

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра психології

На правах рукопису

ШУЛЬГА ДІАНА РУСЛАНІВНА

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
1-2 КУРСІВ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ «ПСИХОЛОГІЯ»

Спеціальність 053 Психологія
(код) (назва спеціальності)
Освітня програма Психологія
(назва)
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник: д.
психологічних наук, проф.



Самойлов О.С.

РЕКОМЕНДОВАНО ДО
ЗАХИСТУ

Протокол № 10
засідання кафедри _____

від 15.01 _____ 2024 р.

Завідувач кафедри
(Людмила) Людмила ПРІСНЯКОВА

(Наталія) (ПІБ) Нормоконтроль Наталія Сергієнко
Дніпро, 2024

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

Кафедра психології
Освітній ступінь магістр
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри
психології
(підпис кафедри)

Людмила ПРИСНЯКОВА

(підпис)



12.02.2024

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ШУЛЬГА ДІАНА РУСЛАНІВНА

- (прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)
1. Тема роботи Особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти
1-2 курсів освітньої програми «психологія»
2. Науковий керівник д. психологічних наук, проф. Самойлов О.Є.
- (прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
3. Строк подання роботи на кафедру 12.02.2024
4. Мета кваліфікаційної роботи вивчення особливостей психічного
здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми "психологія".

5. Завдання випускної кваліфікаційної роботи

1. визначити поняття психічного здоров'я у сучасній психології;
2. описати основні концептуальні до визначення причин виникнення неврозів;
3. виявити вплив навчання у закладі вищої освіти на стан психічного здоров'я здобувачів вищої освіти;
4. виокремити особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»;
5. встановити динаміку психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»;
6. описати мету, принципи, критерії ефективності реалізації програми забезпечення психологічного здоров'я 1-2 курсів здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія»;
7. виділити основні складові програми забезпечення психологічного здоров'я 1-2 курсів здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія»;

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

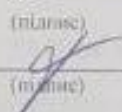
№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	Жовтень 2023 р.	виконано
2.	I Розділ	Листопад 2023 р.	виконано
3.	II Розділ	Грудень 2023 р.	виконано
4.	III Розділ	Січень 2024 р.	виконано
5.	Робота в цілому	Лютий 2024р.	виконано

Науковий керівник



Олександр САМОЙЛОВ

Здобувач вищої освіти



(підпис)

Діана ШУЛЬГА

Дата видавання завдання 16.09.2024

АНОТАЦІЯ

Здобувачі вищої освіти першого та другого курсів вступають у новий соціальний та навчальний контекст, що може викликати стрес та адаптаційні труднощі. Вивчення особливостей психічного здоров'я на цьому етапі дозволяє розуміти, які аспекти навчального процесу впливають на їхнє емоційне благополуччя та загальний психічний стан.

Специфіка освітньої програми "психологія" передбачає великий обсяг теоретичних та практичних знань. Першокурсники та здобувачі вищої освіти другого курсу можуть зіткнутися зі значним навантаженням, що може вплинути на їхнє психічне здоров'я. Розуміння цього аспекту дозволяє розробляти ефективні стратегії підтримки та зниження ступеня стресу.

Здобувачі вищої освіти можуть зіткнутися з особливостями навчання, пов'язаними із високим рівнем самопізнання та роботою з власними емоціями. Вивчення психічного здоров'я на перших етапах навчання допомагає студентам ефективно впоратися з викликами цієї освітньої галузі. Навчання в групах сприяє формуванню міжособистісних відносин. Вивчення психічного здоров'я дозволяє розуміти вплив групової динаміки на емоційний стан студентів та розвивати навички психосоціальної адаптації.

Здобувачі вищої освіти можуть стикатися з особливостями професійної самоідентифікації та становлення в ролі психолога. Розуміння впливу цього процесу на психічне здоров'я є ключовим для успішного старту в обраній професійній сфері.

Тема магістерської є важливим напрямком досліджень, спрямованим на розуміння та підтримку їхнього емоційного та психічного благополуччя в умовах вищого навчання.

Новий етап життя студента, особливо першокурсника, часто супроводжується стресом та потребою в адаптації до нового оточення, вимог навчання, соціальних норм та стандартів університетського співтовариства.

