

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Факультет філології, психології та педагогіки**

Кафедра психології та педагогіки
Спеціальність 053 «Психологія»
Очна форма здобуття освіти 4 курс першого (бакалаврського) рівня вищої
освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА
**«Особливості психічного здоров'я молоді, яка пережила травматичний
досвід війни»**

Виконала студентка гр. 401-ФП
01.06.2026 р. Зибцева А.В. _____
Керівник кваліфікаційної роботи
01.06.2026 р. Тесленко М.М. _____

Робота допущена до захисту:
Завідувач кафедри психології та педагогіки Клевака Л.П.
02.06.2026 р. _____

Полтава 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	6
1.1 Сутність та підходи до визначення поняття психічного здоров'я в сучасній психології.....	6
1.2 Психологічні особливості молоді та чинники формування психічного здоров'я у молодіжному віці.....	11
1.3 Психологічні наслідки хронічного стресу для психічного здоров'я молоді.....	17
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ВІЙНИ	24
2.1. Опис і обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію....	24
2.2 Тест-опитувальник «Шкала впливу подій» (IES-R).....	26
2.3 Методика «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-21).....	27
2.4 Методика дослідження психологічної резильєнтності (Connor– Davidson Resilience Scale, CD-RISC).....	29
2.5 Методика дослідження психологічного благополуччя (опитувальник К. Ріфф).....	30
Висновки до другого розділу	31
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ВІЙНИ.....	33
3.1 Організація емпіричного дослідження.....	33
3.2 Дослідження впливу війни на психічне здоров'я молоді	34
3.3. Порівняльний аналіз впливу на ментальне здоров'я молоді	42
Висновки до третього розділу.....	55
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	66

ВСТУП

Актуальність обраної теми визначається високим ступенем соціальної значущості проблеми збереження психічного здоров'я молоді, недостатньою систематизацією емпіричних даних щодо її психологічного стану в умовах війни, а також потребою у розробленні ефективних механізмів психологічної підтримки та профілактики дезадаптивних проявів. Війна як масштабне соціальне та гуманітарне явище зумовлює глибокі трансформації у функціонуванні суспільства та істотно впливає на психічний стан особистості. Повномасштабна збройна агресія проти України спричинила масову травматизацію населення, що проявляється у зростанні рівня тривожності, депресивних розладів, посттравматичних стресових реакцій, емоційної нестабільності та соціальної дезадаптації. Особливо вразливою соціально-демографічною групою є молодь, яка перебуває на етапі активного формування особистісної ідентичності, ціннісних орієнтацій, професійного самовизначення та життєвих стратегій.

Відповідно до визначення «World Health Organization», психічне здоров'я розглядається як стан благополуччя, у якому людина здатна реалізовувати власний потенціал, ефективно долати життєві труднощі, продуктивно працювати та функціонувати в суспільстві. В умовах воєнного часу ці складові зазнають значного порушення, що зумовлює необхідність глибокого наукового осмислення психологічних наслідків травматичного досвіду.

Ступінь дослідженості. Проблематика психологічної травми та її наслідків активно досліджувалася у зарубіжній науковій традиції. Зокрема, Дж. Герман розкрила стадії переживання травматичного досвіду та механізми відновлення, О. Когут обґрунтував нейробіологічні аспекти травматизації, О. Бондарчук визначив когнітивні механізми формування тривожних і депресивних станів, а Г. Бонано довів варіативність реакцій на травматичні події та феномен психологічної стійкості. Значний внесок у вивчення резилієнсу здійснили М. Папучі та О. Чабан підкреслювали роль внутрішніх і соціальних ресурсів у подоланні наслідків травми.

В українській психологічній науці питання психічного здоров'я в умовах кризових і воєнних ситуацій розробляються у працях С. Максименко, О. Ткачишина, О. Когут, В. Заливков та інших дослідників, які аналізують проблеми особистісної саморегуляції, психологічної безпеки, адаптації, життєстійкості та подолання стресу. Проте специфіка переживання травматичного досвіду війни саме молоддю потребує подальшого комплексного вивчення, зокрема в аспекті поєднання негативних психоемоційних наслідків із потенціалом посттравматичного зростання.

Метою даного дослідження є теоретично вивчити та емпірично виявити особливості психічного розвитку молоді яка пережила травматичний досвід війни.

Досягнення поставленої мети передбачає розв'язання таких завдань:

1. здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми психічного здоров'я
2. дослідити психологічні особливості молоді та чинники формування психічного здоров'я у молодіжному віці;
3. теоретично визначити психологічні наслідки травматичного досвіду війни для молоді;
4. здійснити опис методів дослідження та підібрати методи дослідження психічного здоров'я у молоді, що постраждала у наслідок війни
5. емпірично дослідити рівень психічного здоров'я молоді в умовах війни.

Гіпотеза дослідження передбачає існування відмінностей у показниках тривожності, депресії та стресу у молоді залежно від досвіду безпосереднього впливу воєнних подій.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я особистості в юнацькому віці.

Предметом дослідження є вплив травматичного досвіду війни на особливості психічного здоров'я молоді.

Методологічну основу дослідження становлять положення сучасної психології стресу і травми, концепції резилієнсу та особистісної саморегуляції. У роботі використано теоретичні методи аналізу, синтезу та узагальнення

наукових джерел; психодіагностичні методики для вивчення показників психічного здоров'я; а також методи математико-статистичної обробки даних з метою встановлення достовірності отриманих результатів. Інформаційну базу дослідження становлять міжнародні нормативні документи у сфері охорони психічного здоров'я, статистичні матеріали, наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених, публікації міжнародних організацій, а також результати власного емпіричного дослідження.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному аналізі психологічних особливостей психічного здоров'я молоді в умовах воєнної травматизації, уточненні взаємозв'язків між рівнем пережитого стресу та ресурсними характеристиками особистості, а також у розширенні уявлень про чинники психологічної адаптації та посттравматичного зростання.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, фахівців освітніх установ та центрів психологічної підтримки молоді, а також у процесі розроблення профілактичних і корекційних програм, спрямованих на збереження та відновлення психічного здоров'я в умовах воєнного часу.

Емпірична база дослідження: Дослідна робота проводилася протягом лютого-квітня 2026 року. Вибірку дослідження склали молодь, яка з лютого 2022 року продовжує проживати на території України. Емпіричний матеріал було зібрано у дистанційному форматі з використанням платформи Google Forms.

Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Список використаних джерел нараховує 46 найменування. Робота викладена на 61 сторінках друкованого тексту, містить 17 таблиць та 2 рисунка.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Сутність та підходи до визначення поняття психічного здоров'я в сучасній психології

Поняття «психічне здоров'я» бере свій початок у психіатричній науці та закономірно пов'язане з трактуванням поняття «психічне захворювання». Як норма психічного здоров'я розглядається стан «нехвороби», тобто відсутність симптоматики чи патологічних проявів, які ускладнюють ефективну адаптацію особистості до умов навколишнього середовища.

Осмилення поняття психічного здоров'я в психологічній науці відбувалося поступово, від вузьких біомедичних інтерпретацій до цілісного, системного та соціокультурного бачення. Так, О. Креденцер, аналізуючи еволюцію українських традиційних моделей здоров'я, виокремлює класичний, некласичний і постнекласичний підходи до розуміння його сутності. У межах класичного підходу, який ґрунтується на природничо-науковій парадигмі, здоров'я розглядається переважно через призму патології. У контексті воєнної травматизації такий підхід дозволяє виявляти симптоматику посттравматичних реакцій, однак є недостатнім для комплексного розуміння ресурсів особистості [21].

Іншу типологію підходів до визначення здоров'я пропонує С. Цимбалюк, яка виокремлює кілька концептуальних позицій залежно від критеріїв аналізу. У межах такої позиції акцент робиться на відсутності захворювань, гармонії фізіологічних процесів та здатності організму до адаптації. Хоча цей підхід є важливим для розуміння соматичних наслідків стресу, у контексті дослідження психічного здоров'я молоді в умовах війни він є обмеженим, оскільки не охоплює психологічні та соціальні виміри травматизації [44].

В. Омелянська, трактує здоров'я як гармонійне поєднання фізичного, психологічного і духовного благополуччя, що забезпечує відчуття внутрішнього комфорту, стабільності та задоволеності життям. У цьому розумінні психічне

здоров'я молоді, яка пережила війну, визначається не лише об'єктивними показниками психоемоційного стану, але й суб'єктивним відчуттям безпеки, сенсу життя, здатності планувати майбутнє та підтримувати соціальні зв'язки [29].

Відповідно до підходу ВООЗ, психічне здоров'я трактується як стан благополуччя, за якого людина здатна реалізовувати власні здібності, ефективно долати повсякденні життєві стреси, продуктивно працювати та робити внесок у розвиток своєї громади. Психічне здоров'я становить фундаментальну основу індивідуальної та колективної здатності мислити, емоційно переживати події, будувати міжособистісні взаємодії, здійснювати професійну діяльність і відчувати задоволення від життя. Особливої уваги заслуговує положення про те, що психічне здоров'я не зводиться до наявності чи відсутності захворювань. Воно охоплює ширший спектр характеристик, пов'язаних із суб'єктивним благополуччям, переживанням позитивних емоцій, задоволеністю життям, якістю праці, міжособистісними стосунками, станом фізичного здоров'я та умовами соціального середовища [8].

На думку Л. Міщихи, психічне здоров'я особистості формується під впливом сукупності взаємопов'язаних чинників, частина з яких може мати деструктивний характер. До психологічних детермінант належать порушення в емоційно-когнітивній сфері, що проявляються нестабільністю афективного фону (пригніченість або афективна піднесеність), підвищеною, часто немотивованою тривожністю, дратівливістю, аутоагресивними чи гетероагресивними реакціями, зниженням інтересу до діяльності. Суттєвими індикаторами неблагополуччя виступають також дефіцит концентрації уваги, когнітивна виснаженість, домінування негативно забарвлених і нав'язливих думок, що ускладнюють адаптивне опрацювання досвіду [26].

Вагоме значення за С. Максименко, мають і соціальні чинники, зокрема труднощі у встановленні та підтриманні міжособистісних контактів, порушення комунікативної компетентності, схильність до соціальної ізоляції або, навпаки, до надмірної залученості у віртуальний простір із формуванням інтернет-

залежності. До групи ризику належать також різні адиктивні форми поведінки (зловживання психоактивними речовинами, алкоголем, медикаментами), зниження працездатності, втрата життєвих орієнтирів, дефіцит цілепокладання та відчуття суб'єктивного благополуччя [25].

Порушення психоемоційної рівноваги нерідко супроводжуються соматичними проявами. Серед них хронічна втома, синдром емоційного вигорання, розлади сну (безсоння або гіперсомнія), відсутність відновлення після відпочинку, швидка виснажуваність чи компенсаторна гіперактивність із подальшим ресурсним спадом. Можливими є зміни харчової поведінки, такі як, втрата апетиту та переїдання, включно з крайніми формами, а також функціональні порушення травлення, психосоматичні больові синдроми (головні, м'язові, кардіальні, суглобові), коливання психомоторної активності та зміни сексуальної мотивації. В. Чорна визначає ці симптомокомплекси відображають єдність психічних і тілесних процесів та свідчать про системний характер дезадаптації [31].

Окрему роль відіграють біологічні передумови, Р. Сапольські розглядає такі чинники як, генетична схильність, тип вищої нервової діяльності, індивідуально-типологічні характеристики, особливості когнітивних стилів, що визначають способи переробки інформації та реагування на стрес. Водночас значущими є результати соціалізації та саморозвитку: сформованість навичок саморегуляції, рівень стресостійкості, вольові якості, емоційна зрілість, здатність до рефлексії та конструктивного опрацювання травматичного досвіду. Схильність до фіксації на психотравмувальних подіях минулого, завищені вимоги до себе, невпевненість у майбутньому й неадаптивні копінг-стратегії можуть посилювати ризик розвитку порушень психічного здоров'я. Стан здоров'я особистості є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, що визначають рівень адаптаційних можливостей особистості [36].

Д. Озерна не зводить психічне здоров'я до відсутності патологій, а аргументує, що воно тісно пов'язане з фізичним станом, способом життя та

здатністю людині піклуватися про себе. Вона підкреслює, що хороше самопочуття впливає на здатність бути ефективним у професії, підтримувати стосунки, здійснювати життєві плани і відчувати задоволення від життя загалом. Науковиця розглядає психічне здоров'я як процес, що включає не лише власне психіку, а й стиль життя: достатній сон, фізичну активність, належне харчування і соціальні взаємодії [28].

А. Бортов натомість визначає ментальне здоров'я як складний, багатовимірний і динамічний процес, що формується під впливом взаємодії численних біологічних, психологічних та соціальних детермінант. Його підтримка вимагає системного та інтегрованого підходу, який враховує індивідуальні особливості людини, а також специфіку зовнішніх умов життя. Науковець виділяє кілька механізмів підтримки ментального здоров'я, особливо через призму ключових складових, таких як емоційна стійкість, соціальна компетентність та життєва спрямованість, набуває особливої актуальності [3].

Ментальне здоров'я слід розглядати як активний стан психоемоційної рівноваги, що дозволяє особистості підтримувати задоволеність життям, ефективно функціонувати в соціальному середовищі та підтримувати конструктивні взаємодії з іншими людьми. Воно не обмежується лише відсутністю психопатологічних проявів, а включає здатність адаптуватися до постійних змін і стресових факторів, а також можливість розвитку й самореалізації [27].

У науковій літературі існує декілька концептуальних підходів до визначення ментального здоров'я, що підкреслюють його багатогранність і динамізм. М. Кейс трактує ментальне здоров'я як континуум, що простягається від стану психічного «згасання» (*languishing*) до «процвітання» (*flourishing*). Стан «згасання», за автором, характеризується відсутністю позитивних емоцій, низьким рівнем мотивації та емоційним виснаженням, тоді як «процвітання» відображає високий рівень психологічного, емоційного та соціального благополуччя. Така концепція доводить, що ментальне здоров'я не є статичною категорією, а являє собою процес, який постійно змінюється під впливом

емоційного стану, соціального середовища, біологічних характеристик та інших аспектів психічного розвитку. Важливо враховувати не лише відсутність симптомів психічних розладів, а й потенціал особистості до адаптації, розвитку та підтримки психоемоційної рівноваги у різноманітних стресових ситуаціях [45].

У статті О. Бондарчук та Н. Пінчук, підкреслено, що психологічне здоров'я варто розглядати не лише як відсутність психічних розладів, а як системну якість особистості, що інтегрує фізичні, психічні та соціально-психологічні складові й визначає здатність особистості ефективно адаптуватися до змін довкілля та стресових впливів. Основні індикатори психологічного здоров'я особистості, за науковцями, є автопсихологічна компетентність, детермінація поведінки мотивами особистісного і духовного розвитку, незалежність і відповідальність у прийнятті рішень, здатність максимально творчо використовувати свої здібності, конструктивне ставлення до життєвих труднощів та адекватний зворотний зв'язок від навколишнього середовища [2].

Психічне здоров'я є багатовимірним, динамічним та інтегрованим феноменом, що формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних чинників. Сучасні підходи до його визначення демонструють поступовий розвиток від класичного розуміння як відсутності хвороби до некласичного та постнекласичного бачення, де здоров'я розглядається як цілісна система, що включає емоційний, когнітивний, мотиваційний та соціальний виміри [4]. Дослідження українських та зарубіжних авторів, зокрема Л. Царенко, С. Цимбалюк, Н. Яковлевої та М. Кейса, підкреслюють, що психічне здоров'я не обмежується нормою чи відсутністю патології, а передбачає здатність особистості адаптуватися до стресових факторів, підтримувати психоемоційну рівновагу, реалізовувати свої ресурси та підтримувати соціальні взаємозв'язки. Психологічне здоров'я особистості є не статичною характеристикою, а динамічною якістю, що потребує безперервної підтримки і розвитку в контексті екстремальних життєвих змін.

1.2 Психологічні особливості молоді та чинники формування психічного здоров'я у молодіжному віці

Молодь розглядається як окрема, відносно чисельна соціально-демографічна група, яка вирізняється за сукупністю вікових характеристик, особливостями соціального становища та зумовленими цими чинниками соціально-психологічними властивостями, що формуються під впливом суспільного устрою, культури, закономірностей соціалізації та виховання в межах конкретного соціуму [5].

Характерною ознакою молоді є те, що значна її частина ще не має усталеного власного соціального статусу, перебуваючи на етапі так званого «статусного мораторію». У цей період вона визначається або попереднім соціальним статусом, тобто соціальним становищем батьків, або перспективним статусом, який пов'язаний із процесом професійної підготовки та майбутньою професійною реалізацією. Молодь входить у соціальне життя в умовах уже сформованих соціальних інститутів, які не завжди повною мірою відповідають її потребам, що може спричиняти виникнення соціальних напружень, кризових явищ і конфліктних ситуацій [11].

