.	26	Середній
22	Тетяна С.	28	Середній
23	Саша Б.	22	Низький
24	Дмитро Ч.	25	Середній
25	Богдан К.	28	Середній
26	Юлія К.	27	Середній
27	Віталій С.	20	Низький
28	Олександр П.	18	Низький
29	Ігор Ж.	20	Низький
30	Вікторія К.	36	Високий
31	Дмитро Ю.	19	Низький

9-24 балів	Низький рівень	25-29 балів	Середній рівень	30-36 балів	Високий рівень
---------------	-------------------	----------------	--------------------	----------------	-------------------

**РЕЗУЛЬТАТИ ФОРМУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ МЕТОДИКА «ШКАЛА ОЦІНКИ РІВНЯ
РЕАКТИВНОЇ (СИТУАТИВНОЇ) ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ
Ч.Д. СПІЛБЕРГЕРА – Ю.Л. ХАНІНА (STAI – STATE-TRAIT ANXIETY
INVENTORY)» (АДАПТАЦІЯ Ю. ХАНІНА)**

№	ПІБ	Вік	РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ
1	Діана Б	19	29	Н	49	В
2	Аліна К.	19	28	Н	42	П
3	Сергій К.	19	50	В	46	В
4	Юлія Х	18	55	В	65	В
5	Анастасія Р.	20	35	П	33	П
6	Марія Н.	19	26	Н	17	Н
7	Павло П.	18	30	Н	20	Н
8	Віра Є	18	37	П	44	П
9	Марія К	18	29	Н	46	В
10	Анастасія Б.	19	27	Н	35	П
11	Анна С	19	26	Н	23	Н
12	Марія Ю	19	26	Н	18	Н
13	Олена С	18	23	Н	24	Н
14	Марія Г	19	25	Н	29	Н
15	Катерина Ж	20	29	Н	48	В
16	Анна К	20	33	П	59	В
17	Вікторія К	20	30	Н	37	П

№	ПІБ	Вік	РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ
18	Ілля Т	18	29	Н	32	П
19	Ліза П..	19	37	П	38	П
20	Тетяна І.	17	45	П	45	П
21	Данило Т.	20	46	В	56	В
22	Тетяна С.	19	30	Н	35	П
23	Саша Б.	18	28	Н	34	П
24	Дмитро Ч.	18	31	П	36	П
25	Богдан К.	20	26	Н	32	П
26	Юлія К.	19	34	П	28	Н
27	Віталій С.	19	37	П	40	П
28	Олександр П.	18	40	П	38	П
29	Ігор Ж.	20	25	Н	29	Н
30	Вікторія К.	19	33	П	34	П
31	Дмитро Ю.	18	34	П	38	П

Примітки: РТ - реактивна тривожність, ОТ - особистісна тривожність,

В – високий рівень, П – помірний рівень, Н – низький рівень.

**РЕЗУЛЬТАТИ ФОРМУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ «ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА»**

№	ПІБ	Вік	Бал	Рівень депресії
1	Діана Б.	19	5	Легка депресія
2	Аліна К.	19	11	Середній рівень депресії
3	Сергій К.	19	15	Середній рівень депресії
4	Юлія Х.	18	12	Середній рівень депресії
5	Анастасія Р.	20	3	Депресії немає
6	Марія Н.	19	4	Депресії немає
7	Павло П.	18	2	Депресії немає
8	Віра Є.	18	4	Депресії немає
9	Марія К.	18	13	Середній рівень депресії
10	Анастасія Б.	19	8	Середній рівень депресії
11	Анна С.	19	15	Середній рівень депресії
12	Марія Ю.	19	8	Середній рівень депресії
13	Олена С.	18	12	Середній рівень депресії
14	Марія Г.	19	8	Середній рівень депресії
15	Катерина Ж.	20	7	Легка депресія
16	Анна К.	20	19	Високий рівень депресії
17	Вікторія К.	20	7	Легка депресія
18	Ілля Т.	18	6	Легка депресія
19	Ліза П.	19	6	Легка депресія
20	Тетяна І.	17	0	Депресії немає

№	ПІБ	Вік	Бал	Рівень депресії
21	Данило Т.	20	9	Середній рівень депресії
22	Тетяна С.	19	0	Депресії немає
23	Саша Б.	18	11	Середній рівень депресії
24	Дмитро Ч.	18	0	Депресії немає
25	Богдан К.	20	0	Депресії немає
26	Юлія К.	19	0	Депресії немає
27	Віталій С.	19	1	Депресії немає
28	Олександр П.	18	10	Середній рівень депресії
29	Ігор Ж.	20	1	Депресії немає
30	Вікторія К.	19	4	Депресії немає
31	Дмитро Ю.	18	12	Середній рівень депресії