Неусвідомлене або недостатнє управління стресом може призвести до погіршення психічного здоров'я.

Висока інтенсивність навчання, значна кількість домашніх завдань, іспитів та проектів може призводити до перевантаження студентів. Такий навчальний тиск може впливати на їхню психічну стійкість та загальний емоційний стан. Університетське життя може сформувати значні соціальні виклики. Здобувачі вищої освіти можуть відчувати тиск у відносинах, несприятливі ситуації в групах або класах, а також самоізоляцію через відсутність соціальної підтримки.

Завдання та вимоги навчання часто можуть перевищувати можливості здобувачів вищої освіти в аспекті організації свого часу. Недостатня кількість часу для відпочинку та відновлення може призвести до виснаження та негативно позначитися на психічному стані.

Здобувачі вищої освіти можуть стикатися зі стресом, пов'язаним із невизначеністю щодо своєї майбутньої кар'єри. Неясність щодо можливих шляхів розвитку та відсутність конкретних перспектив може викликати тривогу та невизначеність. Здобувачі вищої освіти часто зосереджують увагу на навчанні та досягненнях, іноді забуваючи про власне психічне здоров'я. Недостатнє усвідомлення важливості психічного благополуччя може призводити до знецінення власних емоційних потреб.

Для вирішення цих проблем може бути важливим розвиток системи психологічної підтримки, проведення тренінгів з управління стресом та адаптацією, а також створення сприятливого середовища для відкритого обговорення питань психічного здоров'я серед студентів.

Об'єктом дослідження є здобувачі вищої освіти, які навчаються на першому та другому курсах освітньої програми "психологія", а предметом їх психічне здоров'я.

Метою даної теми є вивчення особливостей психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми "психологія".

Виходячи з мети, поставлені такі завдання:

визначити поняття психічного здоров'я у сучасній психології;

описати основні концептуальні до визначення причин виникнення неврозів;

. виявити вплив навчання у закладі вищої освіти на стан психічного здоров'я здобувачів вищої освіти;

4. виокремити особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти

встановити динаміку психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»;

6. описати мету, принципи, критерії ефективності реалізації програми забезпечення психологічного здоров'я 1-2 курсів здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія»;

7. виділити основні складові програми забезпечення психологічного здоров'я 1-2 курсів здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія»

У роботі використано такі методи:

етодика експрес-діагностики неврозу К. Хека-Х. Хесса; шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера-Ю. Ханіна;

питувальник А. Бека з метою оцінки депресії;

етодика самооцінки особистості; тест диференційованої самооцінки функціонального стану САН;

питувальник «Адаптивність»;

етодика дослідження вольової організації особистості ;

База проведення дослідження: Дніпровський гуманітарний університет

Теоретична значущість полягає у розробці програм психічного здоров'я та благополуччя для здобувачів вищої освіти, спрямованих на зменшення стресу, підвищення навичок самоуправління та створення сприятливого навчального середовища. Особлива увага може бути приділена розробці заходів для підтримки адаптації першокурсників та створення відчуття психологічної безпеки в університетському середовищі.

Практична значущість цієї теми виявляється в можливості розробки та впровадження ефективних стратегій для підтримки психічного здоров'я здобувачів вищої освіти.

Апробація результатів роботи та публікації:

Шульга Д. Р. Особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти // Актуальні проблеми юриспруденції та психології: матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 15 груд. 2023 р.). Дніпро : ВВПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2023. С.

2) Самойлов О.Є., Шульга Д. Р. Психічне здоров'я особистості: зміст та складові // Розвиток сучасної науки: актуальні питання теорії та практики: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Львів, 17 листопада, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». — Вінниця:

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, переліку посилань

ABSTRACT

First- and second-year higher education students enter a new social and educational context, which can cause stress and adaptation difficulties. Studying the features of mental health at this stage allows us to understand which aspects of the educational process affect their emotional well-being and general mental state.

The specificity of the "psychology" educational program involves a large amount of theoretical and practical knowledge. Freshmen and sophomores can face a significant workload that can affect their mental health. Understanding this aspect allows you to develop effective strategies to support and reduce the degree of stress.