Психологічні особливості молоді, безперечно, зумовлені попередніми етапами її розвитку та безпосередньо з них формуються. Водночас молодіжний вік постає як новий і якісно своєрідний етап життєвого шляху, що має власне унікальне значення в онтогенезі особистості від народження до завершення життєвого циклу. У межах дослідження актуалізується питання вікових меж цієї соціальної групи. Виокремлюють два періоди молодіжного віку, типовий (17-22 роки) та нетиповий (від 23 років і старше). З огляду на сучасні соціальні трансформації та тенденції до змін у способі життя молоді, доцільно орієнтуватися переважно на особливості цієї вікової групи. Окрім того, увага зосереджується на специфіці входження сучасної молоді у соціальне середовище та на окремих соціально-психологічних процесах, що впливають на формування психічного здоров'я [14].

Інтенсивна взаємодія молоді з різними соціальними структурами, а також специфічні умови її життєдіяльності сприяють формуванню активної життєвої позиції та зміцненню соціальних зв'язків з іншими групами суспільства. Саме на молодіжний вік припадає період інтенсивного становлення соціальної та психологічної зрілості, що безпосередньо пов'язано з формуванням психічного здоров'я. Основними ознаками цього процесу виступають завершення освіти, включення у професійну діяльність, участь у громадському житті, усвідомлення відповідальності за власні дії, а також готовність до створення сім'ї та виховання дітей. Психічне здоров'я молоді передбачає здатність особистості ефективно функціонувати, адаптуватися до змінних умов середовища та оволодівати необхідною для суспільства системою соціальних ролей [15].

Психологічні дослідження засвідчують, що в молодіжному віці відбуваються вагомі трансформації у структурі особистості, насамперед у сфері самосвідомості та морально-ціннісних орієнтацій. Передусім це обумовлено соціально-психологічними особливостями даного вікового етапу, які безпосередньо пов'язані з чинниками становлення психічного здоров'я. Соціальна ситуація розвитку молодої людини визначається як віковими характеристиками, так і специфікою професійного самовизначення та зміною соціального статусу. Нова соціальна позиція надає молоді більшу самостійність у виборі форм навчальної діяльності, організації дозвілля, а також у визначенні кола спілкування й партнерів взаємодії, що, своєю чергою, впливає на формування психічного здоров'я [16].

Слід підкреслити суперечливий характер соціального статусу молоді. З одного боку, для неї залишаються актуальними проблеми, характерні для попереднього вікового етапу, зокрема прагнення до автономії від старших, труднощі міжособистісних взаємин, залежність від оцінок оточення тощо. З іншого боку, перед молодою людиною постає необхідність життєвого самовизначення, яке виступає важливим чинником становлення психічного здоров'я. Поєднання зовнішніх соціальних впливів і внутрішніх особистісних процесів, тобто соціальна ситуація розвитку, визначає специфіку формування

психічного здоров'я та особливості емоційно-особистісного розвитку в молодіжному віці [18].

Молода людина поступово готується до входження у самостійне професійне та суспільне життя. Для неї особливої значущості набувають питання соціального й особистісного самовизначення, усвідомлення власного місця в суспільстві, що безпосередньо пов'язано зі станом психічного здоров'я. Молодь дедалі більше замислюється над важливими життєвими проблемами: як реалізувати себе в житті, обрати професію відповідно до власних здібностей і можливостей, у чому полягає сенс життя, як відповідати вимогам сучасного суспільства та побудувати гармонійне особисте життя [21].

Психологічні чинники формування психічного здоров'я у молодіжному віці визначаються їх здатністю до адаптації. У біології, адаптація – це пристосування або зміна будови організму, відповідно до навколишніх умов середовища. Психологія, дає термін дуже подібний, але тоді змінюється психічний стан, ставлення до ситуації чи об'єкта, а також відчуття стійкості у нових умовах. В певній мірі цей процес можна назвати, «еволюційним», не лише у біології, але й у царині психології, адже наше тіло, дуже пов'язане з розумом. На фоні стресу виникають проблеми зі здоров'ям не лише ментальним, але й фізичним. І для того, щоб процес адаптації пройшов найменш затратно, нам варто вміти контролювати його [23].

На думку таких учених, як Л. Божович та С. Максименко, процес адаптації – це система механізмів рефлексії, зворотного зв'язку та емпатії, ці вже сформовані адаптаційні структури, що виникають під час безпосередньої адаптації, постійно оновлюються та використовуються в подібних ситуаціях. Сам стрес, є звичними та потрібним для особистості, але суть критичної, кризової ситуації криється в травматичному впливі, який як правило не може залежати від індивіда, а спровокований зовнішніми, у нашому випадку політичними обставинами [23; 29].

На думку С. Максименко, психічне здоров'я насамперед пов'язане з особливостями функціонування психічних процесів і механізмів та визначається

як життєздатність особистості, що забезпечується повноцінним розвитком і належним функціонуванням психічного апарату. Психічне здоров'я відображає наявність внутрішніх ресурсів і душевних сил, необхідних для повноцінної життєдіяльності. Психічно здорова людина характеризується здатністю до чіткого мислення, збереженням вольового контролю, умінням регулювати власну поведінку, визначати цілі, планувати та організовувати власну діяльність. [24].

Поведінка молодшої людини часто має парадоксальний характер. Відвертий негативізм може поєднуватися з конформністю, а прагнення до незалежності – з потребою у допомозі. Такі різкі, контрастні зміни є типовими рисами перехідного періоду від дитинства до етапу, коли суспільство визнає людину дорослою. Суспільне визнання дорослості визначається низкою критеріїв: обов'язком повною мірою відповідати за свої дії перед законом, можливістю брати повноправну участь у суспільному житті тощо [40].

Характеристика психологічних механізмів формування ментального здоров'я трактується як уміння людини актуалізувати власні ресурси, тобто свідомо оперувати ними: усвідомлювати їх, уміти їх вміщувати та оновлювати. Індуктивний спосіб виокремлення психологічних ресурсів реалізується через застосування рефлексивних завдань. Особистість, яка контролює свій емоційний стан у надзвичайній ситуації, якою б вона не була, контролює і своє тіло на фізичному рівні, і здатна діяти. Із людини якій потрібна допомога, вона сама стає помічником [39].

Провідного значення у молодіжному віці набувають процеси соціалізації та засвоєння нових соціальних ролей, що зумовлено зростанням когнітивних можливостей особистості, розширенням соціального оточення та діапазону рольового вибору. Ослаблення впливу попередніх авторитетів і можливість експериментування в сфері соціально-рольової поведінки нерідко призводять до появи у молодих людей сумнівів і внутрішньої нерішучості [9].

Посилення автономності молодшої людини від звичних авторитетів, поступове зміщення центру спілкування в середовище однолітків, а також

зростання значущості оцінок і думок інших людей зумовлюють рольові зрушення, які часто мають непослідовний характер і визначаються як культурними, так і соціальними чинниками. Зміна способу життя (перехід зі школи до закладу вищої освіти) пов'язана з включенням молодої людини в нову систему взаємин, зі зміною соціальних очікувань і формуванням певних уявлень про майбутнє, що зумовлює переосмислення Я-концепції в умовах інтенсивної соціалізації [13].

Психологічні моделі здорової особистості, зокрема концепція повноцінно функціонуючої особистості К. Роджерса, акцентують увагу на відкритості до переживань, екзистенційному способі життя, організмичній довірі, емпіричній свободі, креативності та відповідальності. Екзистенційні психологи, зокрема Р. Мей та В. Франкл, зосереджували увагу на осмисленості життя, внутрішній свободі та волі до життя як важливих аспектах психологічного здоров'я [29].

Існують особистісні чинники, які позначаються на психічному здоров'ї молоді, знижуючи його рівень, до таких чинників науковці відносять тривожність, особистісні проблеми, а також такий суб'єктивний фактор, як розчарування життєвими та професійними очікуваннями. Окремо виділяються об'єктивні чинники, що впливають на психічне здоров'я у молодіжному віці: значні навчальні та соціальні навантаження, труднощі поєднання навчання і роботи, а також стресові переживання, пов'язані з відокремленням від сім'ї та зміною соціального середовища. Поведінкові прояви зниження фізичного та психічного здоров'я можуть бути зумовлені недотриманням здорового способу життя, зокрема низьким рівнем фізичної активності, порушенням харчової поведінки, вживанням психоактивних речовин або загостренням проявів психічних розладів [4].

Згідно з дослідженнями, серед основних чинників, які знижують рівень психічного здоров'я саме студентської молоді, виділяють [43]:

– суб'єктивні (тривожність, стресові стани, особистісні проблеми, розчарування професійним вибором);

- об'єктивні (надмірне навчальне навантаження, труднощі поєднання роботи й навчання, соціальна ізоляція);
- поведінкові (недостатній рівень фізичної активності, незбалансоване харчування, вживання шкідливих речовин).

Стосунки молоді як і будь яких інших вікових груп, сповненні негативним досвідом, що відповідно викликає емоційну нестабільність. Травмовані особистості несвідомо використовують захисні механізми, (проекція, витіснення, регресія, заперечення та ін.) які часто заважають особистості долати життєві негаразди, та прийняти минуле, що приносить біль (сором, жах, скорботу, відчуття невпевненості тощо) та постає великою перепорою до саморозвитку. Використовуючи захисні механізми, як спосіб уникнення чи витіснення, індивід блокує вихід емоцій (наслідки ситуації), і вдається до самозахисту, що в майбутньому призводить до проблем у міжособистісних стосунках. Водночас, варто вказати на адаптаційний характер захисних механізмів, визначається, як здатність впоратись з важкою реальністю, що своєю чергою травмує особистість [32].

Емоційна компетентність розглядається як здатність особистості усвідомлювати власні емоційні стани та емоції інших людей, здійснювати їх регуляцію й на цій основі вибудовувати ефективну міжособистісну взаємодію. Під емоційною стійкістю розуміють такий рівень емоційного напруження, який не перевищує адаптаційних можливостей особистості, не дезорганізує її поведінку та може позитивно позначатися на результативності діяльності. Емоційна стійкість є інтегративним поєднанням різних емоційних характеристик особистості, що забезпечують здатність досягати поставлених цілей. Для значної кількості науковців основним критерієм емоційної стійкості виступає ефективність діяльності в умовах нестандартних або психологічно напружених ситуацій. [33].

Психічне здоров'я проявляється на емоційному, когнітивному та особистісному рівнях [38]:

- емоційний рівень характеризується здатністю до адекватного емоційного реагування відповідно до контексту ситуації;
- когнітивний рівень передбачає ефективну обробку інформації, критичне мислення та її практичне застосування;
- особистісний рівень визначається самосприйняттям, рівнем самооцінки, здатністю до самопізнання, самореалізації та усвідомленням власної ідентичності у взаємодії із соціальним середовищем.

Усвідомлене ставлення до власного стану є важливою складовою психічного благополуччя, оскільки відображає рівень уважності та поінформованості людини щодо свого фізичного і психологічного функціонування. Воно передбачає розуміння індивідуальних потреб, дотримання здорових поведінкових практик, а також використання способів підтримки й збереження здоров'я, зокрема [34]: здатність особистості здійснювати моніторинг власного фізичного та психічного стану, включаючи емоційні переживання, думки й тілесні реакції; уміння регулювати емоційні прояви, рівень стресового напруження та поведінкові реакції у відповідь на зовнішні впливи; усвідомлення ролі соціальної підтримки та важливості своєчасного звернення по допомогу з метою збереження і зміцнення здоров'я.

Формування усвідомленого ставлення до психічного здоров'я сприяє розвитку позитивного образу «Я», підтримує орієнтацію на здоровий спосіб життя та підвищує здатність особистості ефективно долати стресові ситуації.

1.3. Ментальний стан цивільних осіб , що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного стану

На відміну від короткочасних екстремальних подій, війна характеризується хронічністю загрози, невизначеністю часових перспектив, руйнуванням ustalених соціальних структур і порушенням базового відчуття безпеки. У таких умовах психосоціальний стрес набуває комплексного характеру, інтегруючи вплив безпосередніх травматичних подій, соціально-економічної нестабільності, інформаційного навантаження та вимушених змін

життєвого простору. Ментальний стан цивільних осіб формується в результаті взаємодії індивідуально-психологічних ресурсів і зовнішніх обставин, що визначає варіативність адаптаційних і дезадаптаційних реакцій [19].

Теоретичне осмислення психосоціального стресу ґрунтується на транзакційній моделі стресу і копінгу, запропонованій Р. Лазарус та С. Фолкман, відповідно до якої стрес розглядається як результат когнітивної оцінки індивідом значущості події та власних ресурсів для її подолання. У контексті воєнного стану первинна оцінка подій здебільшого інтерпретується як загрозна або неконтрольована, тоді як вторинна оцінка часто супроводжується відчуттям обмеженості ресурсів, що підвищує ризик розвитку дистресу [29].

Варто зазначити, що в умовах війни ігноруються почуття комфорту та безпеки особистості. При цьому війна має і свої позитивні сторони перевіряючи індивіда на витривалість, мужність, альтруїзм та відповідальність. Важкі життєві випробовування стають каталізатором якісних змін, розвитку нових якостей та вмінню, мобілізує нові сили особистості. Важливо зазначити, що основною мішенню для психологічної травми виступає молоде населення України, як генофонд держави [7].

Біопсихосоціальна перспектива дозволяє доповнити цей підхід аналізом нейрофізіологічних механізмів стрес-реакції. Відповідно до концепції загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, тривала дія стресора призводить до пролонгованої стадії резистентності з подальшим виснаженням адаптаційних систем організму. Хронічна активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, підвищений рівень кортизолу та дисрегуляція автономної нервової системи спричиняють як соматичні, так і психоемоційні порушення [35].

Особливого значення набуває феномен хронічної травматизації, коли індивід перебуває у стані постійної потенційної загрози без визначеного горизонту завершення кризової ситуації. Навіть за відсутності безпосереднього контакту з бойовими діями, систематичне перебування в інформаційному просторі війни формує вторинну травматизацію. Кумулятивний ефект травматичних подій підсилюється соціально-економічними втратами,

вимушеною міграцією, розривом соціальних зв'язків і трансформацією ідентичності [26].

Хронічний психоемоційний стрес війни супроводжується також значними змінами в емоційній сфері та когнітивних функціях. Підвищена тривожність, депресивні настрої, емоційна лабільність, апатія та надмірна збудливість формують стійкий негативний емоційний фон. Когнітивні порушення проявляються у вигляді зниження концентрації уваги, когнітивної гнучкості, порушень оперативної пам'яті та уповільнення процесів прийняття рішень, що можна пояснити нейропсихологічними механізмами: тривала активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі викликає дисфункцію структур мозку, відповідальних за регуляцію емоцій та формування пам'яті, зокрема гіпокампу та амігдали, що призводить до стійкого підвищення тривожності та порушення адаптивного реагування [33].

Концепція психологічної травми та відновлення Дж. Герман ґрунтується на комплексному розгляді травматичного досвіду як порушення цілісності особистості, її безпеки та базових міжособистісних зв'язків. Психологічна травма виникає не лише від окремих подій, а від тривалого, повторюваного та неконтрольованого насильства, що призводить до глибоких змін у регуляції афектів, самоідентифікації та здатності до міжособистісної взаємодії. Такий досвід вона називає комплексним посттравматичним стресовим синдромом, який виходить за межі традиційного визначення ПТСР і включає порушення саморегуляції, стійкі зміни у відчутті власної безпеки, самооцінки та соціальних зв'язків [10].

Робота з психічною травмою відповідно до концепції Дж. Герман включає три основні етапи [6]:

1. формування відчуття безпеки;
2. реконструкція травматичного досвіду;
3. відновлення зв'язків із повсякденним життям.

На першому етапі відбувається встановлення довірливих взаємин між психологом і клієнтом. Важливе значення на цьому етапі має також психологічна

просвіта. Людина, яка пережила травму, нерідко відчуває полегшення вже завдяки тому, що дізнається про справжню природу свого стану [6]. Окрім уточнення діагнозу, суттєвим є ознайомлення постраждалого з найбільш поширеними симптомами посттравматичних стресових розладів та надання практичних рекомендацій щодо подолання стресових переживань. У ході цього етапу у постраждалої особи поступово відновлюється відчуття передбачуваності власного життя, послаблюється переживання ізоляції та формується впевненість у здатності захистити себе [12].

На другому етапі клієнт поступово переходить до розповіді про травматичний досвід. Реконструкція травматичної події здійснюється детально та послідовно. Така робота необхідна для інтеграції травматичного спогаду в загальну життєву історію постраждалого [6].

Перехід до етапу реконструкції травматичного досвіду має відбуватися за усвідомленим вибором клієнта. Водночас етап формування безпеки не повинен надмірно затягуватися, оскільки це може спричинити уповільнення процесу відновлення після травми. Разом із тим передчасний перехід до реконструкції травматичних подій здатний викликати повторне травматичне переживання без терапевтичного результату [20;22].

