

ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ МЕНТАЛЬНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ТА ПРОКРАСТИНАЦІЄЮ У СТАРШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ

Семенюк Іванна

Проблема збереження ментального здоров'я серед учнівської молоді є однією із пріоритетних завдань, сучасної психологічної практики. У старшому шкільному віці особистість стикається і суттєвим зростанням емоційного та інтелектуального навантаження, що часто призводить до виникнення деструктивних патернів поведінки. Одним з таких проявів є прокрастинація – схильність до систематичного, добровільного і ірраціонального відтермінування намірів та необхідних дій попри усвідомлення негативних наслідків такої поведінки. Саме тому, вивчення емпіричного зв'язку між рівнем ментального здоров'я та прокрастинацією, дозволяє виявити механізми психологічної дезадаптації та розробити ефективні програми корекції.

Мета дослідження – представити та проаналізувати особливості взаємозв'язку між ментальним здоров'ям та прокрастинацією у старшокласників.

Емпіричне дослідження проводилось на базі Кам'янець-Подільського ліцею №3. Вибірку дослідження склали 60 учнів 10–11 класів (старшокласників) віком від 15 до 18 років. Для комплексного охоплення різних аспектів ментального здоров'я (симптоматичний, соматичний, ресурсний) та їх зіставлення з показниками прокрастинації, були використані такі діагностичні методики:

1. *Шкала Бреслау на симптоми ПТСР (Breslau PTSD Scale)* – для визначення рівня посттравматичної симптоматики як компонента ментального здоров'я в умовах воєнного конфлікту. Результати показали, що майже третина учасників дослідження (30%) демонструє симптоматику, що відповідає критеріям ймовірного ПТСР (6 і більше симптомів). Це свідчить про значний рівень психологічного дистресу серед старшокласників, спричиненого воєнними подіями. У 70% досліджуваних симптоматика є субклінічною, проте навіть часткова наявність ПТСР-симптомів може негативно впливати на функціонування та академічну діяльність.

2. *Гессенський опитувальник соматичних скарг (Giessener Beschwerdebogen, GBB)* – для виявлення психосоматичних симптомів, що є показником загального рівня психологічного дистресу. Емпірично виявлено, що найбільш вираженою субшкалою виявилась «Виснаження (астенія)» ($M = 11,82$; $SD = 4,21$), що відображає симптоми хронічної втоми, слабкості та дефіциту енергії. Це узгоджується з літературними даними щодо підвищеного рівня астенії у старшокласників в умовах хронічного стресу. На другому місці за вираженістю – «М'язово-скелетні болі» ($M = 9,15$; $SD = 4,08$), що відображають тілесні прояви хронічної тривоги. Загальний індекс психосоматичних скарг (GBI) в середньому становить 33,68 балів ($SD = 11,74$). Зіставлення з нормативними даними показує, що 38,3% учасників мають підвищений рівень загального дистресу, 48,4% – середній рівень, 13,3% – низький.

3. *Шкала посттравматичного зростання Тедеші та Кальхуна (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI)* – для вимірювання позитивних психологічних змін, що виникають у результаті боротьби з важкими життєвими обставинами. Найбільш вираженим виміром посттравматичного зростання виявилось «Ставлення до інших» ($M = 18,47$), що свідчить про поглиблення міжособистісних зв'язків, посилення емпатії та солідарності – характерних рис, що формуються в умовах спільного переживання загроз. Також відносно виражений вимір «Особистісна сила» ($M = 15,68$), що відображає відчуття власної стійкості та здатності долати труднощі. Найменш вираженим є «Духовні зміни» ($M = 7,35$), що може бути пов'язано з віковими особливостями старшокласників. Загальний показник посттравматичного зростання ($M = 68,55$) є помірним і свідчить про те, що значна частина старшокласників демонструє позитивні психологічні трансформації поряд із симптомами дистресу.

4. *Шкала резильєнтності Коннора–Девідсона-10 (CD-RISC-10)* – для оцінки психологічної стійкості та ресурсності особистості. Результати показали, що більше половини учасників (53,3%) мають середній рівень резильєнтності. Приблизно однакові частки досліджуваних належать до груп з низьким (23,3%) та високим

(23,3%) рівнями. Середнє значення ($M = 24,68$) відповідає нижній межі середнього рівня, що свідчить про певне виснаження ресурсів психологічної стійкості в умовах хронічного стресу воєнного часу.

5. *Шкала загальної прокрастинації К. Лея (в адаптації Л. М. Карамушки, О. І. Бондарчук та Т. В. Грубі)* – для діагностики рівня прокрастинаційних тенденцій. Шкала дозволила зафіксувати, що більше третини досліджуваних (33,3%) мають високий рівень прокрастинації, що є тривожним показником з точки зору академічної ефективності та загального психологічного благополуччя. Більше половини учасників (51,7%) демонструє середній рівень прокрастинації. Лише 15% старшокласників мають низький рівень схильності до відкладання. Середній бал за вибіркою ($M = 64,73$) знаходиться в межах середнього рівня, однак наближається до його верхньої межі.