Students of higher education may encounter learning features related to a high level of self-awareness and working with their own emotions. The study of mental health at the first stages of education helps students to effectively cope with the challenges of this educational field. Studying in groups contributes to the formation of interpersonal relationships. The study of mental health makes it possible to understand the influence of group dynamics on the emotional state of students and to develop the skills of psychosocial adaptation.

Students of higher education may face the peculiarities of professional self-identification and becoming a psychologist. Understanding the impact of this process on mental health is key to a successful start in your chosen professional field.

The topic of the master's degree is an important area of research aimed at understanding and supporting their emotional and mental well-being in the conditions of higher education.

The new stage of a student's life, especially a freshman, is often accompanied by stress and the need to adapt to a new environment, study requirements, social norms and standards of the university community. Unaware or insufficient management of stress can lead to deterioration of mental health.

The high intensity of study, a significant amount of homework, exams and projects can lead to student overload. Such academic pressure can affect their mental stability and general emotional state. University life can pose significant social challenges. Higher education students may experience pressure in relationships, unfavorable situations in groups or classes, and isolation due to lack of social support.

The tasks and demands of studies can often exceed the ability of higher education students to organize their time. Not having enough time for rest and recovery can lead to exhaustion and affect your mental health.

Graduates may experience stress related to uncertainty about their future careers. The lack of clarity about possible development paths and the lack of specific perspectives can cause anxiety and uncertainty. Those seeking higher education often focus on learning and achievement, sometimes forgetting about their own mental health. Insufficient awareness of the importance of mental well-being can lead to the devaluation of one's own emotional needs.

To solve these problems, it may be important to develop a system of psychological support, conduct trainings on stress management and adaptation, as well as create a favorable environment for open discussion of mental health issues among students.

The object of the research is the students of higher education, who study in the first and second years of the educational program "psychology", and the subject is their mental health.

The purpose of this topic is to study the peculiarities of the mental health of students of higher education in the 1-2 courses of the educational program "psychology".

Based on the goal, the following tasks are set:

1. define the concept of mental health in modern psychology;
2. describe the main conceptual approaches to determining the causes of neuroses;
3. to identify the impact of studying at a higher education institution on the state of mental health of students of higher education;
4. to single out the peculiarities of mental health of higher education students of 1-2 courses of the educational program "psychology";
5. to establish the dynamics of mental health of students of higher education in 1-2 courses of the educational program "psychology";
6. describe the purpose, principles, criteria of the effectiveness of the implementation of the program for ensuring psychological health of 1-2 courses of higher education applicants of the "psychology" educational program;
7. highlight the main components of the program for ensuring psychological health of 1-2 courses of higher education applicants of the educational program "psychology"

The following methods were used in the work:

1. method of express diagnosis of neurosis by K. Heka-H. Hesse; scale of reactive and personal anxiety by Ch. D. Spielberger-Y. Khanina;
 2. A. Beck's questionnaire to assess depression;
 3. personality self-assessment method;
- a test of differentiated self-assessment of the functional state of the SAN;
. "Adaptability" questionnaire;
. the method of research of the volitional organization of the individual;
- Research base: Dnipro Humanities University.

The theoretical significance lies in the development of mental health and well-being programs for higher education students aimed at reducing stress, increasing self-management skills, and creating a conducive learning environment. Special attention can be paid to the development of measures to support the adaptation of first-year students and create a sense of psychological safety in the university environment.

The practical significance of this topic is revealed in the possibility of developing and implementing effective strategies to support the mental health of students of higher education.

The master's thesis consists of an introduction, three sections, conclusions, and a list of references

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СТУДЕНТСЬКОМУ ВІЦІ

1.1 Поняття психічного здоров'я у сучасній психології

Основні концептуальні до визначення причин виникнення неврозів

1.3 Вплив навчання у закладі вищої освіти на стан психічного здоров'я здобувачів вищої освіти

Висновки по розділу 1

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ДИНАМІКИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ МОЛОДШИХ КУРСІВ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ «ПСИХОЛОГІЯ»

2.1 Особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

2.2 Встановлення динаміки психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

Висновки по розділу 2

РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ 1-2 КУРСІВ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ «ПСИХОЛОГІЯ»

3.1. Мета, принципи, критерії ефективності реалізації програми забезпечення психологічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

3.2. Основні складові програми забезпечення психологічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

Висновки по розділу 3.