Військові конфлікти, насильство в сім'ї чи політичні репресії руйнують не лише психіку конкретної людини, а й її соціальні зв'язки, почуття контролю, безпеки та довіри до світу [1].

За В. Станчишином, війна радикально порушує звичні шаблони емоційних реакцій та регуляції, створюючи ситуацію, в якій раніше автоматичні або соціально прийнятні способи реагування стають неадекватними або недоступними. В умовах постійної загрози, невизначеності та інформаційного перевантаження люди переживають широкий спектр емоцій – від страху, тривоги й злості до провини, смутку та надії, – котрі послідовно або одночасно посилюються й знижуються, що створює відчуття «емоційних гойдалок» (тобто швидких нелінійних коливань емоційного стану). Такі коливання не є патологічними самі по собі, а, за автором, виступають нормальною адаптаційною

відповіддю на ненормальні обставини війни і свідчать про прагнення особистості пристосуватися до екстремальних умов, зберігаючи суб'єктивне почуття безпеки й цілісності [37].

Головним для кожного зараз, є можливість збереження психічного здоров'я. Ситуація підвищеної небезпеки, характеризується високою нервово-психічною напругою, що призводить в подальшому до психічного виснаження. Розуміння психологічних наслідків кризової ситуації є життєво важливим кроком у сприйнятті поточного стану людини. До них відносяться депресія, гнів, апатія, почуття безпорадності, нездатність відчувати гордість або почуття власної гідності, фізична слабкість, чутливість та втома.

В роботі В. Чорної наголошується на важливості психосоціальних ресурсів у процесі адаптації особистості, зокрема на ролі міжособистісної підтримки, сімейних стосунків та доступу до професійної психологічної допомоги. Науковиця підкреслює, що систематична робота із зміцнення психологічної стійкості молоді сприяє поліпшенню загального психічного благополуччя у постконфліктний період [43].

О. Чабан визначає що війна виступає системним стресором, який поєднує пряму загрозу життю, руйнування соціальної стабільності, втрату близьких та порушення життєвих планів, що, у свою чергу, значно підвищує ризик розвитку соматоформних та дисоціативних проявів. Реакція на події військового характеру розглядаються як результат адаптаційних механізмів психіки, яка намагається впоратися з невизначеністю. Проте за відсутності ресурсів підтримки ці адаптаційні механізми переходять в дезадаптивну площину, спричиняючи стійкі зміни психічного здоров'я [41].

Поведінка людини у військовий час, залежить від її здатності мобілізувати внутрішній ресурс, вольові якості та витримку, а тому особистість, яка вміє віднайти в собі подібні риси, у потрібний момент, можна вважати емоційно-ерудованою. Емоції самі по собі вважаються конструктивним елементом, адже є стимулом реакцій на ситуації, що супроводжують життя особистості. Проте їх висока інтенсивність призводить до дезадаптації у той час коли варто зібратись,

водночас, розуміння власних почуттів формує «розумну поведінку» людини. О. Ткачишина зазначає, що у критичній ситуації особистість втрачає психологічну гнучкість [39].

Саморегуляція, під час адаптації до подій військового характеру, відіграє роль керування емоціями, та є надзвичайно важливою, особливо в умовах дистресу [17]. Відомо три типи саморегуляції:

1) регуляція за допомогою іншої емоції, – передбачає використання свідомих зусиль для активації іншої емоції, протилежної тій, яку людина відчуває і від якої хоче позбутися;

2) когнітивна регуляція, – пов'язана з використанням уваги та мислення для придушення небажаної емоції або встановлення контролю над нею, переведенням уваги та зосередженості людини на події чи стани, які викликають у людини цікавість, збуджують позитивний емоційний досвід;

3) моторна регуляція, – передбачає використання фізичної активності, як засіб розрядки емоційного переживання.

Емоційна саморегуляція, розглядається як система потреб і цінностей, які через процес аналізу внутрішнього конфлікту та завдяки вольовим зусиллям спрямовують активність особистості у бік більш значущих і актуальних для неї цілей. Високий рівень емоційної саморегуляції фактично передбачає свідоме обрання певної мети з подальшим вольовим стримуванням одних емоційних проявів і переживанням інших. При цьому такий вибір не завжди орієнтований на отримання приємних емоцій або швидке задоволення актуальної потреби.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз проблеми психічного здоров'я в умовах війни дозволяє констатувати, що зазначений феномен є складним, багатовимірним і динамічним утворенням, яке формується в результаті взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Воєнний стан виступає потужним хронічним макростресором, що порушує базові потреби у безпеці, стабільності та передбачуваності. Під психологічними змінами розуміють як трансформації функціонування психічних процесів, так і індивідуальні особистісні реакції на стресову ситуацію. До них належать когнітивні стратегії подолання труднощів, а також несвідомі психологічні захисні механізми (насамперед описані в межах психоаналітичного підходу), які спрямовані на зменшення травматичного впливу події та полегшення процесу адаптації особистості. Зазначені механізми значною мірою визначають ефективність або неефективність пристосування людини до нових, суб'єктивно складних життєвих обставин.

Зміни, що відбуваються в обох регуляторних системах - біологічній і психологічній, можуть закріплюватися та набувати патологічного характеру. Розвиток психологічної (психічної) травми зумовлюється взаємодією стресової події з внутрішніми умовами організму, зокрема фізіологічним гомеостазом і системою психічної регуляції особистості, які забезпечують її ресурсний потенціал. У випадку, коли вимоги зовнішнього середовища перевищують наявний рівень ресурсів, ризик виникнення стресових розладів суттєво зростає.

Отже, ментальне здоров'я молоді в умовах війни постає як результат складної взаємодії ризиків і захисних факторів, що актуалізує необхідність комплексного підходу до його дослідження та розроблення програм психологічної підтримки, спрямованих на збереження адаптаційного потенціалу й відновлення психологічного благополуччя.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ВІЙНИ

2.1. Опис і обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію

Емпірична частина дослідження була реалізована у кілька взаємопов'язаних етапів. На підготовчому етапі було сформульовано мету та завдання дослідження, визначено вибірку, а також підібрано психодіагностичний інструментарій, який дозволяє найбільш повно оцінити психологічні особливості респондентів. Добір методик здійснювався з урахуванням наукових джерел і практичного досвіду їх використання, що підтверджує їхню надійність і валідність у дослідженні особистісних характеристик, психоемоційного стану та особливостей переживання стресових і травматичних подій [30;32;42;45].

У дослідженні було використано комплекс психодіагностичних методів, які дозволили всебічно вивчити особливості психічного здоров'я молоді, що пережила травматичний досвід війни. Зокрема, застосовувалися психодіагностичний, психометричний та статистичний методи, що дало можливість оцінити як рівень посттравматичних проявів, так і загальний психоемоційний стан, особливості копінг-поведінки та показники психологічного благополуччя.

Вибірку становили 50 осіб Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Студенти що проходили опитування навчались на 2, 3, 4 курсах. Із загальної суми учасників 28 дівчат і 22 хлопців взяли участь у дослідженні. У даному дослідженні ми орієнтувалися саме на психологічне розуміння віку, оскільки воно враховує не лише формальний вік, а й особливості соціального становлення, адаптації та життєвого досвіду людини.

Добір учасників здійснювався за принципом цілеспрямованої (критеріальної) вибірки. До дослідження залучалися ті, хто мав досвід переживання воєнних подій – як безпосередній, так і опосередкований.

Обов'язковою умовою була добровільна згода на участь, а також відсутність тяжких психічних розладів, які могли б заважати коректному заповненню методик. Усі дані збиралися анонімно з дотриманням етичних принципів конфіденційності, добровільності та поваги до особистості респондентів.

Для діагностики рівня впливу травматичних подій на особистість застосовувалася «Шкала впливу подій» (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), яка дає змогу оцінити інтенсивність посттравматичних проявів у трьох основних вимірах: уникання, нав'язливі спогади та гіперзбудження. Дана методика є широко апробованою в наукових дослідженнях і вважається надійним інструментом для оцінки реакцій на стресові та травматичні події.

Для оцінки психоемоційного стану респондентів застосовувалася «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-21), яка дає змогу визначити рівень вираженості депресивних і тривожних станів, а також інтенсивність переживаного стресу. Завдяки своїй скороченій формі методика є зручною для використання в комплексних емпіричних дослідженнях і дозволяє оперативно отримати узагальнену інформацію про емоційний стан учасників.

Окрему увагу було приділено дослідженню психологічної резильєнтності (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC). Методика ґрунтується на уявленні про те, що резильєнтність є багатовимірним феноменом, який включає когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні компоненти адаптації.

Додатково оцінювалося психологічне благополуччя респондентів за допомогою опитувальника К. Ріфф. Цей інструмент забезпечує комплексну діагностику внутрішніх ресурсів особистості, які сприяють ефективному подоланню стресових ситуацій, зокрема таких як самоприйняття, позитивні міжособистісні відносини, автономія, управління життєвим середовищем, наявність життєвих цілей та особистісне зростання.

2.2 Тест-опитувальник «Шкала впливу подій» (IES-R)

«Шкала впливу травматичної події» (IES-R) є одним із найбільш визнаних інструментів для оцінки посттравматичних реакцій у дорослих і дає змогу системно досліджувати вплив травматичного досвіду на психічне функціонування людини.

Методика була розроблена у 1979 році Дж. Горвіцем та його колегами з метою виявлення проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зокрема таких симптомів, як повторне переживання травматичних подій та уникання думок, емоцій або ситуацій, пов'язаних із травмою. Початковий варіант шкали містив 15 тверджень, спрямованих на оцінку домінуючих поведінкових тенденцій – схильності або до уникання травматичних спогадів, або до їх мимовільного відтворення.

Симптоми вторгнення, які в шкалі описуються як «intrusion», включали нічні кошмари, повторювані спогади, нав'язливі думки та емоції, пов'язані з травматичною подією. Симптоми уникання проявлялися у свідомих або несвідомих спробах зменшити емоційний вплив події, уникати думок, місць, людей чи ситуацій, що нагадують про травму, а також у загальному зниженні реактивності особистості.

У 1995 році Д. Вайс разом із колегами (Weiss, Marmar, Metzler) здійснили перегляд початкової версії методики, доповнивши її підшкалою «фізіологічне збудження» (hyperarousal). Вона дозволяє оцінити такі прояви, як підвищена дратівливість і спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, психофізіологічне напруження, а також порушення сну. У результаті оновлена версія шкали – IES-R, що складається з 22 пунктів і дає можливість оцінити чотири основні компоненти реакції на травматичний досвід: вторгнення, уникання, фізіологічне збудження та загальний рівень впливу травми. Кожне твердження оцінюється за 5-бальною шкалою, де 0 відповідає варіанту «зовсім не турбує», а 4 – «дуже сильно турбує». Це дозволяє достатньо точно визначити інтенсивність посттравматичних симптомів у кожного респондента [15].

Методика спрямована на оцінку переживань, безпосередньо пов'язаних із конкретною травматичною подією, а не із загальним психоемоційним станом, що

робить її особливо цінною для дослідження осіб, які пережили наслідки військових конфліктів. IES-R дозволяє визначити, які саме симптоми посттравматичного стресового розладу є найбільш вираженими у конкретної людини, а також оцінити інтенсивність проявів вторгнення, уникання та психофізіологічного збудження. Це у свою чергу є важливим для розуміння особливостей адаптаційних процесів і рівня психологічної стійкості [46].

Хоча первинно шкала була розроблена для дорослого населення існує також адаптована дитяча версія IES-C призначена для дітей віком від 8 років. Вона містить скорочений варіант опитувальника що складається з 8 пунктів і включає дві основні підшкали вторгнення та уникання. Дослідження свідчать що в дитячому та підлітковому віці частина тверджень оригінальної версії може сприйматися неоднозначно або неправильно інтерпретуватися тому спрощений варіант дозволяє більш точно та коректно оцінювати реакції на травматичні події.

У контексті нашого дослідження психічного здоров'я молоді, яка пережила травматичний досвід війни, IES-R дозволяє визначити специфіку посттравматичних проявів та оцінити, як молоді люди реагують на стресові події різного характеру. Методика допомагає зрозуміти, які аспекти травматичного досвіду – вторгнення, уникання чи психофізіологічне збудження – мають найбільший вплив на їхнє психічне здоров'я. Отримані дані також є цінними для подальшого планування психологічної підтримки та програм адаптації, оскільки дозволяють виявити групи молоді з підвищеним ризиком посттравматичних проявів та специфічні напрями психологічної роботи.

Бланк методики подано у додатках (див. Додаток А.).

2.3 Методика «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-21)

«Шкала депресії, тривоги та стресу» (Depression Anxiety Stress Scales – DASS-21) є короткою і водночас високоефективною методикою, яка дозволяє комплексно оцінити психоемоційний стан людини, розділяючи його на три ключові компоненти: депресію, тривогу та стрес. Вона була розроблена у 1995

році Л. Ловібондом та П. Ловібонд як скорочена версія оригінальної шкали DASS, яка містила 42 пункти. DASS-21 включає 21 твердження, по сім на кожную підшкалу, що дає змогу швидко й водночас детально оцінити стан респондента.

Кожне твердження оцінюється за чотирибальною шкалою від 0 до 3, де 0 відповідає «зовсім не відчуваю», 1 – «трохи відчуваю», 2 – «помірно відчуваю», а 3 – «дуже сильно або майже завжди». Такий формат дозволяє відобразити не тільки наявність симптомів, а й їхню інтенсивність. Суми балів за кожную підшкалу дають змогу визначити рівень депресії, тривоги та стресу, що особливо важливо для оцінки психічного стану молоді після травматичних подій, пов'язаних з війною.

Підшкала депресії відображає емоційні та поведінкові прояви пригніченого стану: пригніченість, зниження життєвої активності, відчуття безнадії та втрату інтересу до звичних справ. Важливим аспектом є оцінка самооцінки та внутрішнього ресурсу особистості, оскільки низький рівень депресії свідчить про здатність справлятися з психологічним навантаженням, а високий – про потребу у додатковій підтримці.

Підшкала тривоги дозволяє оцінити фізіологічні та психічні прояви занепокоєння, включаючи напруженість, страхи, панічні реакції та психологічну напругу. Для молоді, що пережила травматичні події війни, ці прояви можуть включати постійне відчуття небезпеки, підвищену настороженість та труднощі з контролем емоцій у повсякденному житті [47].

Підшкала стресу оцінює загальний рівень психоемоційного напруження та здатність до адаптації у складних ситуаціях. Вона включає такі прояви, як роздратованість, швидка втомлюваність, емоційна нестійкість, порушення концентрації та проблеми зі сном. Для молодих людей, які пережили бойові дії або інші травматичні події, рівень стресу може відображати не тільки безпосередні реакції на події, а й здатність організувати власну поведінку та емоції в умовах нестабільності.

DASS-21 є надзвичайно корисною методикою, оскільки вона дозволяє комплексно оцінити психологічний стан молоді, виявити домінуючі емоційні

проблеми та визначити, які аспекти психічного здоров'я потребують першочергової уваги. У поєднанні з іншими психодіагностичними інструментами, такими як IES-R чи опитувальник Ріффа, DASS-21 дає змогу отримати повну картину психоемоційного функціонування, виявити групи ризику та планувати ефективні заходи психологічної підтримки.

Бланк методики подано у додатках (див. Додаток Б.).

2.4 Методика дослідження психологічної резильєнтності (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

Методика дослідження психологічної резильєнтності (Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)), спрямована на визначення рівня психологічної стійкості особистості, її здатності адаптуватися до стресових ситуацій, долати труднощі та відновлювати психоемоційну рівновагу після дії несприятливих чинників.

Опитувальник CD-RISC складається з 25 тверджень, які охоплюють основні компоненти резильєнтності, зокрема: впевненість у власних силах, емоційну саморегуляцію, адаптивність до змін, толерантність до стресу, здатність до подолання труднощів, наполегливість, оптимістичне ставлення до життєвих обставин та використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів підтримки. Кожне твердження оцінюється респондентом за п'ятибальною шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів, де 0 означає «зовсім не відповідає», а 4 «майже завжди відповідає».

Бланк методики подано у додатках (див. Додаток В.).

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарного показника за всіма пунктами методики. Загальний бал може варіюватися в межах від 0 до 100 балів. Вищі показники свідчать про високий рівень психологічної резильєнтності, здатність особистості ефективно функціонувати в умовах стресу, зберігати емоційну стабільність та швидко адаптуватися до несприятливих життєвих обставин. Низькі показники вказують на недостатню сформованість

адаптаційних ресурсів, труднощі емоційного відновлення та підвищену вразливість до психотравмуючих впливів.