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ ЗДОРОВ'Я ПІСЛЯ
ВПРОВАДЖЕННЯ 2-ТИЖНЕВОЇ ІНТЕНСИВНОЇ ПРОГРАМИ
ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я (N=31)**

№	ПІБ	Вік	Внутрішній локус контролю (А)			Контроль "могутніми іншими" (Б)			Контроль випадку (В)		
			До	Після	Змі-на	До	Після	Змі-на	До	Після	Змі-на
1	Діана Б.	19	16 (С)	17 (С)	+1	7 (Н)	7 (Н)	0	19 (С)	18 (С)	-1
2	Аліна К.	19	15 (С)	15 (С)	0	24 (В)	23 (В)	-1	23 (В)	23 (В)	0
3	Сергій К.	19	21 (С)	22 (В)	+1	17 (С)	17 (С)	0	18 (С)	17 (С)	-1
4	Юлія Х.	18	21 (С)	21 (С)	0	12 (Н)	12 (Н)	0	18 (С)	18 (С)	0
5	Анастасія Р.	20	17 (С)	18 (С)	+1	17 (С)	16 (С)	-1	19 (С)	19 (С)	0
6	Марія Н.	19	19 (С)	20 (С)	+1	16 (С)	16 (С)	0	20 (С)	19 (С)	-1
7	Павло П.	18	16 (С)	16 (С)	0	14 (Н)	14 (Н)	0	16 (С)	16 (С)	0
8	Віра Є.	18	22 (В)	23 (В)	+1	22 (В)	21 (С)	-1	14 (Н)	14 (Н)	0
9	Марія К.	18	22 (В)	22 (В)	0	27 (В)	27 (В)	0	17 (С)	17 (С)	0
10	Анастасія Б.	19	15 (С)	16 (С)	+1	24 (В)	24 (В)	0	26 (В)	25 (В)	-1
11	Анна С.	19	19 (С)	19 (С)	0	27 (В)	26 (В)	-1	17 (С)	17 (С)	0
12	Марія Ю.	19	18 (С)	19 (С)	+1	14 (Н)	14 (Н)	0	18 (С)	17 (С)	-1
13	Олена С.	18	17 (С)	17 (С)	0	17 (С)	16 (С)	-1	26 (В)	26 (В)	0
14	Марія Г.	19	19 (С)	19 (С)	0	18 (С)	18 (С)	0	20 (С)	20 (С)	0
15	Катерина Ж.	20	19 (С)	20 (С)	+1	13 (Н)	13 (Н)	0	23 (В)	22 (В)	-1
16	Марія К.	20	16 (С)	17 (С)	+1	10 (Н)	10 (Н)	0	17 (С)	17 (С)	0
17	Вікторія К.	20	22 (В)	22 (В)	0	20 (С)	19 (С)	-1	20 (С)	20 (С)	0
18	Ілля Т.	18	17 (С)	18 (С)	+1	15 (С)	15 (С)	0	24 (В)	23 (В)	-1
19	Ліза П.	19	20 (С)	20 (С)	0	16 (С)	15 (С)	-1	22 (В)	22 (В)	0
20	Тетяна І.	17	14 (Н)	15 (С)	+1	15 (С)	15 (С)	0	17 (С)	16 (С)	-1
21	Данило Т.	20	16 (С)	16 (С)	0	17 (С)	17 (С)	0	19 (С)	19 (С)	0
22	Тетяна С.	19	18 (С)	18 (С)	0	18 (С)	17 (С)	-1	16 (С)	16 (С)	0
23	Саша Б.	18	14 (Н)	15 (С)	+1	20 (С)	20 (С)	0	20 (С)	19 (С)	-1
24	Дмитро Ч.	18	14 (Н)	14 (Н)	0	14 (Н)	14 (Н)	0	18 (С)	18 (С)	0

№	ПІБ	Вік	Внутрішній локус контролю (А)			Контроль "могутніми іншими" (Б)			Контроль випадку (В)		
			До	Після	Змі-на	До	Після	Змі-на	До	Після	Змі-на
25	Богдан К.	20	18 (С)	19 (С)	+1	17 (С)	16 (С)	-1	12 (Н)	12 (Н)	0
26	Юлія К.	19	19 (С)	19 (С)	0	18 (С)	18 (С)	0	12 (Н)	12 (Н)	0
27	Віталій С.	18	17 (С)	17 (С)	0	17 (С)	17 (С)	0	12 (Н)	12 (Н)	0
28	Олександр П.	18	17 (С)	18 (С)	+1	17 (С)	17 (С)	0	15 (С)	15 (С)	0
29	Ігор Ж.	20	17 (С)	17 (С)	0	18 (С)	17 (С)	-1	16 (С)	16 (С)	0
30	Вікторія К.	19	22 (В)	22 (В)	0	20 (С)	20 (С)	0	18 (С)	17 (С)	-1
31	Дмитро Ю.	18	20 (С)	21 (С)	+1	20 (С)	19 (С)	-1	22 (В)	21 (С)	-1