ВИСНОВКИ

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

ВСТУП

Здобувачі вищої освіти першого та другого курсів вступають у новий соціальний та навчальний контекст, що може викликати стрес та адаптаційні труднощі. Вивчення особливостей психічного здоров'я на цьому етапі дозволяє розуміти, які аспекти навчального процесу впливають на їхнє емоційне благополуччя та загальний психічний стан.

Специфіка освітньої програми "психологія" передбачає великий обсяг теоретичних та практичних знань. Першокурсники та здобувачі вищої освіти другого курсу можуть зіткнутися зі значним навантаженням, що може вплинути на їхнє психічне здоров'я. Розуміння цього аспекту дозволяє розробляти ефективні стратегії підтримки та зниження ступеня стресу.

Здобувачі вищої освіти можуть зіткнутися з особливостями навчання, пов'язаними із високим рівнем самопізнання та роботою з власними емоціями. Вивчення психічного здоров'я на перших етапах навчання допомагає студентам ефективно впоратися з викликами цієї освітньої галузі. Навчання в групах сприяє формуванню міжособистісних відносин. Вивчення психічного здоров'я дозволяє розуміти вплив групової динаміки на емоційний стан студентів та розвивати навички психосоціальної адаптації.

Здобувачі вищої освіти можуть стикатися з особливостями професійної самоідентифікації та становлення в ролі психолога. Розуміння впливу цього процесу на психічне здоров'я є ключовим для успішного старту в обраній професійній сфері.

Тема магістерської є важливим напрямком досліджень, спрямованим на розуміння та підтримку їхнього емоційного та психічного благополуччя в умовах вищого навчання.

Новий етап життя студента, особливо першокурсника, часто супроводжується стресом та потребою в адаптації до нового оточення, вимог навчання, соціальних норм та стандартів університетського співтовариства.

Неусвідомлене або недостатнє управління стресом може призвести до погіршення психічного здоров'я.

Висока інтенсивність навчання, значна кількість домашніх завдань, іспитів та проектів може призводити до перевантаження студентів. Такий навчальний тиск може впливати на їхню психічну стійкість та загальний емоційний стан. Університетське життя може сформувати значні соціальні виклики. Здобувачі вищої освіти можуть відчувати тиск у відносинах, несприятливі ситуації в групах або класах, а також самоізоляцію через відсутність соціальної підтримки.

Завдання та вимоги навчання часто можуть перевищувати можливості здобувачів вищої освіти в аспекті організації свого часу. Недостатня кількість часу для відпочинку та відновлення може призвести до виснаження та негативно позначитися на психічному стані.

Здобувачі вищої освіти можуть стикатися зі стресом, пов'язаним із невизначеністю щодо своєї майбутньої кар'єри. Неясність щодо можливих шляхів розвитку та відсутність конкретних перспектив може викликати тривогу та невизначеність. Здобувачі вищої освіти часто зосереджують увагу на навчанні та досягненнях, іноді забуваючи про власне психічне здоров'я. Недостатнє усвідомлення важливості психічного благополуччя може призводити до знецінення власних емоційних потреб.

Для вирішення цих проблем може бути важливим розвиток системи психологічної підтримки, проведення тренінгів з управління стресом та адаптацією, а також створення сприятливого середовища для відкритого обговорення питань психічного здоров'я серед студентів.

Проблемне поле тематики магістерської роботи вивчала вітчизняні та закордонні науковці. Серед вітчизняних психологів проблематикою в різних контекстах займалися наступні науковці: психічне здоров'я та освіта (Т. Артеменко [3], А. Борисюк [7], О. Василевська [8, 9, 10, 11], Н. Гончаренко [15, 16, 17, 18], С. Дружилов [23], Н. Зорій [24], Ю. Кашлюк [27], Леонтьєва