2.5 Методика дослідження психологічного благополуччя (опитувальник К. Ріфф)

Опитувальник психологічного благополуччя (Psychological Well-Being Scale, PWB) був розроблений американським психологом Керол Ріфф у 1989 році та призначений для комплексної оцінки рівня психологічного благополуччя особистості. На відміну від методик, що оцінюють лише симптоми дезадаптації або психопатології, PWB фокусує увагу на позитивних аспектах психічного здоров'я, зокрема на здатності людини реалізовувати власний потенціал, адаптуватися до життєвих складнощів та відчувати сенс і задоволення у житті.

Опитувальник складається з 42 пунктів, які оцінюють шість основних компонентів психологічного благополуччя.

Бланк методики подано у додатках (див. Додаток Г.).

Автономія характеризує здатність людини самостійно приймати рішення, відстоювати власну позицію та зберігати внутрішню стійкість, не піддаючись надмірному впливу зовнішніх обставин або думок інших людей. Контроль над оточенням оцінює здатність ефективно взаємодіяти з соціальним середовищем, організувати своє життя та впливати на власні обставини, що є важливим для адаптації в складних або стресових умовах. Особистісний розвиток відображає прагнення до самовдосконалення, навчання та набуття нових знань і навичок, а також здатність долати труднощі на шляху до поставлених цілей. Важливою складовою є і позитивні міжособистісні відносини, що оцінюють якість і глибину соціальних зв'язків, здатність до емпатії, підтримки інших та отримання підтримки у складних життєвих ситуаціях.

Ціль у житті відображає наявність життєвих орієнтирів і сенсу, усвідомлення власної ролі у житті та перспектив на майбутнє, тоді як прийняття себе оцінює рівень задоволення власними досягненнями і внутрішніми якостями, здатність приймати себе цілісно, зі всіма сильними та слабкими сторонами. У

комплексі ці шість компонентів дозволяють оцінити не лише поточний психологічний стан, а й внутрішні ресурси людини для адаптації, самореалізації та підтримки психічного здоров'я у стресових та травматичних ситуаціях.

Кожне твердження оцінюється за шестибальною шкалою від 1 («зовсім не згоден») до 6 («повністю згоден»), що дає змогу визначити рівень вираженості кожного компонента психологічного благополуччя. У підсумку формується цілісне уявлення про психічне здоров'я респондента, яке охоплює не лише актуальний емоційний стан, а й глибші особистісні ресурси – здатність до адаптації, стресостійкість і потенціал до саморозвитку.

У межах нашого дослідження молоді, яка пережила травматичний досвід війни, опитувальник К. Ріфф дозволяє виявити ключові складові психологічного благополуччя, зокрема здатність молодих людей підтримувати себе в кризових ситуаціях, знаходити внутрішні та зовнішні ресурси для адаптації, зберігати й відновлювати соціальні зв'язки, а також відчувати сенс власного життя. Крім того, методика дає можливість проаналізувати взаємозв'язок між рівнем психологічного благополуччя, використаними копінг-стратегіями, інтенсивністю тривожних і депресивних проявів та впливом травматичного досвіду.

Завдяки своїй комплексності та стандартизованості, PWB є надзвичайно цінним інструментом для наукових досліджень та практичної психологічної роботи з молоддю, що пережила стресові та травматичні події, оскільки дозволяє оцінити не лише негативні наслідки стресу, а й потенціал особистості для психологічної стабільності та розвитку

Висновки до другого розділу

У другому розділі було визначено та обґрунтовано методичні засади дослідження психічного здоров'я молоді, яка пережила травматичний досвід війни. Проведений аналіз засвідчив, що для комплексного оцінювання психологічного стану цієї категорії респондентів доцільно застосовувати

комплекс взаємодоповнювальних психодіагностичних методик. Вони дають змогу охопити як емоційні прояви стресу, так і когнітивні та поведінкові реакції на травматичний досвід, а також оцінити особистісні ресурси, що сприяють подоланню складних життєвих обставин.

Методика IES-R використовується для оцінки проявів посттравматичного стресу через визначення рівня симптомів вторгнення, уникання та гіперзбудження. Застосування цієї шкали дозволяє кількісно оцінити інтенсивність психологічних реакцій на пережиті травматичні події та встановити, які саме аспекти травматичного досвіду є найбільш вираженими у молоді, що зазнала впливу війни.

DASS-21 дозволяє оцінити рівень депресивних, тривожних та стресових проявів, що є важливою складовою психічного стану молоді після травматичних подій. Застосування цієї методики дає змогу визначити, наскільки емоційні реакції пов'язані з особистісними ресурсами та обраними стратегіями подолання стресу, а також встановити потенційні ризики розвитку емоційної дезадаптації.

Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) є ефективним психодіагностичним інструментом для оцінки рівня психологічної резильєнтності особистості. Методика дозволяє визначити здатність людини адаптуватися до стресових ситуацій, долати труднощі та зберігати емоційну стабільність в умовах психоемоційного навантаження. Опитувальник психологічного благополуччя К. Ріфф дозволяє комплексно оцінити внутрішні ресурси особистості, які сприяють ефективному подоланню стресу: автономію, контроль над оточенням, особистісний розвиток, наявність життєвих цілей, позитивні міжособистісні відносини та прийняття себе.

РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ВІЙНИ

3.1 Організація емпіричного дослідження

Дослідження було спрямоване на молодь віком від 19 до 22 років, оскільки саме в даний віковий період особистість найбільш вразлива до змін та травматизації, оскільки відбувається становлення її індивідуальності та ідентичності. Етапи дослідження:

1) Підготовчий етап (лютий–березень 2026 р.). Зміст етапу: визначення мети, завдань, об'єкта та предмета дослідження; складання програми дослідження та визначення основних напрямів емпіричної роботи. На цьому етапі здійснювалося опрацювання та теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми дослідження, узагальнення сучасних підходів до вивчення досліджуваного явища, уточнення понятійно-категоріального апарату. Також

проводився підбір та обґрунтування психодіагностичних методик відповідно до мети і завдань дослідження, визначалися критерії та показники досліджуваних характеристик. Особливу увагу було приділено формуванню вибірки дослідження, визначенню критеріїв включення учасників та організаційних умов проведення емпіричного дослідження.

2) Експериментальний етап (березень–квітень 2026 р.). Зміст етапу: упродовж цього періоду було проведено експериментально-діагностичну роботу відповідно до визначеної програми дослідження. Здійснювалося проведення психодіагностичного обстеження учасників дослідження із використанням обраного комплексу методик, спрямованих на вивчення досліджуваних показників. У процесі роботи проводився збір емпіричних даних, систематизація та первинна обробка отриманих результатів.

На даному етапі також здійснювалися кількісний і якісний аналіз результатів дослідження, їх статистична обробка, порівняння отриманих показників та визначення основних тенденцій і взаємозв'язків між досліджуваними характеристиками. Отримані результати були проінтерпретовані відповідно до мети, завдань та теоретичних положень дослідження.

3) Узагальнюючий етап (квітень–травень 2026 р.). Зміст етапу: на даному етапі здійснювалося узагальнення та систематизація результатів проведеного дослідження. Проводилося остаточне опрацювання отриманих емпіричних даних, їх зіставлення з теоретичними положеннями та аналіз відповідності поставленим меті й завданням дослідження.

У процесі роботи формулювалися основні висновки дослідження, визначалися найбільш значущі результати та встановлені закономірності. Також здійснювалася інтерпретація отриманих даних, оформлення результатів дослідження, підготовка підсумкових матеріалів і розробка практичних рекомендацій відповідно до теми роботи. Особливу увагу було приділено визначенню перспектив подальших наукових досліджень і можливостей практичного застосування отриманих результатів.

У нашому науковому дослідженні ми виходимо з того, що психічний розвиток молоді в умовах воєнного стану зазнає суттєвого впливу зовнішніх стресогенних чинників. Сучасні суспільно-політичні події та воєнні дії створюють високий рівень психоемоційного навантаження, що позначається на емоційному стані, психологічному благополуччі та адаптаційних можливостях молодого покоління. У зв'язку з цим важливим є теоретичне та емпіричне вивчення особливостей психічного здоров'я молоді.

3.2 Дослідження впливу війни на психічне здоров'я молоді

Для діагностики впливу війни на психічне здоров'я молоді ми використовували ряд психодіагностичних методик. Результати дослідження показали, що середній загальний показник за методикою IES-R у вибірці студентів становив $M = 44.82$ при стандартному відхиленні $SD = 12.71$, що свідчить про помірний рівень вираженості стресових переживань у більшості досліджуваних. Отримані дані вказують на наявність у студентської молоді ознак психоемоційного напруження, що проявляється у підвищеній емоційній вразливості, внутрішньому напруженні та труднощах психологічної адаптації.

Найвищі середні показники були зафіксовані за шкалою нав'язливих спогадів ($M = 16.28$; $SD = 5.24$). Це свідчить про те, що значна частина студентів схильна до повторного переживання психотравмуючих подій, нав'язливого повернення до негативних емоційних переживань та фіксації уваги на стресогенних ситуаціях. Подібні результати можуть бути пов'язані з підвищеним рівнем тривожності, емоційною виснаженістю та труднощами у процесі емоційної саморегуляції (Табл.3.1.) (Додаток Д).

Таблиця 3.1.

Результати описової статистики за методикою «Шкала впливу подій»
(IES-R)

Показники	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
-----------	---	---------	---------	------	----------------

Нав'язливі спогади	50	8	25	16.28	5.24
Уникнення	50	7	23	14.84	4.93
Гіперзбудження	50	7	21	13.70	4.56
Загальний бал IES-R	50	24	69	44.82	12.71

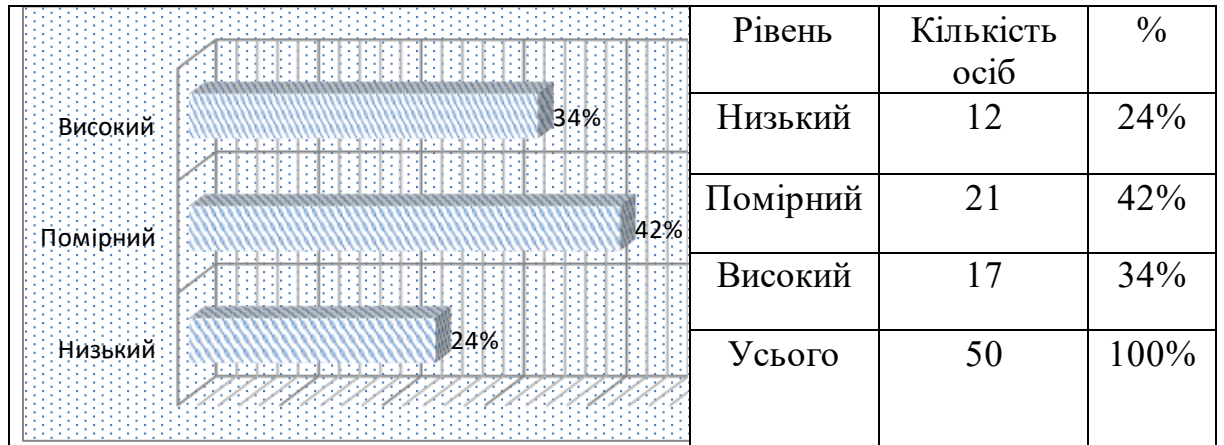
Показники за шкалою уникнення становили $M = 14.84$ при $SD = 4.93$, що свідчить про наявність у частини респондентів тенденції до психологічного дистанціювання від негативних переживань. Студенти можуть уникати ситуацій, спогадів або емоційних стимулів, пов'язаних зі стресогенними подіями, що є одним із механізмів психологічного захисту. Водночас тривале використання стратегій уникнення може ускладнювати процес психологічної адаптації та сприяти накопиченню емоційної напруги.

Середній показник за шкалою гіперзбудження склав $M = 13.70$ при $SD = 4.56$. Отримані результати свідчать про наявність у студентів підвищеного рівня психофізіологічної напруги, що проявляється у дратівливості, труднощах концентрації уваги, порушеннях сну, внутрішньому неспокої та емоційній нестабільності. Такі прояви можуть негативно впливати на академічну успішність, міжособистісну взаємодію та загальний рівень психологічного благополуччя молоді.

Аналіз розподілу рівнів стресових переживань показав, що низький рівень було виявлено у 24% студентів, помірний у 42%, а високий рівень у 34% респондентів. Отже, більше третини досліджуваних характеризуються високим рівнем психоемоційного напруження, що може свідчити про ризик розвитку дезадаптивних психологічних станів та потребу у психологічній підтримці (Табл.3.2.).

Таблиця 3.2.

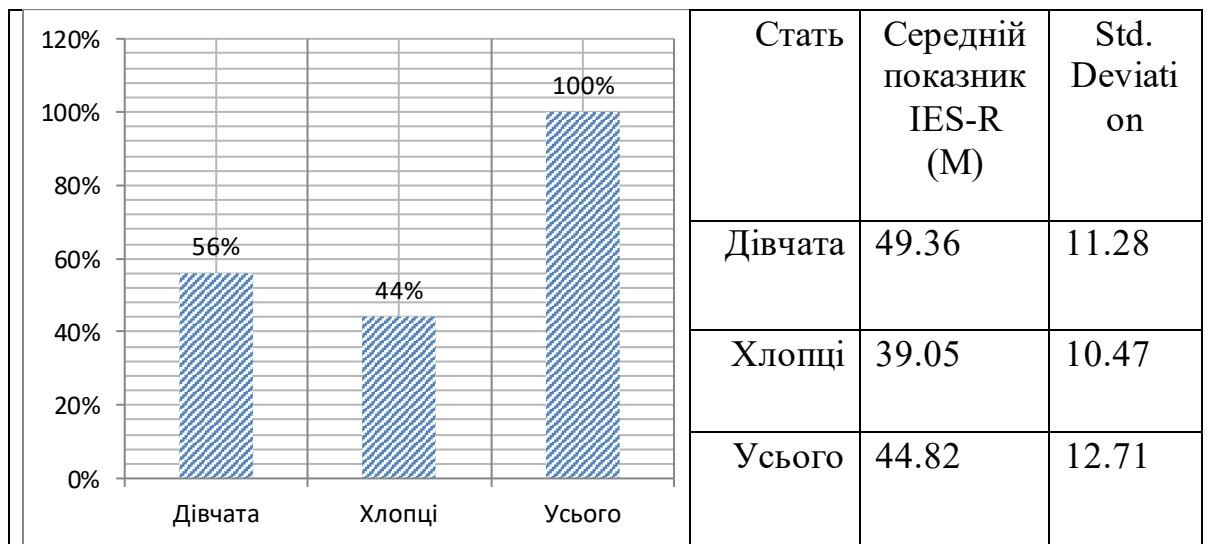
Розподіл рівнів вираженості стресових переживань за методикою IES-R



Порівняльний аналіз результатів за статтю продемонстрував, що дівчата мають вищі показники психоемоційного напруження ($M = 49.36$) порівняно з хлопцями ($M = 39.05$). Це пояснюється більшою емоційною чутливістю жінок, схильністю до інтенсивнішого емоційного переживання стресових ситуацій та більш високим рівнем емоційної включеності у психотравмуючі події.

Таблиця 3.3.

Групова статистика за статтю за методикою IES-R



Аналіз результатів показав, що у дослідженні взяли участь 56% дівчат та 44% хлопців. При цьому, як ми зазначили вище, середній показник

психоемоційного напруження за методикою IES-R у дівчат був вищим, ніж у хлопців, що свідчить про більш виражені стресові переживання серед студенток.

Дослідження також засвідчило наявність вираженої динаміки змін показників стресових переживань залежно від курсу навчання, що свідчить про поступове підвищення психологічного напруження у студентів у міру наближення до завершального етапу професійної підготовки. Зокрема, найнижчі середні показники за шкалою IES-R були зафіксовані у студентів 2 курсу ($M = 38.90$; $SD = 8.94$), натомість у студентів 3 курсу спостерігається помітне зростання середніх показників ($M = 47.73$; $SD = 10.12$), що може бути пов'язано з активізацією професійного самовизначення, збільшенням обсягу навчального навантаження, а також підвищенням вимог до самостійної роботи та академічної відповідальності

Найвищі показники стресових переживань виявлено у студентів 4 курсу ($M = 54.13$; $SD = 11.06$), що свідчить про максимальне психологічне навантаження на етапі завершення навчання. Така тенденція може пояснюватися сукупністю чинників, зокрема необхідністю підготовки до підсумкової атестації, захисту кваліфікаційних робіт, невизначеністю щодо подальшого працевлаштування, а також підвищеною тривожністю, пов'язаною з переходом до нового життєвого етапу (Табл.3.4.).

Таблиця 3.4.

Показники IES-R залежно від курсу навчання

Курс	N	Mean	Std. Deviation
2 курс	20	38.90	8.94
3 курс	15	47.73	10.12
4 курс	15	54.13	11.06

Наступною для оцінки психоемоційного стану респондентів застосовувалася «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-21), яка дає змогу визначити рівень вираженості депресивних і тривожних станів, а також інтенсивність переживаного стресу (Табл.3.5.).

Таблиця 3.5.