6-14 балів	Низький рівень	15-21 балів	Середній рівень	22-30 балів	Високий рівень
---------------	-------------------	----------------	--------------------	----------------	-------------------

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПОЗИТИВНОГО МЕНТАЛЬНОГО
ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ
«ШКАЛА ПОЗИТИВНОГО МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я» ПІСЛЯ
ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ
МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я**

№	ПІБ	Вік	До програми		Після програми		Зміна
			Бали	Рівень	Бали	Рівень	
1	Діана Б.	19	27	Середній	28	Середній	+1
2	Аліна К.	19	25	Середній	26	Середній	+1
3	Сергій К.	19	25	Середній	25	Середній	0
4	Юлія Х.	18	22	Низький	24	Низький	+2
5	Анастасія Р.	20	31	Високий	31	Високий	0
6	Марія Н.	19	26	Середній	27	Середній	+1
7	Павло П.	18	21	Низький	21	Низький	0
8	Віра Є.	18	30	Високий	30	Високий	0
9	Марія К.	18	33	Високий	33	Високий	0
10	Анастасія Б.	19	24	Низький	25	Середній	+1
11	Анна С.	19	22	Низький	22	Низький	0
12	Марія Ю.	19	25	Середній	25	Середній	0
13	Олена С.	18	22	Низький	22	Низький	0
14	Марія Г.	19	29	Середній	29	Середній	0
15	Катерина Ж.	20	21	Низький	21	Низький	0
16	Марія К.	20	29	Середній	29	Середній	0

17	Вікторія К.	20	28	Середній	28	Середній	0
18	Ілля Т.	18	24	Низький	25	Середній	+1
19	Ліза П.	19	26	Середній	26	Середній	0
20	Тетяна І.	17	19	Низький	19	Низький	0
21	Данило Т.	20	26	Середній	26	Середній	0
22	Тетяна С.	19	27	Середній	28	Середній	+1
23	Саша Б.	18	22	Низький	22	Низький	0
24	Дмитро Ч.	18	24	Низький	25	Середній	+1
25	Богдан К.	20	28	Середній	28	Середній	0
26	Юлія К.	19	27	Середній	27	Середній	0
27	Віталій С.	18	19	Низький	20	Низький	+1
28	Олександр П.	18	18	Низький	18	Низький	0
29	Ігор Ж.	20	20	Низький	20	Низький	0
30	Вікторія К.	19	36	Високий	36	Високий	0
31	Дмитро Ю.	18	19	Низький	19	Низький	0

9-24 балів	Низький рівень	25-29 балів	Середній рівень	30-36 балів	Високий рівень
---------------	-------------------	----------------	--------------------	----------------	-------------------

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ТРИВОЖНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ
ОСВІТИ ПІСЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ
МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я (МЕТОДИКА СПІЛБЕРГЕРА-ХАНІНА)**

№	ПІБ	Вік	До програми				Після програми				Динаміка	
			РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ	РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ	ΔРТ	ΔОТ
1	Діана Б.	19	31	П	49	В	29	Н	49	В	-2	0
2	Аліна К.	19	31	П	42	П	28	Н	42	П	-3	0
3	Сергій К.	19	56	В	47	В	50	В	46	В	-6	-1
4	Юлія Х.	18	62	В	64	В	55	В	65	В	-7	1
5	Анастасія Р.	20	38	П	33	П	35	П	33	П	-3	0
6	Марія Н.	19	26	Н	17	Н	26	Н	17	Н	0	0
7	Павло П.	18	32	П	20	Н	30	Н	20	Н	-2	0
8	Віра Є.	18	41	П	44	П	37	П	44	П	-4	0
9	Марія К.	18	32	П	47	В	29	Н	46	В	-3	-1
10	Анастасія Б.	19	27	Н	35	П	27	Н	35	П	0	0
11	Анна С.	19	27	Н	23	Н	26	Н	23	Н	-1	0
12	Марія Ю.	19	26	Н	18	Н	26	Н	18	Н	0	0
13	Олена С.	18	23	Н	24	Н	23	Н	24	Н	0	0
14	Марія Г.	19	25	Н	29	Н	25	Н	29	Н	0	0
15	Катерина Ж.	20	32	П	48	В	29	Н	48	В	-3	0
16	Марія К.	20	37	П	58	В	33	П	59	В	-4	1
17	Вікторія К.	20	32	П	36	П	30	Н	37	П	-2	1
18	Ілля Т.	18	31	П	32	П	29	Н	32	П	-2	0
19	Ліза П.	19	42	П	37	П	37	П	38	П	-5	1
20	Тетяна І.	17	49	В	45	П	45	П	45	П	-4	0
21	Данило Т.	20	51	В	54	В	46	В	56	В	-5	2