О.І. [32], Н. Максимова, К. Мілютіна, В. Піскун [34], С. Максименко [33], Меднікова Г.І. [35], Р. Сірко [44], Т. Титаренко [50], А. Шувалов [56]) , соціально-психологічні аспекти здоров'я (І. Коцан [30], Г. Мешко, О. Мешко [36], І. Пінчук, Н. Степанова, О. Суховій, Г. Сулімовська [37, 38], М. Рабінович [40], Т. Работа [41]), загальні аспекти психічного здоров'я (Білозерська С.І. [4], В. Бодров [5], Вірна Ж.П., Кошій В.Р. [12], І. Галецька [14], І. Гріневич [19], І. Гурвіч [20], К. Демида [21, 22], Н. Жигалкіна (Лебедева) [24], Л. Карамушка, Т. Дзюба [26], А. Кічук [28], О. Колісник [29], В. Лагодзинська [31], С. Максименко [34]), оптимістичне відношення до життя як активуючий ресурс особистості ([39], М. Савчин [42; 43], Л. Скокова [45], М. Тимофієва [48], Тимофієва М.П., Двіжона О.В. [49], О. Устінов [51;52;53], О. Царькова, Т. Работа, Ю. Гончарова [55], В. Шафранський, С. Дудник [56, 57]).

Серед зарубіжних дослідників зазначену у магістерській тематику вивчали, формуючи дослідницькі напрямки наступні психологи: теорії [60], Г. Енгель [61], Г. Айзенк, С. Айзенк [62], О. Феніхель [63], В. Франкл [65], З. Фрейд [66], Г. Ансбахер, Р. Ансбахер [71], К. Хорні [72], Е. Маслоу [75], Дж. Мітчелл [76], Ф. Перлс [78], А. Рахман [79], К. Роджерс [82], С. Салліван [84], П. Тайсон, К. Вільсон, Д. Кроун, Р. Брейлсфорд, К. Лоус [86], І. Ялом [88]), студентське здоров'я та психічне благополуччя (Д. Айзенберг, Е. Гольберштейн, Дж. Хант [59], П. Горчинські, В. Сімс-Шутен, Д. Хілл, Дж. Вільсон [67], Т. Харанді, М. Тагінасаб, Т. Найері [68], Дж. Хант, Д. Айзенберг [69], Я. Котера, Е. Конуей, В. Ван Гордон [72], Ю. Лукат, Ю. Марграф, Р. Лутц, В. Ван дер Вельд, Е. Беккер [73], Е. Макаскілл [74], С. О'Нілл, М. Маклафферті, І. Енніс, С. Лапслі, Т. Бжурсон, К. Армстронг [77], Т. Річардсон, П. Елліотт, Р. Робертс [80 ; 81], Е. Шелдон, М. Сіммондс-Баклі, С. Боун, Т. Маскаренгас, Н. Чан, М. Вінкотт, Г. Глісон, К. Соу, Д. Хінд, М. Баркгам [83], К. Торлі [85], М. Вільямс, П. Коаре, Р. Марвелл, Е. Поллард, А.-

М. Хоутон, Дж. Андерсон [87], ризики та фактори впливу на студентське здоров'я (П. Тайсон, К. Вільсон, Д. Кроун, Р. Брейлсфорд, К. Лоус [86], Т. Річардсон, П. Елліотт, Р. Робертс, М. Янсен [81], Е. Шелдон, М. Сіммондс-Баклі, С. Боун, Т. Маскаренгас, Н. Чан, М. Вінкотт, Г. Глісон, К. Соу, Д. Хінд, М. Баркгам [83]).

Об'єктом дослідження є здобувачі вищої освіти, які навчаються на першому та другому курсах освітньої програми "психологія", а предметом їх психічне здоров'я.

Метою даної теми є вивчення особливостей психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми "психологія".

Виходячи з мети, поставлені такі завдання:

визначити поняття психічного здоров'я у сучасній психології;

описати основні концептуальні до визначення причин виникнення неврозів;

. виявити вплив навчання у закладі вищої освіти на стан психічного здоров'я здобувачів вищої освіти;

4. виокремити особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти

встановити динаміку психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»;

6. описати мету, принципи, показники ефективності реалізації програми забезпечення психологічного здоров'я 1-2 курсів здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія»;

7. виділити основні складові програми забезпечення психологічного здоров'я 1-2 курсів здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія»

У роботі використано такі методи:

етодика експрес-діагностики неврозу К. Хека-Х. Хесса; шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера-Ю. Ханіна;

питувальник А. Бека з метою оцінки депресії;

етодика самооцінки особистості;

ест диференційованої самооцінки функціонального стану САН;

питувальник «Адаптивність»;

етодика дослідження вольової організації особистості ;

База проведення дослідження: Дніпровський гуманітарний університет

Теоретична значущість полягає у розробці програм психічного здоров'я та благополуччя для здобувачів вищої освіти, спрямованих на зменшення стресу, підвищення навичок самоуправління та створення сприятливого навчального середовища. Особлива увага може бути приділена розробці заходів для підтримки адаптації першокурсників та створення відчуття психологічної безпеки в університетському середовищі.