Результати описової статистики за методикою DASS-21

Показник	Min	Max	Mean	Std. Deviation
Депресія	4	19	10.62	4.32
Тривога	5	18	10.74	4.21
Стрес	5	19	11.38	4.46
Загальний показник DASS-21	14	56	32.74	10.87

Середній показник за шкалою депресії становив $M = 10.62$ при $SD = 4.32$, що свідчить про наявність у частини досліджуваних помірно виражених депресивних проявів. Отримані результати можуть вказувати на зниження емоційного фону, втрату психічної активності, емоційну виснаженість, труднощі підтримання мотивації та зниження суб'єктивного відчуття психологічного благополуччя. Водночас достатньо високий показник стандартного відхилення свідчить про неоднорідність вибірки та індивідуальні відмінності у вираженості депресивної симптоматики.

Середній показник за шкалою тривоги склав $M = 10.74$ при $SD = 4.21$. Це свідчить про тенденцію до підвищеного рівня тривожності серед студентської молоді. Отримані дані можуть відображати наявність внутрішнього напруження, постійного очікування негативних подій, підвищеної чутливості до стресогенних факторів, а також труднощів емоційної стабілізації. Високий рівень тривоги у студентському середовищі часто пов'язується з академічним навантаженням,

невизначеністю професійного майбутнього, соціальним тиском та потребою адаптації до змінних умов життя.

Найвищі середні значення були зафіксовані за шкалою стресу $M = 11.38$ при $SD = 4.46$. Це свідчить про домінування психоемоційного перенапруження у структурі емоційного стану респондентів. Підвищений рівень стресу проявляється у психофізіологічній напрузі, дратівливості, труднощах самоконтролю, емоційній лабільності та виснаженні адаптаційних ресурсів особистості. Отримані результати вказують на те, що значна частина студентів перебуває у стані тривалого емоційного навантаження, що може негативно впливати на ефективність навчальної діяльності, міжособистісні взаємини та загальний рівень психічного здоров'я.

Середній загальний показник DASS-21 становив $M = 32.74$ при $SD = 10.87$, що відповідає помірному рівню психоемоційного неблагополуччя. Подібний результат свідчить про наявність у більшості досліджуваних комплексного емоційного дистресу, який охоплює депресивні прояви, тривожність та стресові реакції. Водночас високий показник стандартного відхилення свідчить про значну варіативність індивідуальних результатів та неоднорідність психоемоційного стану студентської молоді.

Результати частотного аналізу показали, що лише 28% респондентів характеризуються низьким рівнем психоемоційного напруження. Це свідчить про відносно стабільний емоційний стан цієї групи студентів, достатній рівень психологічної адаптації та наявність ефективних механізмів емоційної саморегуляції (Рис.3.1.) (Додаток Ж).

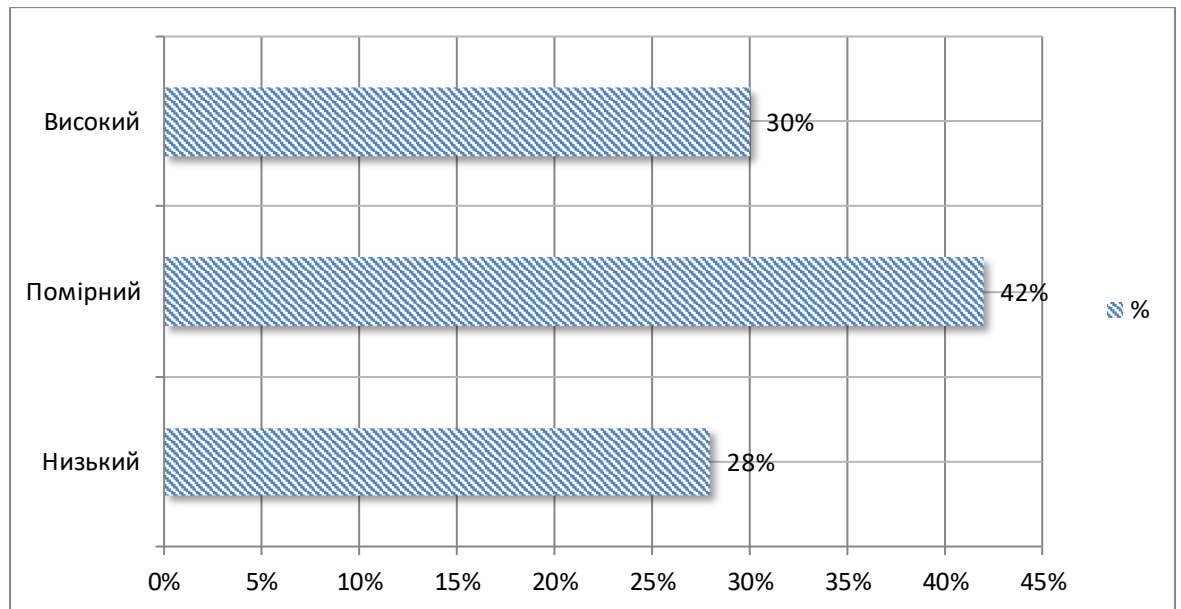


Рис.3.1. Розподіл рівнів психоемоційного стану відповідно методики DASS-21

Найбільшу частку вибірки становили студенти з помірним рівнем психоемоційного неблагополуччя – 42%, що свідчить про наявність у значної частини молоді ознак емоційного виснаження, внутрішньої напруги та періодичних труднощів психологічної адаптації. Водночас помірний рівень порушень ще не означає клінічно виражені психоемоційні розлади, однак може бути фактором ризику їх подальшого розвитку за умов тривалого впливу стресогенних чинників.

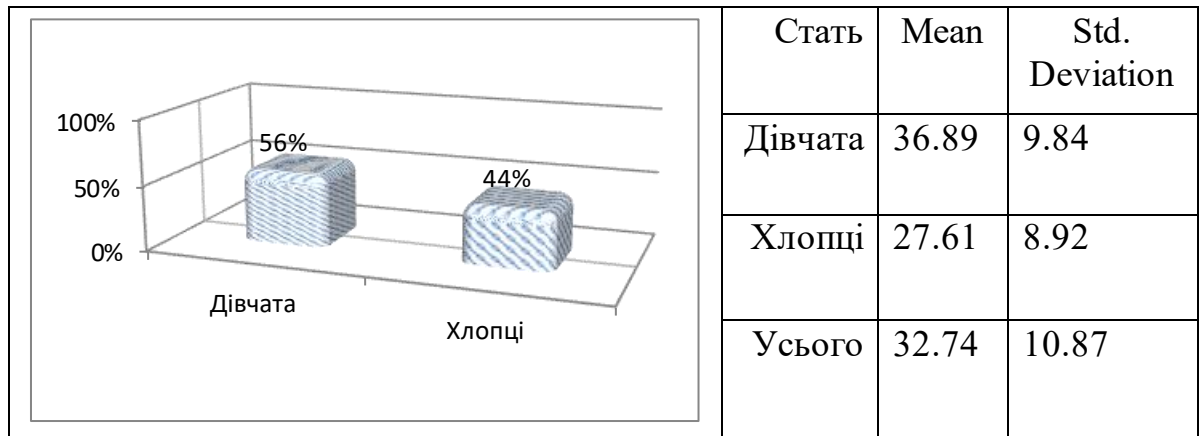
Із загальної вибірки 30% студентів продемонстрували високий рівень психоемоційного неблагополуччя. Тобто серед опитуваних значне поширення виражених депресивних, тривожних та стресових проявів, що вказувати на виснаження психологічних ресурсів, труднощі емоційної адаптації, підвищений рівень психоемоційної вразливості та ризик розвитку дезадаптивних психічних станів.

Аналіз за статтю результатів показав, що дівчата характеризуються вищими показниками психоемоційного неблагополуччя ($M = 36.89$; $SD = 9.84$) порівняно з хлопцями ($M = 27.61$; $SD = 8.92$). Подібна тенденція може пояснюватися більшою емоційною чутливістю жінок, схильністю до інтенсивнішого

переживання стресових ситуацій та вищим рівнем емоційної включеності у проблемні життєві події (Табл.3.6.).

Таблиця 3.6.

Розподіл результатів за методикою DASS-21 залежно від статі



Аналіз результатів показав, що серед учасників дослідження 56% становили дівчата, а 44% хлопці. Показники стандартного відхилення в обох групах свідчать про достатню індивідуальну варіативність результатів, що вказує на неоднорідність психоемоційного стану як серед дівчат, так і серед хлопців. Отримані результати загалом узгоджуються з сучасними психологічними дослідженнями, які підтверджують більш високий рівень тривожності та емоційного напруження у жіночої частини молоді.

Аналіз результатів залежно від курсу навчання дозволив встановити тенденцію до поступового зростання рівня психоемоційного неблагополуччя у студентів старших курсів. Найнижчі середні показники були характерні для студентів 2 курсу ($M = 28.15$; $SD = 7.91$), що може свідчити про відносно кращий рівень психологічної адаптації та нижчий рівень відповідальності порівняно зі старшими курсами (Табл.3.7.).

Таблиця 3.7.

Розподіл результатів за методикою DASS-21 залежно від курсу навчання

Курс	N	Mean	Std. Deviation

2 курс	20	28.15	7.91
3 курс	15	33.87	9.13
4 курс	15	38.53	10.24

У студентів 3 курсу спостерігалось підвищення показників психоемоційного напруження ($M = 33.87$; $SD = 9.13$). Подібна тенденція може бути пов'язана зі зростанням академічного навантаження, необхідністю професійного самовизначення, підвищенням вимог до навчальної діяльності та активізацією переживань щодо майбутнього професійного розвитку. Найвищі показники були виявлені у студентів 4 курсу ($M = 38.53$; $SD = 10.24$). Це свідчить про значне психоемоційне навантаження у студентів випускного етапу навчання. Підвищення рівня депресивності, тривожності та стресу може бути зумовлене переживаннями щодо завершення навчання, професійної реалізації, працевлаштування та необхідності прийняття важливих життєвих рішень.

Крім того, поступове збільшення показників стандартного відхилення від 2 до 4 курсу свідчить про посилення індивідуальних відмінностей у психоемоційному реагуванні студентів старших курсів. Це може вказувати на різний рівень сформованості адаптаційних ресурсів, стресостійкості та психологічної готовності до професійних і життєвих викликів.

3.3 Порівняльний аналіз впливу війни на ментальне здоров'я молоді молоді

Результати дослідження психологічної резильєнтності за методикою CD-RISC свідчать про те, що середній рівень резильєнтності студентської молоді становить $M = 64.72$ при $SD = 12.41$, що відповідає помірному рівню психологічної стійкості. Отримані дані вказують на те, що більшість студентів загалом здатні адаптуватися до стресових умов, однак рівень їхніх внутрішніх адаптаційних ресурсів є неоднорідним. (Табл.3.8.) (Додаток К).

Таблиця 3.8.

Результати дослідження психологічної резильєнтності за методикою CD-RISC

Показник	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Психологічна резильєнтність (CD-RISC)	50	38	91	64.72	12.41

Частотний аналіз отриманих даних дозволив детально охарактеризувати рівень резильєнтності у досліджуваній вибірці та виявити її якісну структуру. Встановлено, що половина респондентів (50%) демонструє середній рівень резильєнтності, що свідчить про відносно сформовані, однак нестійкі механізми психологічного відновлення. Високий рівень резильєнтності виявлено у 26% респондентів, що свідчить про наявність у цієї групи добре сформованих психологічних ресурсів, здатності до швидкого відновлення після стресових подій, гнучкості мислення та ефективного використання копінг-стратегій.

Водночас 24% опитаних мають низький рівень резильєнтності, що є доволі значущим показником у контексті психологічного благополуччя студентської молоді. Ця група характеризується недостатньо розвиненими механізмами подолання стресу, підвищеною чутливістю до негативних подій, схильністю до емоційного виснаження та труднощами у відновленні після психотравмуючих ситуацій. У таких осіб частіше можуть спостерігатися прояви тривожності, зниження мотивації та відчуття безпорадності у складних обставинах, що підвищує ризик дезадаптації в умовах навчального навантаження (Рис.3.2.).

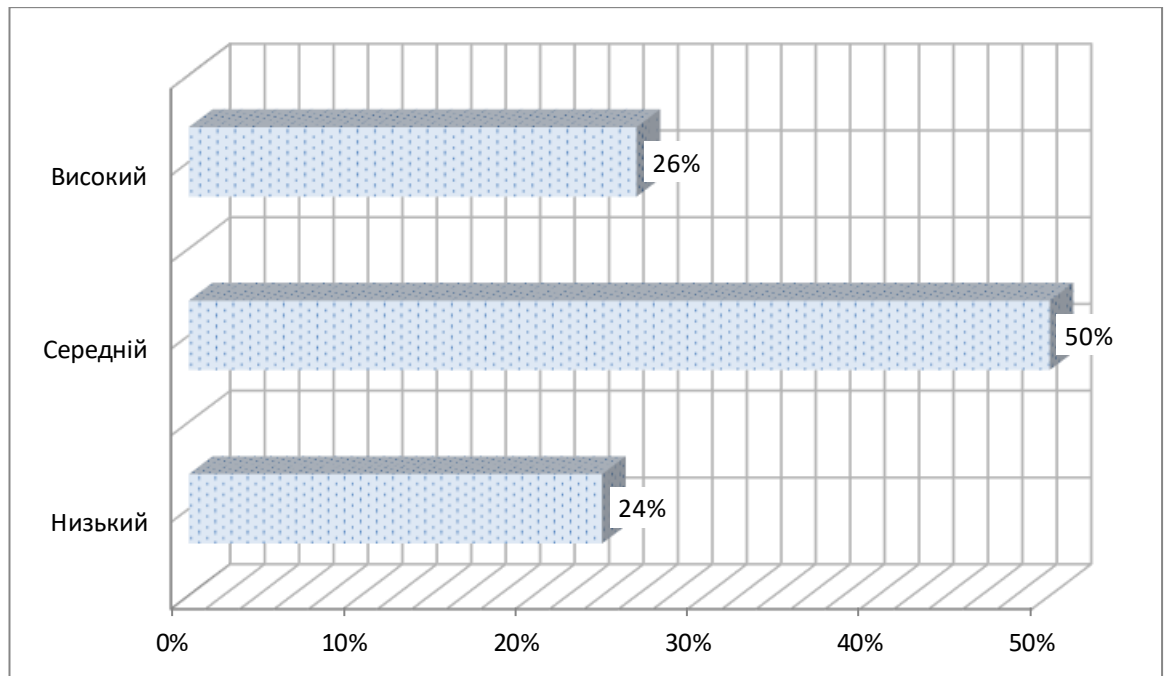


Рис.3.2. Аналіз показників психологічної резильєнтності серед молоді (CD-RISC)

Результати дослідження рівня психологічної резильєнтності респондентів засвідчили переважання середнього рівня розвитку цієї характеристики. Зокрема, серед 50 опитаних осіб у 25 респондентів (50%) виявлено середній рівень резильєнтності, що свідчить про відносно достатню здатність адаптуватися до стресових ситуацій, долати труднощі та підтримувати емоційну стабільність у складних життєвих обставинах. Особи з таким рівнем резильєнтності зазвичай демонструють помірно сформовані навички саморегуляції та конструктивного подолання життєвих викликів.

Високий рівень резильєнтності було зафіксовано у 13 досліджуваних (26%). Це вказує на виражену здатність до психологічної адаптації, емоційної стійкості та ефективного використання внутрішніх ресурсів у ситуаціях стресу. Респонденти цієї групи характеризуються впевненістю у власних силах, здатністю швидко відновлювати психологічну рівновагу після негативних подій та зберігати продуктивність у несприятливих умовах.