Для встановлення характеру зв'язків між показниками ментального здоров'я та прокрастинацією був здійснений кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена. Результати кореляційного аналізу демонструють низку важливих закономірностей. Найбільш сильний зворотний зв'язок із прокрастинацією виявлено з показником резильєнтності ($r_s = -0,63$; $p < 0,001$): вищий рівень психологічної стійкості відповідає нижчому рівню прокрастинації. Цей результат свідчить про те, що здатність адаптуватися до труднощів та відновлюватися після стресових ситуацій є важливим захисним чинником проти прокрастинаційних тенденцій. Особи з розвиненою резильєнтністю більш здатні до вольової саморегуляції і не схильні уникати складних завдань.

Також сильний прямий зв'язок виявлено між прокрастинацією та показником виснаження (субшкала GBV) ($r_s = +0,61$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що хронічна астения, зниження енергетичних ресурсів та відчуття втоми є суттєвими чинниками, що сприяють відкладанню завдань. Загальний індекс соматичних скарг (GBI) також демонструє сильний позитивний зв'язок із прокрастинацією ($r_s = +0,58$; $p < 0,001$).

Між ПТСР-симптоматикою та прокрастинацією встановлено помірний

позитивний зв'язок ($r_s = +0,52$; $p < 0,001$). Наявність інтрузивних симптомів, гіперзбудження та уникнення створює значне психологічне навантаження, що утруднює цілеспрямовану діяльність і сприяє відкладанню завдань. Хронічний стрес посттравматичного характеру виснажує ресурси саморегуляції, які необхідні для подолання прокрастинації.

Показник посттравматичного зростання (PTGI) демонструє помірний зворотний зв'язок із прокрастинацією ($r_s = -0,46$; $p < 0,001$). Особи, що виявляють ознаки позитивних психологічних змін після травматичного досвіду, менш схильні до прокрастинаційних тенденцій. Особливо вираженим є зв'язок із субшкалою «Особистісна сила» ($r_s = -0,49$; $p < 0,001$), що підкреслює роль відчуття власної ефективності як регулятора поведінки.

Загалом, отримані результати підтверджують гіпотезу дослідження про наявність статистично значущих зв'язків між показниками ментального здоров'я та прокрастинацією у старшокласників. При цьому як патологічні (ПТСР, соматизація), так і ресурсні (резильєнтність, посттравматичне зростання) компоненти ментального здоров'я є значущо пов'язаними з рівнем прокрастинації, хоча й у протилежних напрямках.

Емпіричне дослідження підтвердило складний взаємозв'язок між ментальним здоров'ям та прокрастинацією у старшокласників. Аналіз результатів виявив, що ментальне здоров'я значної частини досліджуваних є порушеним: 30% демонструє симптоматику ймовірного ПТСР, 38,3% – підвищений рівень психосоматичних скарг. Водночас більше третини учасників (31,7%) виявляє ознаки посттравматичного зростання, що свідчить про наявність психологічних ресурсів навіть за умов хронічного стресу. Прокрастинація є значно поширеним явищем у досліджуваній вибірці: 33,3% учасників мають високий рівень, 51,7% – середній рівень прокрастинаційних тенденцій. Кореляційний аналіз підтвердив гіпотезу дослідження: між показниками ментального здоров'я та прокрастинацією

встановлені статистично значущі зв'язки ($p < 0,05$). Найбільш сильними є зворотний зв'язок між прокрастинацією та резильєнтністю ($r_s = -0,63$) і прямий зв'язок із виснаженням ($r_s = +0,61$). ПТСР-симптоматика та загальний рівень соматизації позитивно пов'язані з прокрастинацією, тоді як посттравматичне зростання і резильєнтність – від'ємно. Перспективи подальших досліджень вбачаються у розробці та впровадженні комплексної програми психологічного супроводу старшокласників.

Список використаних джерел

1. Дворник М. С. Феномен прокрастинації: соціально-психологічний аналіз. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2016. Вип. 3/1. С. 34–39.
2. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Діагностика та профілактика перфекціонізму та прокрастинації в освітній практиці : психологічний практикум. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 98 с.
3. Breslau N., Peterson E. L., Kessler R. C., Schultz L. R. Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1999. №156. P. 908–911.
4. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 2003. №18(2). P. 76–82.
5. Pychyl, T. A., & Flett, G. L. Procrastination and self-regulatory failure: An introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2012. №30(4). P. 203–212.