Практична значущість цієї теми виявляється в можливості розробки та впровадження ефективних стратегій для підтримки психічного здоров'я здобувачів вищої освіти.

Апробація результатів роботи та публікації:

ульга Д. Р. Особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти // Актуальні проблеми юриспруденції та психології: матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 15 груд. 2023 р.). Дніпро : ВВПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2023. С.

2) Самойлов О.Є., Шульга Д. Р. Психічне здоров'я особистості: зміст та складові // Розвиток сучасної науки: актуальні питання теорії та практики: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Львів, 17 листопада, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». — Вінниця:

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, переліку посилань

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СТУДЕНТСЬКОМУ ВІЩІ

1.1 Поняття психічного здоров'я у сучасній психології

Невід'ємною частиною загального здоров'я є психічне здоров'я. Щодо терміну «психічне здоров'я» зберігається невизначена ситуація, обумовлена існуванням одночасно двох підходів до розуміння проблеми психічного здоров'я:

відмінність здоров'я від хвороби (патоцентрична, медична модель здоров'я);
відмінність здоров'я «від здоров'я» (саноцентрична, психологічна модель)»
відсутність симптомів і синдромів захворювань. В рамках другого – наявність здатності до адаптації, саморозвитку, самореалізації [54].

З позиції ВООЗ, психічне здоров'я - це стан добробуту, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. «У сучасному визначенні психічного здоров'я наголошується, що для нього характерна індивідуальна динамічна сукупність психічних властивостей конкретної людини, яка дозволяє останньому адекватно своєму віку, статі, соціальному становищу пізнавати навколишню дійсність, адаптуватися до неї та виконувати свої біологічні та соціальні функції відповідно до особистих, що виникають, та суспільними інтересами, потребами, загальноприйнятою мораллю» [13, с. 5-11].

Виділяються такі складові психічного здоров'я (за ВООЗ): 1) усвідомлення та почуття безперервності, сталості та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»; 2) почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; 3) критичність до себе та своєї власної психічної діяльності та її результатів; 4) адекватність психічних реакцій силі та частоті

середовищних впливів, соціальних обставин та ситуацій; 5) здатність керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм (правил, законів); 6) здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати її; 7) здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин

Психічне здоров'я слід розглядати не як однорідне утворення, а як утворення, що має складну, рівневу структуру. Вищий рівень психічного здоров'я - особистісно-смысловий, який визначається якістю смислових відносин людини. Далі - рівень індивідуально-психологічного здоров'я, оцінка якого залежить від здібностей людини побудувати смислові устремління. І третій – рівень психофізіологічного здоров'я, що визначається особливостями внутрішньої, мозкової, нейрофізіологічної організації актів психічної діяльності. Кожен із цих рівнів, маючи свої критерії, повинен мати і свої особливі закономірності перебігу. Незважаючи на взаємозв'язок і взаємозумовленість рівнів, можливі різні варіанти їх розвиненості, ступеня і якості їх здоров'я. Тобто психічне здоров'я, будучи багаторівневим, може страждати на одних рівнях при відносній безпеці інших [27].

Психічне здоров'я може бути поділено на індивідуальне та суспільне. Індивідуальне психічне здоров'я характеризується узгодженістю всіх психічних функцій, що забезпечують почуття суб'єктивної психічної комфортності, здатністю до цілеспрямованої діяльності та виконання соціальних функцій, які адекватні загальнолюдським цінностям і особливостям групи, до якої належить індивід. При цьому оцінка індивідуального психічного здоров'я має враховувати неповторність та унікальність кожної конкретної особи. Під суспільним психічним здоров'ям мається на увазі рівень психічного здоров'я популяції, тобто поширеність у ній психічних захворювань, алкоголізму та наркоманії, розумової відсталості, різних форм деструктивної поведінки. Напевно, не потрібно доводити, що духовне та психічне здоров'я нерозривно пов'язані між собою, причому друге

– свого роду фундамент, на якому зростає духовне здоров'я як окремого індивіда, так і суспільства загалом. Не досягнувши відповідного рівня суспільного психічного здоров'я, важко розраховувати на побудову суспільства з високим рівнем духовного здоров'я» [47, с. 23-27].