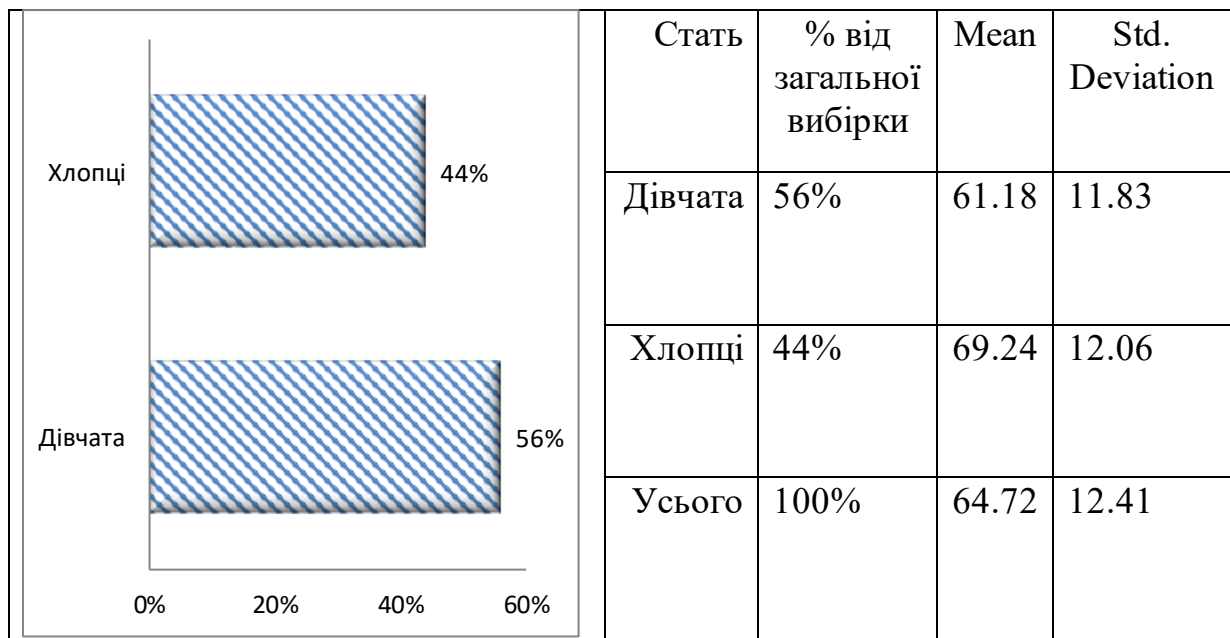
Низький рівень резильєнтності виявлено у 12 осіб (24%). Для цієї категорії респондентів характерними можуть бути труднощі у подоланні стресових

ситуацій, знижена адаптивність, підвищена емоційна вразливість та недостатня сформованість ефективних копінг-стратегій. Отримані результати свідчать про потребу частини досліджуваних у розвитку психологічних ресурсів і навичок емоційної саморегуляції.

Аналіз результатів дослідження психологічної резильєнтності з урахуванням статевих особливостей показав наявність певних відмінностей між групами дівчат і хлопців. Отримані результати свідчать, що середній показник резильєнтності у хлопців є вищим порівняно з дівчатами. Зокрема, середнє значення показника у групі хлопців становить 69.24 бала при стандартному відхиленні 12.06, тоді як у групі дівчат середній показник дорівнює 61.18 бала при стандартному відхиленні 11.83. Загальний середній показник по вибірці становить 64.72 бала, а стандартне відхилення – 12.41 (Табл.3.9.).

Таблиця 3.9.

Показники психологічної резильєнтності залежно від статі



Вищі показники резильєнтності у хлопців можуть свідчити про більш виражену здатність до психологічної адаптації, подолання труднощів та збереження емоційної стабільності в умовах стресу. Водночас нижчі середні значення у дівчат можуть вказувати на більшу емоційну чутливість та вразливість до стресогенних чинників. Разом із тим відносно близькі значення

стандартного відхилення в обох групах свідчать про подібний рівень варіативності індивідуальних показників резильєнтності серед респондентів незалежно від статі.

Загалом отримані результати дозволяють припустити існування статевих особливостей прояву психологічної резильєнтності, що може бути пов'язано з різницею у способах емоційного реагування, соціалізації та використанні копінг-стратегій у стресових ситуаціях.

Отримані результати дослідження психологічної резильєнтності за методикою CD-RISC залежно від курсу навчання свідчать про наявність вираженої вікової та освітньої динаміки розвитку адаптаційних ресурсів студентської молоді. Середній показник резильєнтності у загальній вибірці становить $M = 64.72$ при $SD = 12.41$, що відповідає помірному рівню психологічної стійкості та здатності до подолання стресових ситуацій (Табл.3.10).

Таблиця 3.10.

Розподіл результатів за методикою CD-RISC залежно від курсу навчання

Курс навчання	N	%	Mean	Std. Deviation
2 курс	20	40%	59.37	10.24
3 курс	15	30%	65.81	11.17
4 курс	15	30%	71.12	12.03
Усього	50	100%	64.72	12.41

Аналіз розподілу за курсами навчання показав поступове зростання рівня резильєнтності від молодших до старших курсів. Так, у студентів 2 курсу зафіксовано найнижчий середній рівень резильєнтності ($M = 59.37$; $SD = 10.24$), що може свідчити про недостатній досвід подолання складних життєвих і навчальних ситуацій, а також вищу чутливість до стресогенних факторів. У студентів 3 курсу спостерігається підвищення показників ($M = 65.81$; $SD = 11.17$), що може відображати процес поступової адаптації до умов навчання,

зростання саморегуляційних можливостей та формування більш ефективних стратегій подолання труднощів. Найвищий рівень психологічної резильєнтності виявлено у студентів 4 курсу ($M = 71.12$; $SD = 12.03$), що свідчить про більш розвинені механізми психологічної адаптації, вищий рівень емоційної стійкості та сформовану здатність до подолання стресових ситуацій. Це може бути пов'язано як із накопиченням життєвого досвіду, так і з професійною та особистісною зрілістю, що формується в процесі завершальних етапів навчання у закладі вищої освіти.

Додатково оцінювалося психологічне благополуччя респондентів за допомогою опитувальника К.Ріфф (Табл.3.11.) (Додаток Л).

Таблиця 3.11.

Результати за опитувальником психологічного благополуччя (К. Ріфф)

Показник	Min	Max	Mean	Std. Deviation
Самоприйняття	18	42	29.64	6.12
Позитивні стосунки	17	44	30.18	6.45
Автономія	16	41	28.07	6.02
Управління середовищем	18	45	31.26	6.38
Особистісне зростання	20	46	33.12	6.54
Мета в житті	19	45	30.87	6.21
Загальний індекс психологічного благополуччя	118	250	183.14	28.67

. Отримані дані свідчать про середній рівень інтегрального психологічного благополуччя з тенденцією до помірно підвищених показників. Разом із тим, значне стандартне відхилення вказує на істотну варіативність результатів, що відображає неоднорідність досліджуваної вибірки за рівнем психологічної адаптованості та суб'єктивного добробуту.

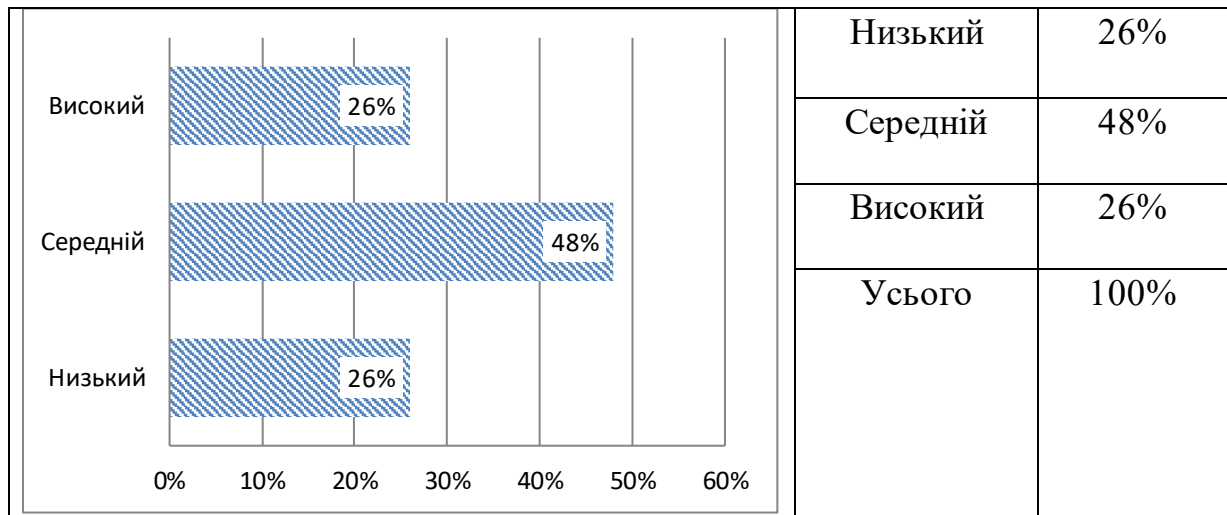
Аналіз окремих компонентів структури психологічного благополуччя демонструє наступні особливості. Найвищі середні значення виявлено за шкалою «Особистісне зростання» ($M = 33.12$; $SD = 6.54$). Даний показник можна розглядати як один із провідних ресурсних компонентів психологічного благополуччя у вибірці. Достатньо високі значення зафіксовано також за шкалами «Управління середовищем» ($M = 31.26$; $SD = 6.38$) та «Мета в житті» ($M = 30.87$; $SD = 6.21$). Це свідчить про сформоване відчуття здатності ефективно керувати життєвими обставинами, а також про наявність життєвих цілей і смислових орієнтирів, що виконують регуляторну функцію у структурі психологічного благополуччя. Показники за шкалами «Позитивні стосунки» ($M = 30.18$; $SD = 6.45$) та «Самоприйняття» ($M = 29.64$; $SD = 6.12$) перебувають на середньому рівні вираженості. З огляду на теоретичну модель К. Ріфф, дані компоненти є базовими у структурі психологічного благополуччя, тому їх середній рівень може розглядатися як потенційна зона подальшого розвитку особистісних ресурсів. Найнижчий середній показник зафіксовано за шкалою «Автономія» ($M = 28.07$; $SD = 6.02$), що свідчить про відносно знижену вираженість незалежності у прийнятті рішень та схильність до орієнтації на соціальні норми й зовнішні оцінки. У структурному контексті психологічного благополуччя це може виступати обмежувальним чинником саморегуляції та внутрішньої детермінації поведінки.

Аналіз розподілу респондентів за рівнем психологічного благополуччя (табл. 3.12.) свідчить про переважання середнього рівня сформованості досліджуваного феномену у вибірці.

Таблиця 3.12.

Розподіл респондентів за рівнем психологічного благополуччя

	Рівень	%

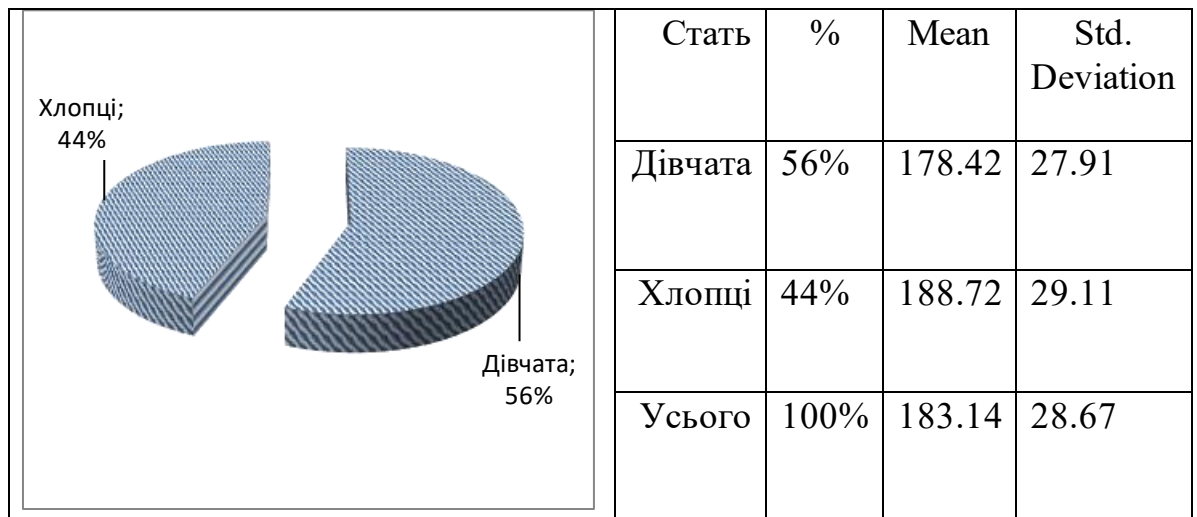


Зокрема, найбільша частка респондентів (48%) демонструє середній рівень психологічного благополуччя, що вказує на відносно збалансоване функціонування основних його компонентів при наявності окремих компенсаторних або ситуативних коливань. Такий результат може свідчити про нормативний характер розвитку психологічного благополуччя у значної частини вибірки, однак без досягнення його оптимального рівня. Рівні «низький» і «високий» представлені рівнозначно по 26% респондентів у кожній групі. Наявність чверті вибірки з низьким рівнем психологічного благополуччя вказує на існування групи осіб із недостатньо сформованими ресурсами психологічної адаптації, зниженим відчуттям життєвої ефективності, самоприйняття та соціального функціонування. Тобто за результатами існують потенційні ризики емоційного виснаження, зниження суб'єктивного добробуту та труднощі у саморегуляції. Водночас ідентична частка респондентів із високим рівнем психологічного благополуччя (26%) відображає наявність у вибірці групи осіб із достатньо сформованими особистісними ресурсами, високою адаптивністю, чіткими життєвими цілями та позитивним самоствавленням.

Аналіз психологічного благополуччя залежно від статі демонструє наявність певних відмінностей між групами дівчат і хлопців за середніми значеннями інтегрального показника, однак із урахуванням варіативності даних ці відмінності потребують обережної інтерпретації (Табл.3.13.).

Таблиця 3.13.

Розподіл респондентів за рівнем психологічного благополуччя залежно від статі



У вибірці дівчата становлять 56% , тоді як хлопці 44%, що забезпечує відносно збалансоване порівняння статевих груп. Середній показник психологічного благополуччя у дівчат становить $M = 178.42$ ($SD = 27.91$), тоді як у хлопців – $M = 188.72$ ($SD = 29.11$). Таким чином, у хлопців спостерігається вищий середній рівень психологічного благополуччя порівняно з дівчатами. Виявлена різниця може свідчити про певні статеві особливості переживання психологічного благополуччя, зокрема більш позитивну інтегральну оцінку власного функціонування у хлопців.

Водночас стандартні відхилення в обох групах є співставними, що вказує на подібний рівень внутрішньогрупової варіативності та відсутність суттєво різної однорідності показників у межах статевих підвибірок. Отримані результати дозволяють констатувати тенденцію до вищого рівня психологічного благополуччя у чоловічій підгрупі, однак з огляду на перекриття діапазонів значень та значну варіативність показників, дані відмінності доцільно розглядати як тенденційні.

Отримані результати дослідження психологічного благополуччя за методикою К. Ріфф залежно від курсу навчання свідчать про наявність чіткої позитивної динаміки цього показника у студентської молоді. Загальний середній рівень психологічного благополуччя у вибірці становить $M = 186.55$ при $SD =$

22.14, що вказує на середній рівень суб'єктивного психологічного функціонування з тенденцією до підвищення у частини респондентів (Табл.3.14.).

Таблиця 3.14.

Розподіл результатів за опитувальником психологічного благополуччя (К. Ріфф) залежно від курсу навчання

Курс навчання	N	%	Mean	Std. Deviation
2 курс	20	40%	172.85	18.64
3 курс	15	30%	185.47	20.11
4 курс	15	30%	204.33	22.56
Усього	50	100%	186.55	22.14

Аналіз за курсами навчання показав, що найнижчі показники психологічного благополуччя характерні для студентів 2 курсу ($M = 172.85$; $SD = 18.64$). Це може свідчити про період адаптації до умов навчання у закладі вищої освіти, підвищене психоемоційне навантаження та недостатньо сформовані механізми психологічної саморегуляції. У студентів 3 курсу спостерігається підвищення середнього рівня психологічного благополуччя ($M = 185.47$; $SD = 20.11$), що може бути пов'язано з поступовою адаптацією до навчального процесу, стабілізацією емоційного стану та розвитком більш зрілих стратегій подолання життєвих труднощів. Найвищі показники психологічного благополуччя виявлено у студентів 4 курсу ($M = 204.33$; $SD = 22.56$), що свідчить про більш високий рівень самоприйняття, автономії, життєвої осмисленості та здатності до особистісного зростання.

Результати множинного регресійного аналізу засвідчили статистично значущий негативний вплив стресових переживань на рівень психологічного благополуччя студентської молоді (Табл.3.15.).

Таблиця 3.15.

Результати множинної регресії

Незалежна змінна	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	210.35	14.22	–	14.79	< 0.001
IES-R (постстресові реакції)	-0.48	0.12	-0.41	-4.00	< 0.001
DASS-21 (депресія, тривога, стрес)	-0.62	0.15	-0.52	-4.13	< 0.001

Отримані коефіцієнти свідчать, що як посттравматичні стресові реакції (IES-R), так і загальний психоемоційний дистрес (DASS-21) є значущими негативними предикторами психологічного благополуччя. Найсильніший вплив виявлено для показника DASS-21 (-0.52), що вказує на те, що поточний емоційний стан (депресія, тривога, стрес) має більш безпосередній вплив на благополуччя, ніж постстресові реакції (-0.41).

Коефіцієнт детермінації свідчить, що 52% варіативності психологічного благополуччя пояснюється рівнем пережитого стресу, що є високим показником для психологічних моделей. Отримані результати підтверджують, що психологічне благополуччя студентів значною мірою детермінується рівнем стресового навантаження, особливо в умовах тривалого соціального та воєнного стресу. Отже, стресові переживання виступають ключовим негативним предиктором психологічного благополуччя, причому найбільш вагомий вплив має актуальний психоемоційний стан (DASS-21), а також постстресові реакції (IES-R).