№	ПІБ	Вік	До програми				Після програми				Динаміка	
			РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ	РТ	Рівень РТ	ОТ	Рівень ОТ	ΔРТ	ΔОТ
22	Тетяна С.	19	31	П	35	П	30	Н	35	П	-1	0
23	Саша Б.	18	29	Н	35	П	28	Н	34	П	-1	-1
24	Дмитро Ч.	18	33	П	36	П	31	П	36	П	-2	0
25	Богдан К.	20	26	Н	33	П	26	Н	32	П	0	-1
26	Юлія К.	19	37	П	27	Н	34	П	28	Н	-3	1
27	Віталій С.	18	41	П	38	П	37	П	40	П	-4	2
28	Олександр П.	18	44	П	37	П	40	П	38	П	-4	1
29	Ігор Ж.	20	25	Н	30	Н	25	Н	29	Н	0	-1
30	Вікторія К.	19	36	П	34	П	33	П	34	П	-3	0
31	Дмитро Ю.	18	37	П	38	П	34	П	38	П	-3	0

Примітки: РТ - реактивна тривожність, ОТ - особистісна тривожність,

В – високий рівень, П – помірний рівень, Н – низький рівень.

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ДЕПРЕСІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
ПІСЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО
ЗДОРОВ'Я (ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА)**

№	ІПБ	Вік	До програми		Після програми		Динаміка
			Бал	Рівень депресії	Бал	Рівень депресії	Δ балів
1	Діана Б.	19	7	Легка депресія	5	Легка депресія	-2
2	Аліна К.	19	13	Середній рівень депресії	11	Середній рівень депресії	-2
3	Сергій К.	19	16	Високий рівень депресії	15	Середній рівень депресії	-1
4	Юлія Х.	18	14	Середній рівень депресії	12	Середній рівень депресії	-2
5	Анастасія Р.	20	4	Депресії немає	3	Депресії немає	-1
6	Марія Н.	19	5	Легка депресія	4	Депресії немає	-1
7	Павло П.	18	2	Депресії немає	2	Депресії немає	0
8	Віра Є.	18	5	Легка депресія	4	Депресії немає	-1
9	Марія К.	18	14	Середній рівень депресії	13	Середній рівень депресії	-1
10	Анастасія Б.	19	9	Середній рівень депресії	8	Середній рівень депресії	-1
11	Анна С.	19	16	Високий рівень депресії	15	Середній рівень депресії	-1
12	Марія Ю.	19	9	Середній рівень депресії	8	Середній рівень депресії	-1
13	Олена С.	18	14	Середній рівень депресії	12	Середній рівень депресії	-2
14	Марія Г.	19	9	Середній рівень депресії	8	Середній рівень депресії	-1

№	ІПБ	Вік	До програми		Після програми		Динаміка
			Бал	Рівень депресії	Бал	Рівень депресії	Δ балів
15	Катерина Ж.	20	8	Середній рівень депресії	7	Легка депресія	-1
16	Анна К.	20	21	Високий рівень депресії	19	Високий рівень депресії	-2
17	Вікторія К.	20	8	Середній рівень депресії	7	Легка депресія	-1
18	Ілля Т.	18	6	Легка депресія	6	Легка депресія	0
19	Ліза П.	19	7	Легка депресія	6	Легка депресія	-1
20	Тетяна І.	17	0	Депресії немає	0	Депресії немає	0
21	Данило Т.	20	10	Середній рівень депресії	9	Середній рівень депресії	-1
22	Тетяна С.	19	0	Депресії немає	0	Депресії немає	0
23	Саша Б.	18	13	Середній рівень депресії	11	Середній рівень депресії	-2
24	Дмитро Ч.	18	0	Депресії немає	0	Депресії немає	0
25	Богдан К.	20	0	Депресії немає	0	Депресії немає	0
26	Юлія К.	19	0	Депресії немає	0	Депресії немає	0
27	Віталій С.	19	1	Депресії немає	1	Депресії немає	0
28	Олександр П.	18	11	Середній рівень депресії	10	Середній рівень депресії	-1
29	Ігор Ж.	20	1	Депресії немає	1	Депресії немає	0
30	Вікторія К.	19	5	Легка депресія	4	Депресії немає	-1
31	Дмитро Ю.	18	13	Середній рівень депресії	12	Середній рівень депресії	-1