Психічне здоров'я може розглядатися як центральна здатність індивіда до усвідомлення себе як суб'єкт, що взаємодіє з навколишнім світом, є важливою умовою індивідуального та суспільного благополуччя та має безліч медичних, соціальних та політичних аспектів. Найбільш поширеним нині підходом у вивченні психічного здоров'я населення є клініко-епідеміологічний, який ґрунтується на аналізі даних первинного статистичного обліку, що проводиться на території або спеціально (державний облік), або у процесі здійснення своїх функцій соціальними інститутами (відомчий облік). Він також часто ґрунтується на суцільному чи вибіркового дослідженні поширеності певних психічних розладів у конкретній популяції, у тому числі прикордонних психічних розладів.

Дослідження психічного здоров'я та його порушень з позицій гуманітарних наук, зокрема психології, на відміну від природничих досліджень орієнтовані не на певні нозологічні одиниці, а на окремі функції та структури, регулюючі поведінку та переробку інформації. У світлі такої позиції не людина є хворою, а конкретний тип поведінки та конкретні психічні функції виявляють відхилення, які розцінюються суспільством і самою особистістю як аномальні та потребують зміни [7].

Поняття психічного здоров'я, що визначається в межах медичної та патопсихологічної моделі, є адекватним для визначення психічного здоров'я в психіатрії, але не відповідають запитам психологічної практики, що активно розвивається в нашій країні. Проте нині відбувається поступовий, але впевнений перехід від патоцентричної моделі психічного здоров'я (орієнтація на хворобу, патологію, лікування) до сучасної саноцентричної моделі (орієнтація на здоров'я, оздоровлення, профілактику) [7]. У останніх

публікаціях з психології все наполегливіше відчувається заклик до ампліфікації поняття «психічне здоров'я у бік психологічної складової».

Отже, можна стверджувати, що у психології назріла необхідність розробки концепції психічного здоров'я, орієнтованої вивчення його особистісних детермінант, з уточненням як самого поняття «психічне здоров'я», і критеріїв, визначальних його зміст і якість. Вивчаючи проблему визначення терміну «психічне здоров'я», слід вказати на необхідність використання як критеріїв психічного здоров'я таких, які описували б його з позиції переживання самої людини [32]. Ідентичність, будучи критерієм особистісного розвитку та адаптації до свого Я, може виступати в якості критерію та психічного здоров'я особистості [32].

Можна виділити такі критерії психічного здоров'я:

ілісність;

свідомленість;

аявність власної життєвої позиції;

ктивність, спрямовану реалізацію власного внутрішнього потенціалу;

уховність, свобода та відповідальність;

отожність собі, своїй природі, переживання свого «Я»;

ворчість;

ажливість Іншого (емпатичне розуміння та прийняття іншої людини);

амотворчість (можливість реально стати господарем власного життя, здатність розвиватися, змінюватись) [58; 64; 65; 75; 82;].

Основні особливості здоров'я включають в себе:

- стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя;
- відсутність хвороби;
- процес адаптації до зовнішнього середовища, що змінюється, до дорослішання, до лікування, до очікування смерті;
- приховані резерви, готові актуалізуватися у разі потреби;

- здатність до відновлення після фізичних, психологічних, соціальних та інших впливів;
- здатність до збереження відповідної віку стійкості за умов зовнішніх змін;
- процес підтримки значення фізіологічних констант, при якому організм здатний у разі потреби виводити їх (фізіологічні константи) за певні рамки звичайного функціонування та своєчасно повертати їх до колишніх оптимальних значень [3;4;26].