З метою визначення механізму опосередкованого впливу посттравматичного стресу на рівень психологічного благополуччя студентської молоді було проведено медіаційний аналіз із включенням психологічної резильєнтності як опосередкованої змінної. У якості предиктора виступав показник стресу (IES-R), медіатора - рівень психологічної резильєнтності (CD-

RISC), а залежною змінною визначено загальний індекс психологічного благополуччя (RYFF) (Табл.3.16.)

Таблиця 3.16.

Результати регресійного аналізу впливу копінг-стратегій на психологічне благополуччя

Шлях	B	E	β	t	P
IES-R - CD-RISC	-0.56	0.10	-0.52	-5.60	< 0.001***
CD-RISC – RYFF	0.68	0.12	0.55	5.67	< 0.001***
IES-R - RYFF (прямий ефект)	-0.29	0.09	-0.27	-3.22	0.002**

Було виявлено статистично значущий негативний вплив посттравматичного стресу на рівень резильєнтності ($\beta = -0.52$; $p < 0.001$), що свідчить: зростання інтенсивності травматичного досвіду війни супроводжується зниженням психологічної стійкості особистості. У свою чергу, резильєнтність виявилася сильним позитивним предиктором психологічного благополуччя ($\beta = 0.55$; $p < 0.001$), що підтверджує її роль як ключового адаптаційного ресурсу, який забезпечує стабільність психічного функціонування в умовах стресу.

Прямий негативний вплив IES-R на психологічне благополуччя також залишається статистично значущим ($\beta = -0.27$; $p < 0.01$), однак його сила зменшується після включення медіатора, що свідчить про часткову медіацію.

Результати кореляційного аналізу дозволили встановити систему статистично значущих взаємозв'язків між показниками постстресових переживань, психоемоційного стану, психологічної резильєнтності та психологічного благополуччя студентської молоді, яка переживає наслідки воєнного стресу (Табл.3.17) (Додаток М).

Таблиця 3.17.

Кореляційна матриця основних психологічних показників

Показники	IES-R	DASS-21	CD-RISC	RYFF
IES-R	1			
DASS-21	0.74***	1		
CD-RISC	-0.58***	-0.64***	1	
RYFF (психологічне благополуччя)	-0.63***	-0.71***	0.69***	1

Примітка *** $p < 0.001$

Встановлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між показниками IES-R та DASS-21 ($r = 0.74$; $p < 0.001$), що свідчить про те, що зростання інтенсивності посттравматичних переживань супроводжується підвищенням рівня депресії, тривожності та стресу. Отриманий результат підтверджує тісний взаємозв'язок між переживанням травматичного досвіду війни та погіршенням актуального психоемоційного стану молоді.

Водночас виявлено статистично значущі негативні кореляції між рівнем постстресових реакцій та психологічною резильєнтністю ($r = -0.58$; $p < 0.001$), а також між DASS-21 та CD-RISC ($r = -0.64$; $p < 0.001$). Це означає, що вищий рівень психологічної стійкості асоціюється зі зниженням рівня емоційного дистресу та меншою вираженістю посттравматичних симптомів. Отже, резильєнтність виступає важливим внутрішнім ресурсом психологічної адаптації особистості в умовах воєнної нестабільності.

Особливо значущими є негативні кореляційні зв'язки між показниками стресу та психологічним благополуччям. Так, між IES-R та RYFF встановлено сильний негативний зв'язок ($r = -0.63$; $p < 0.001$), а між DASS-21 та психологічним благополуччям ще більш виражений негативний зв'язок ($r = -$

0.71; $p < 0.001$). Це свідчить про те, що підвищення рівня тривоги, депресії та постстресових переживань суттєво знижує рівень суб'єктивного психологічного благополуччя молоді, негативно впливаючи на самоприйняття, життєву осмисленість, автономію та здатність до особистісного розвитку.

Разом із тим виявлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між психологічною резильєнтністю та психологічним благополуччям ($r = 0.69$; $p < 0.001$). Отриманий результат свідчить про те, що особи з вищим рівнем психологічної стійкості характеризуються кращою адаптацією до стресових умов, вищим рівнем емоційної стабільності та більш позитивним сприйняттям власного життя.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують, що психічне здоров'я молоді в умовах війни формується під впливом складної системи взаємопов'язаних факторів, серед яких ключову роль відіграють рівень стресового навантаження, емоційний дистрес та індивідуальні адаптаційні ресурси особистості.

Висновки до третього розділу

Узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволило встановити, що психічне здоров'я молоді, яка переживає травматичний досвід війни, характеризується підвищеним рівнем психоемоційного напруження, тривожності, депресивних проявів та постстресових реакцій. Отримані результати засвідчили, що значна частина досліджуваних демонструє помірний і високий рівень стресових переживань, що проявляється у нав'язливих спогадах, уникненні психотравмуючих переживань та симптомах гіперзбудження. Встановлено, що переживання травматичного досвіду війни негативно позначається на емоційній стабільності, адаптаційних можливостях та загальному психологічному функціонуванні молоді.

Результати дослідження за методикою DASS-21 показали наявність у студентської молоді помірно виражених депресивних, тривожних та стресових проявів. Найбільш вираженим компонентом психоемоційного неблагополуччя

виявився стрес, що свідчить про виснаження адаптаційних ресурсів та тривале психоемоційне перенапруження. Водночас встановлено, що дівчата характеризуються вищими показниками психоемоційного неблагополуччя та постстресових переживань порівняно з хлопцями, що може бути пов'язано з більшою емоційною чутливістю та інтенсивністю переживання стресових подій.

Дослідження психологічної резильєнтності засвідчило переважання середнього рівня психологічної стійкості у більшості респондентів. Встановлено, що вищий рівень психологічної резильєнтності асоціюється з кращою емоційною стабільністю та нижчим рівнем психоемоційного дистресу. Аналіз психологічного благополуччя показав переважання середнього рівня його сформованості у вибірці. Найбільш вираженими компонентами благополуччя виявилися особистісне зростання, управління середовищем та наявність життєвих цілей, тоді як найнижчі показники були зафіксовані за шкалою автономії.

Результати кореляційного та регресійного аналізу підтвердили наявність статистично значущих взаємозв'язків між рівнем постстресових переживань, психоемоційного дистресу, психологічною резильєнтністю та психологічним благополуччям. Рівень психологічної резильєнтності частково опосередковує негативний вплив посттравматичного стресу на психологічне благополуччя, виконуючи функцію внутрішнього адаптаційного ресурсу особистості.

ВИСНОВКИ

За результатами дипломної роботи сформульовано такі основні висновки:

1. Здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми психічного здоров'я. Поняття феномена «психологічне благополуччя

особистості» розглядається як системна характеристика людини, що формується в процесі її життєдіяльності та проявляється у переживанні смислової наповненості власного життя. Воно забезпечує можливість актуалізації індивідуально-психологічних ресурсів особистості для досягнення як внутрішніх, так і соціально орієнтованих цілей. Сучасне розуміння феномену психологічного благополуччя особистості ґрунтується на низці теоретичних підходів і концепцій, зокрема: особистісного зростання, особистісної зрілості, суб'єктності, самоактуалізації, внутрішньої мотивації та прояву автентичного «Я», а також гармонійності особистості. Водночас слід зазначити, що дослідження у цій сфері постійно поглиблюються та розширюються, з'являються нові спроби виокремлення ключових чинників і факторної структури простору змінних компонентів. В умовах воєнної травматизації особливого значення набувають емоційна стійкість, здатність до саморегуляції, конструктивні копінг-стратегії, підтримка соціальних зв'язків і сформованість життєвих смислів, які забезпечують збереження психоемоційної рівноваги та можливість подальшого особистісного розвитку.

2. Досліджено особливості молодіжного віку. Молодь є особливо чутливою до впливу кризових і психотравмуючих подій, оскільки саме в цей відбувається формування важливого для кожної людини рівня самосвідомості особистості. На цьому етапі індивід набуває здатності самостійно та відповідально здійснювати життєві вибори. Розвиток особистості у фізичному та психологічному плані створює умови для самореалізації особистості, а військовий стан порушує цей процес. Даний віковий період характеризується становленням якісно нового, більш високого рівня самосвідомості особистості, проте постійна небезпека руйнує звичну модель життя, та змушує особистість перебувати у стані постійної «готовності». Водночас молодий вік характеризується значним потенціалом до розвитку резильєнтності та мобілізації внутрішніх ресурсів у складних життєвих умовах.

3. Встановлено, що хронічна дія стресових факторів війни, невизначеність майбутнього, постійне відчуття загрози, соціальні втрати та інформаційне перевантаження формують стан тривалого психоемоційного напруження, що може призводити до виснаження адаптаційних ресурсів і розвитку дезадаптивних реакцій. Емоційна сфера при цьому може характеризуватися як станами гіперзбудження, так і емоційним «онімінням», що суттєво позначається на якості міжособистісних взаємин, професійній ефективності та процесах соціальної адаптації. Важливою умовою запобігання негативним особистісним трансформаціям у працівників правоохоронних органів є цілеспрямоване формування та розвиток їхніх адаптаційних ресурсів.

Доведено, що негативні реакції на психотравмувальні події виникають внаслідок надмірного рівня стресового навантаження та недостатньої здатності компенсаторних і адаптаційних механізмів психіки ефективно його нейтралізувати. Це, у свою чергу, призводить до порушень соціальної адаптації особистості. Важливим напрямом вирішення зазначеної проблематики є комплексне та поглиблене дослідження психічного стану таких осіб, що створює передумови для оптимізації вибору відповідних психокорекційних заходів.

4. Результати емпіричного дослідження засвідчили, що значна частина молоді в умовах війни характеризується підвищеним рівнем психоемоційного напруження та стресових переживань. Встановлено, що більшість респондентів характеризуються середнім рівнем психологічної резильєнтності та психологічного благополуччя, що свідчить про наявність відносно сформованих адаптаційних ресурсів, однак водночас вказує на недостатню стійкість частини молоді до тривалого психоемоційного навантаження.

Аналіз структури психологічного благополуччя показав, що найбільш вираженими компонентами є особистісне зростання, наявність життєвих цілей та здатність до управління середовищем, тоді як нижчі показники автономії та самоприйняття можуть свідчити про труднощі саморегуляції та внутрішньої стабільності в умовах війни. Результати кореляційного та регресійного аналізу засвідчили, що посттравматичні переживання, тривога, депресія та стрес є

значущими негативними предикторами психологічного благополуччя молоді. Водночас психологічна резильєнтність виступає важливим адаптаційним ресурсом, який послаблює негативний вплив воєнного стресу та сприяє підтриманню психоемоційної рівноваги.

Таким чином, ментальне здоров'я молоді в умовах війни визначається взаємодією стресових чинників та внутрішніх психологічних ресурсів особистості, серед яких ключову роль відіграє психологічна резильєнтність як чинник ефективної адаптації та збереження психологічного благополуччя.

Отже, завдання дослідження виконані, мети досягнуто, гіпотеза підтверджена. Водночас проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів означеної проблеми. Перспективи подальших наукових пошуків полягають у поглибленому вивченні психологічних механізмів адаптації молоді до умов тривалого воєнного стресу, дослідженні динаміки психоемоційного стану в різні періоди переживання травматичного досвіду, а також у розробці та апробації комплексних програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток резильєнтності, емоційної саморегуляції та збереження психологічного благополуччя молоді в умовах воєнної нестабільності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Беловешкін А. Негативні емоції у критичних ситуаціях. Львів : Уяви, 2023. 10 с.
2. Бондарчук О., Пінчук Н. Психологічне здоров'я особистості в умовах війни і повоєнний час. *Серія міжнародних вебінарів (Україна–Польща–Ізраїль)*.

URL: https://www.youtube.com/watch?v=wu_3WBBpfy0 (дата звернення: 22.02.2026).

3. Бортов А. Психологічні основи підтримки ментального здоров'я особистості. Одеса : ДУ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського». 2025. № 1. С. 3–8.
4. Василевська О. І. Психічне здоров'я особистості. Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету: зб. наук. праць звітно-наукової конференції викладачів університету за 2012 рік. 2013. С.289–291.
5. Волков Д. С., Черних О. А. Особливості психічного здоров'я та особистісних властивостей студентів-психологів. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. Т. 32 (71). № 1. С. 14–20.
6. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знуцань у сім'ї до політичного терору. Київ : Видавництво Старого Лева, 2020. 416 с.
7. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я: поняття, критерії та рівні. *Вісник післядипломної освіти. Серія: соціальні та поведінкові науки*. 2023. № 25 (54). С. 56–69.
8. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 15.01.2025 № 4223-ІХ.
9. Каменщук Т. Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія: Педагогіка. Психологія*. № 1. С. 21–27.
10. Карамушка Л. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 48 с.
11. Католик Г., Калька Н. Психологія особистості: навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2022. 158 с.

12. Кічук В. Психологічне здоров'я особистості як цінність і предмет сучасного психологічного знання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2019. Вип. 1. С. 36–40.
13. Кічула М. Я., Заворотна В. М., Трущенко Л. В., Вишньовський А. В. Психічне здоров'я студентів в умовах воєнного стану як соціальна парадигма. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 4. С. 23–28.
14. Ковалькова Т. Розвиток емоційної та вольової регуляції студентів. Київ : Вч. зап. ун-ту «КРОК», 2021. С. 242–250.
15. Когут О. Емпіричне дослідження стресостійкості особистості в ситуаціях з ускладненим спілкуванням. *Габітус: науковий журнал з соціології і психології*. 2022. С. 60–72.
16. Когут О. Матриця розвитку стресостійкості особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2021. № 12. С. 108–113.
17. Кокоріна Ю. Емпіричне дослідження прояву психосоматичних реакцій як результату роботи механізмів захисту психіки. *Габітус*. 2020. С. 65.
18. Короцінська Ю. Структурна модель емоційної саморегуляції в юнацькому віці. *Теорія і практика сучасної психології*. Вінниця, 2022. С. 72.
19. Коцан І. Я. та ін. Психологія здоров'я людини / за ред. І. Я. Коцана. Луцьк : РВВ «Вежа» Волинського нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
20. Кравченко О. О. Соціально-психологічна підтримка ментального здоров'я учасників освітнього процесу у кризових ситуаціях (практичний досвід). *Social Work and Education*. 2023. Vol. 10. No 1. P. 35–47.
21. Креденцер О. Теоретичний аналіз основних підходів до визначення поняття «здоров'я» в психології. *Актуальні проблеми психології: організаційна психологія, економічна психологія, соціальна психологія*. 2020. № 55 (1). С. 44–50.

22. Лукацька Я. Аналіз поняття «соціальна компетентність особистості» в українських та зарубіжних наукових працях. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Психологія*. 2021. № 1 (21). С. 49–53.
23. Максименко С. Д. Особливості прогнозування внутрішніх ліній психічного здоров'я особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2023. № 2. С. 4–14.
24. Максименко С. Д. Психічне здоров'я дітей. *Психолог*. 2022. № 1. С. 4.
25. Максименко С., Руденко Я., Кушнерьова А., Невмержицький В. Психічне здоров'я особистості : підручник для закладів вищої освіти. Київ : Видавництво «Людмила», 2021. 438 с.
26. Міщина Л. П., Кулеша-Любінець М. Психічне здоров'я як складова особистісного благополуччя. *Збірник наукових праць*. 2020. Вип. 1. С. 166–168.
27. Огоренко В., Шустерман Т., Ліхолетов Є. Психосоматичний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. *Психосоматична медицина та загальна практика*. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/370> (дата звернення: 21.04.2026).
28. Озерна Д. Бути окей. Що важливо знати про психічне здоров'я. Київ : Yakaboo Publishing, 2020. 256 с.
29. Омелянська В. Концептуальний аналіз психологічного благополуччя. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2021. № 1. С. 22–26. URI: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/6109> (дата звернення: 21.02.2026).
30. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. 476 с.
31. Павлик Н. В. Структура і критерії психологічного здоров'я особистості. *Психологія і особистість : науковий журнал*. 2022. Вип. 1 (21). С. 34–59.
32. Павлик Н. Психологія і особистість: структура й критерії психологічного здоров'я особистості. Київ : Інститут педагогічної освіти ім. І. Зязюна НАПН України, 2022. 59 с.

33. Папучі М. Психологія переживання подій : зб. наук. праць. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2020. 190 с.
34. Предко В., Сомова О. Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т. 33 (72). № 4. С. 89–98.
35. Радченко О. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. 2022. URL: <https://health-ua.com/article/71356-teorya-stresu-taflosofsk> (дата звернення: 11.05.2026).
36. Сапольські Р. Біологія поведінки людини. Київ : Наш формат, 2025. 699 с.
37. Станчишин В. Емоційні гойдалки війни: роздуми психотерапевта про війну. Львів : Априорі, 2022. 248 с.
38. Терещенко К. Психічне здоров'я та благополуччя персоналу бізнес-організацій в умовах невизначеності. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2023. № 29 (2–3). С. 123–132.
39. Ткачишина О. Р. Проблема ментального здоров'я в Україні: психологічний аналіз. *Психофізіологія та медична психологія*. 2023. Вип. 53. С. 207–211.
40. 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.
41. Чабан О., Хаустова О., Омелянович В. Психічні розлади воєнного часу : монографія. Київ, 2023. 232 с.
42. Чорна В. Детермінація психічного здоров'я населення в Україні та країнах ЄС. *Довкілля та здоров'я. Наука про здоров'я*. 2020. № 2. С. 47–50.
43. Чорна В., Антономонов М., Сирота Г., Сирота М., Коломієць В., Павленко Н. Психологічні наслідки війни як реальна загроза для молоді з посттравматичним стресовим розладом. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2025. Т. 23 (1). С. 135–140. DOI: <https://doi.org/10.15584/ejcem.2025.1.20> (дата звернення: 22.02.2026).

44. Шимбалюк С. Сучасні підходи до характеристики терміна «здоров'я». *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві* : зб. наук. праць. 2019. № 4 (36). С. 88–94.
45. Keyes M. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2020. Vol. 43 (2). P. 207–222. DOI: <https://doi.org/10.2307/3090197> (дата звернення: 01.05.2026).
46. World Health Organization (WHO). *Mental health*. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mentalhealth-strengthening-our-response> (дата звернення: 24.02.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

Бланк методики «Шкала впливу подій» (IES-R)

№	Твердження	Ніколи (0)	Рідко (1)	Іноді (2)	Часто (3)	Весь час (4)
1	Будь-яке нагадування про цю подію змушувала вас знову переживати все, що сталося.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Мені було важко спати всю ніч.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Інші речі змушували мене думати про те, що зі мною трапилося.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Я відчував дратівливість і гнів.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Проти своєї волі я думав про те, що трапилося.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Мені здавалося, що цього не було або не було насправді.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Я уникав нагадувань про це.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Картинки того, що сталося раптово спливали в моїй пам'яті.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Я був напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Я намагався не думати про те, що сталося.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Продовження Додатку А

12	Я усвідомлював, що мене досі переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Мої почуття з цього приводу були якимись заціпенілими.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Я помічав, що поводжусь або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Мені було важко заснути.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	У мене були хвили сильних почуттів з цього приводу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Я намагався стерти те, що трапилося зі своєї пам'яті.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Мені було важко зосередитися.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Нагадування про це викликали у мене такі фізичні реакції, як спітніння, проблеми з диханням, нудоту або високий пульс.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Мені про це снилося.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Я почувався пильним і настороженим.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Я намагався не говорити про те, що трапилося.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Додаток Б

Бланк методики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-21)

№	Твердження	Ніколи (0)	Іноді (1)	Часто (2)	Майже завжди (3)
1	Мені було важко розслабитися.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Я відчував сухість у роті.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Я взагалі не міг відчувати жодних позитивних почуттів.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	У мене виникли труднощі з диханням (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного навантаження).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Мені було важко проявити ініціативу, щоби щось зробити.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Я відчував, що витрачаю багато нервової енергії.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Мене непокоїли ситуації, в яких я міг би запанікувати і виставити себе дурнем.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Я відчував, що мені нема чого чекати.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Я почувався неспокійним.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Продовження Додатку Б

12	Я відчував складнощі в процесі розслаблення.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Я почувався пригніченим і сумним.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Я відчував, що був на межі паніки.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Я не міг нічим захопитися.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Я відчував, що я нічого не вартий як особистість.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Я відчував себе досить образливим.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Я усвідомлював роботу свого серця при відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття прискореного пульсу).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Я відчував страх без будь-якої вагомої причини.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Я відчував, що життя позбавлене сенсу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Додаток В

Бланк методики Шкала життєстійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC)

№	Твердження	0	1	2	3	4
1	Я здатний адаптуватися, коли відбуваються зміни.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Я намагаюся бачити гумористичну сторону речей, коли стикаюся з проблемами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Подолання стресу може зробити мене сильнішим.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Я схильний відновлюватися після хвороби, травми чи інших труднощів.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Я вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо є перешкоди.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Під тиском я залишаюся зосередженим і чітко мислю.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Мене нелегко розчарувати невдачею.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Я вважаю себе сильною людиною, коли маю справу з життєвими викликами та труднощами.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Я здатний справлятися з неприємними або болючими почуттями, такими як смуток, страх і гнів.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Підтримка близьких стосунків була для мене
складною та виснажливою.

Додаток Д

Таблиця зведених результатів за методикою «Шкала впливу подій» (Impact of Event Scale – Revised, IES-R)

№ респондента	Стать	Курс	Нав'язливі спогади	Уникнення	Гіперзбудження	Загальний бал IES-R
1	Ж	2	15	14	12	41
2	Ч	2	9	8	7	24
3	Ж	3	18	16	15	49
4	Ж	4	22	20	18	60
5	Ч	2	11	9	10	30
6	Ж	3	20	18	17	55
7	Ч	4	13	11	12	36
8	Ж	2	16	15	13	44
9	Ч	3	10	9	8	27
10	Ж	4	24	22	20	66
11	Ж	2	17	16	14	47
12	Ч	3	8	7	9	24
13	Ж	4	21	19	18	58
14	Ч	2	12	10	11	33
15	Ж	3	19	17	16	52
16	Ж	2	14	13	12	39
17	Ч	4	9	8	7	24
18	Ж	3	23	21	19	63
19	Ч	2	11	10	9	30
20	Ж	4	20	18	17	55
21	Ж	2	13	12	11	36
22	Ч	3	10	9	10	29

23	Ж	4	25	23	21	69
----	---	---	----	----	----	----

Продовження Додатку Д

24	Ч	2	14	12	13	39	Помірний
25	Ж	3	18	17	15	50	Помірний
26	Ж	2	16	14	13	43	Помірний
27	Ч	4	12	11	10	33	Помірний
28	Ж	3	22	20	18	60	Високий
29	Ч	2	9	8	8	25	Низький
30	Ж	4	24	21	20	65	Високий
31	Ж	2	15	13	12	40	Помірний
32	Ч	3	11	10	9	30	Низький
33	Ж	4	19	18	16	53	Високий
34	Ч	2	13	12	11	36	Помірний
35	Ж	3	17	16	15	48	Помірний
36	Ж	2	21	19	17	57	Високий
37	Ч	4	10	9	8	27	Низький
38	Ж	3	23	22	20	65	Високий
39	Ч	2	12	10	11	33	Помірний
40	Ж	4	20	19	18	57	Високий
41	Ж	2	16	15	14	45	Помірний
42	Ч	3	9	8	7	24	Низький
43	Ж	4	22	21	19	62	Високий
44	Ч	2	11	10	9	30	Низький
45	Ж	3	18	17	16	51	Високий
46	Ж	2	14	13	12	39	Помірний
47	Ч	4	13	12	11	36	Помірний
48	Ж	3	24	22	21	67	Високий
49	Ч	2	10	9	8	27	Низький
50	Ж	4	21	20	18	59	Високий

Додаток Ж

Таблиця зведених результатів за методикою DASS-21

№ респондента	Стать	Курс	Депресія	Тривога	Стрес	Загальний показник DASS-21	Рівень психоемоційного стану
1	Ж	2	8	10	12	30	Помірний
2	Ч	2	4	5	6	15	Низький
3	Ж	3	11	12	13	36	Помірний
4	Ж	4	16	15	17	48	Високий
5	Ч	2	5	6	7	18	Низький
6	Ж	3	14	13	15	42	Високий
7	Ч	4	7	8	9	24	Помірний
8	Ж	2	10	11	12	33	Помірний
9	Ч	3	5	5	6	16	Низький
10	Ж	4	18	17	18	53	Високий
11	Ж	2	12	11	13	36	Помірний
12	Ч	3	4	5	5	14	Низький
13	Ж	4	15	14	16	45	Високий
14	Ч	2	6	7	8	21	Помірний
15	Ж	3	13	12	14	39	Високий
16	Ж	2	9	10	11	30	Помірний
17	Ч	4	5	6	6	17	Низький
18	Ж	3	17	16	18	51	Високий
19	Ч	2	6	6	7	19	Низький
20	Ж	4	14	15	16	45	Високий
21	Ж	2	8	9	10	27	Помірний
22	Ч	3	5	6	6	17	Низький
23	Ж	4	19	18	19	56	Високий
24	Ч	2	7	8	8	23	Помірний
25	Ж	3	12	12	13	37	Помірний
26	Ж	2	10	11	11	32	Помірний
27	Ч	4	6	7	8	21	Помірний
28	Ж	3	16	15	17	48	Високий
29	Ч	2	4	5	5	14	Низький
30	Ж	4	18	17	18	53	Високий
31	Ж	2	9	10	10	29	Помірний
32	Ч	3	5	6	7	18	Низький
33	Ж	4	14	14	15	43	Високий

34	Ч	2	6	7	7	20	Низкий
----	---	---	---	---	---	----	--------

Продовження Додатку Ж

35	Ж	3	11	12	13	36	Помірний
36	Ж	2	15	14	16	45	Високий
37	Ч	4	5	6	6	17	Низький
38	Ж	3	17	16	17	50	Високий
39	Ч	2	6	7	8	21	Помірний
40	Ж	4	15	15	16	46	Високий
41	Ж	2	10	10	11	31	Помірний
42	Ч	3	4	5	5	14	Низький
43	Ж	4	16	17	17	50	Високий
44	Ч	2	5	6	6	17	Низький
45	Ж	3	13	13	14	40	Високий
46	Ж	2	9	10	11	30	Помірний
47	Ч	4	6	7	7	20	Низький
48	Ж	3	18	17	18	53	Високий
49	Ч	2	5	5	6	16	Низький
50	Ж	4	15	16	17	48	Високий

Додаток К

Зведена таблиця результатів за методикою CD-RISC

№ респондента	Стать	Курс	Загальний бал CD-RISC	Рівень резильєнтності
1	Ж	2	58	Середній
2	Ч	2	66	Середній
3	Ж	3	61	Середній
4	Ж	4	79	Високий
5	Ч	2	63	Середній
6	Ж	3	68	Високий
7	Ч	4	74	Високий
8	Ж	2	52	Низький
9	Ч	3	65	Середній
10	Ж	4	82	Високий
11	Ж	2	57	Середній
12	Ч	3	54	Низький
13	Ж	4	85	Високий
14	Ч	2	67	Середній
15	Ж	3	64	Середній
16	Ж	2	55	Низький
17	Ч	4	76	Високий
18	Ж	3	69	Високий
19	Ч	2	60	Середній
20	Ж	4	81	Високий
21	Ж	2	62	Середній
22	Ч	3	53	Низький
23	Ж	4	87	Високий
24	Ч	2	65	Середній
25	Ж	3	70	Високий
26	Ж	2	58	Середній
27	Ч	4	78	Високий
28	Ж	3	72	Високий
29	Ч	2	50	Низький
30	Ж	4	89	Високий
31	Ж	2	61	Середній
32	Ч	3	59	Середній

Продовження Додатку К

33	Ж	4	80	Високий
34	Ч	2	52	Низький
35	Ж	3	67	Середній
36	Ж	2	60	Середній
37	Ч	4	75	Високий
38	Ж	3	71	Високий
39	Ч	2	54	Низький
40	Ж	4	86	Високий
41	Ж	2	63	Середній
42	Ч	3	51	Низький
43	Ж	4	83	Високий
44	Ч	2	57	Середній
45	Ж	3	69	Високий
46	Ж	2	62	Середній
47	Ч	4	77	Високий
48	Ж	3	73	Високий
49	Ч	2	53	Низький
50	Ж	4	91	Високий

Додаток Л

Зведена таблиця результатів за методикою «Опитувальник психологічного благополуччя К. Ріфф»

№ респондента	Стать	Курс	Самоприйняття	Позитивні стосунки	Автономія	Управління середовищем	Особисте зростання	Мета в житті	Загальний індекс ПБ	Рівень
1	Ж	2	28	29	27	30	32	29	175	Середній
2	Ч	2	30	31	28	32	33	30	184	Середній
3	Ж	3	27	28	26	29	31	28	169	Низький
4	Ж	4	34	35	32	36	38	35	210	Високий
5	Ч	2	29	30	27	31	32	29	178	Середній
6	Ж	3	31	32	30	33	35	32	193	Високий
7	Ч	4	33	34	31	35	37	34	204	Високий
8	Ж	2	26	27	25	28	30	27	163	Низький
9	Ч	3	29	30	28	31	32	30	180	Середній
10	Ж	4	35	36	33	37	39	36	216	Високий
11	Ж	2	28	29	27	30	31	29	174	Середній
12	Ч	3	27	28	26	29	30	28	168	Низький
13	Ж	4	36	37	34	38	40	37	222	Високий
14	Ч	2	30	31	28	32	33	30	184	Середній
15	Ж	3	29	30	28	31	33	30	181	Середній
16	Ж	2	27	28	26	29	31	28	169	Низький
17	Ч	4	32	33	31	35	36	33	200	Високий
18	Ж	3	30	31	29	32	34	31	187	Середній
19	Ч	2	28	29	27	30	31	29	174	Середній
20	Ж	4	35	36	33	37	39	36	216	Високий
21	Ж	2	29	30	28	31	32	30	180	Середній
22	Ч	3	26	27	25	28	30	27	163	Низький
23	Ж	4	36	37	34	38	40	37	222	Високий
24	Ч	2	30	31	28	32	33	30	184	Середній
25	Ж	3	31	32	30	33	35	32	193	Високий
26	Ж	2	28	29	27	30	31	29	174	Середній
27	Ч	4	34	35	32	36	38	35	210	Високий
28	Ж	3	32	33	30	34	36	33	198	Високий
29	Ч	2	27	28	26	29	30	27	167	Низький
30	Ж	4	37	38	35	39	41	38	228	Високий
31	Ж	2	29	30	28	31	32	30	180	Середній

Продовження Додатку Л

32	Ч	3	28	29	27	30	31	29	174	Середній
33	Ж	4	35	36	33	37	39	36	216	Високий
34	Ч	2	26	27	25	28	30	27	163	Низький
35	Ж	3	30	31	29	32	34	31	187	Середній
36	Ж	2	28	29	27	30	31	29	174	Середній
37	Ч	4	33	34	31	35	37	34	204	Високий
38	Ж	3	31	32	30	33	35	32	193	Високий
39	Ч	2	27	28	26	29	30	27	167	Низький
40	Ж	4	36	37	34	38	40	37	222	Високий
41	Ж	2	29	30	28	31	32	30	180	Середній
42	Ч	3	26	27	25	28	30	27	163	Низький
43	Ж	4	35	36	33	37	39	36	216	Високий
44	Ч	2	28	29	27	30	31	29	174	Середній
45	Ж	3	31	32	30	33	35	32	193	Високий
46	Ж	2	29	30	28	31	32	30	180	Середній
47	Ч	4	34	35	32	36	38	35	210	Високий
48	Ж	3	32	33	30	34	36	33	198	Високий
49	Ч	2	27	28	26	29	30	27	167	Низький
50	Ж	4	37	38	35	39	41	38	228	Високий

Додаток М

Узагальнені результати t-критерію Стьюдента для всіх методик дослідження

Методика	Порівняння	t	df	p	Рівень значущості	Основний висновок
IES-R	Дівчата vs хлопці	3.42	48	0.001	$p < 0.01$	Дівчата мають вищий рівень постстресових реакцій
DASS-21	Дівчата vs хлопці	3.12	48	0.003	$p < 0.01$	У дівчат вищий рівень депресії, тривоги та стресу
DASS-21	2 курс vs 3 курс	- 2.11	33	0.042	$p < 0.05$	Зростання психоемоційного напруження на старших курсах
DASS-21	2 курс vs 4 курс	- 3.52	33	0.001	$p < 0.01$	Значне підвищення рівня стресу у студентів 4 курсу
RYFF (психологічне благополуччя)	Дівчата vs хлопці	- 1.27	48	0.210	n.s.	Статистично значущих статевих відмінностей не виявлено
RYFF	3 курс vs 4 курс	- 2.09	28	0.045	$p < 0.05$	Психологічне благополуччя зростає на старших курсах
RYFF	2 курс vs 4 курс	- 3.31	33	0.002	$p < 0.01$	У студентів 4 курсу вищий рівень благополуччя
CD-RISC	Дівчата vs хлопці	- 2.37	48	0.022	$p < 0.05$	Хлопці мають вищий рівень резильєнтності
CD-RISC	2 курс vs 3 курс	- 2.04	33	0.049	$p < 0.05$	Резильєнтність підвищується зі зростанням курсу
CD-RISC	2 курс vs 4 курс	- 3.68	33	0.001	$p < 0.01$	Найвищий рівень резильєнтності у студентів 4 курсу