Модель психологічного здоров'я включає в себе:

- самореалізація у соціумі: успішна соціально-психологічна адаптація; ефективне та конструктивне спілкування. Цей компонент включає взаємодію людини і навколишнього її соціуму «Я-Інші»;
- самооцінка: позитивне самовідношення; позитивне мислення; прийняття себе, свого образу. Цей компонент включає взаємодію людини із самим собою «Я-Я».
- саморегуляція: прийняття особистої відповідальності за свої вчинки, здоров'я, діяльність та життя в цілому; досягнення особистістю вікової зрілості; адекватне емоційно-вольове регулювання, самоконтроль, емоційне благополуччя; побудова життєвої транспективи, осмислення свого життя. Даний компонент відбиває заздалегідь усвідомлений і системно організований вплив індивіда на свою психіку з метою зміни її характеристик у бажаному напрямку [26].

Таким чином, провівши теоретичний огляд проблеми психічного здоров'я, можна запропонувати наступну сукупність складових психічного здоров'я:

- відсутність психічних захворювань та прикордонних станів;
- відсутність психосоматичних захворювань та психосоматичних розладів;

- відсутність хронічних захворювань, що не належать до розряду психосоматичних;
- відсутність депресивних симптомів;
- помірна особистісна тривожність;
- середня чи висока адекватна самооцінка;
- задовільний чи високий адаптаційний потенціал;
- середній чи високий рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості;
- задоволеність спілкуванням;
- середній чи високий рівень моральної нормативності;
- сприятливе самопочуття;
- висока активність;
- сприятливий рівень настрою;
- розвинені вольові якості.

Такий підхід відображає позитивний погляд на поняття «здоров'я», як поєднання об'єктивних критеріїв та суб'єктивних відчуттів індивіда. Крім того, в даному випадку враховується та обставина, що психологічне здоров'я є вершина айсберга під назвою «психічне здоров'я».

Існують різні підходи до розуміння здоров'я. Представлена сукупність складових психічного здоров'я допомагає визначити той «ідеал», який може бути досягнутий за певних умов розвитку та саморозвитку.

Основні концептуальні до визначення причин виникнення неврозів

Складність понять «здоров'я», «норма», «патологія» і «хвороба» викликає труднощі їхнього дослідження у межах будь-якого підходу у медичної психології. Жодна з концепцій медичної психології не може відобразити цілісне уявлення про етіологію психічних порушень [16]. Щодо генези такого виду патології як неврози, також немає єдиної думки. Загалом

виділяються такі підходи до виникнення розладів невротичного спектру: біологічна модель, психологічна модель (психоаналітичний, поведінковий, когнітивний, екзистенційний та гуманістичний підходи) та біопсихосоціальна модель.

Згідно з біологічною моделлю першою ланкою всякого неврозу є порушення процесів збудження та гальмування. При тривалій дії патогенних умов, особливо при комбінації їх з іншими несприятливими обставинами, утворюються хворобливі застійні пункти, змінюється тонус кори, відбуваються фазові зміни реактивності, які потім виникають умовнорефлекторно і, як наслідок - фіксуються патологічні тимчасові зв'язки. У цьому преморбідні особливості сприяють чи протидіють виникненню неврозу.

Багато психологічних напрямів завдячують поняттю «невроз» своїм народженням та розвитком. Загальна концепція психологічного походження неврозів у межах психоаналізу зводиться до ставлення до невротичному конфлікту. Проте, різні представники психоаналізу по-своєму розуміють зміст несвідомого і, отже, змістовну сторону невротичного конфлікту. З погляду З. Фрейда, ядром неврозів є Едіпів комплекс, а невротичні симптоми є заступниками сексуального задоволення. Відповідно до З. Фрейда, тоді як одна частина особистості прагне реалізації певних бажань, інша ці бажання відхиляє. І хоча такого конфлікту немає, невроз, який є завжди конфліктом буде патогенним. Патогенний характер, за З. Фрейдом, він набуде лише тому випадку, якщо відбудеться «зіткнення» між потягами «Я» і сексуальними потягами. Як необхідну, але не єдину умову у розвиток неврозу, З. Фрейд зазначає «вимушений відмова» від задоволення лібідо. До такої ж обов'язкової умови він відносить і фіксацію лібідо. Заслуга З. Фрейда у цьому, що він перший зрозумів невроз як страждання суперечливого розвитку особистості [66].

В подальшому невротизація розглядалась як конфлікт між комплексом неповноцінності та прагненням до самоствердження, жагою до влади. В цьому зв'язку для подолання цього комплексу людина вдається до механізмів компенсації та гіперкомпенсації. Симптоматика невротизації є вираженням боротьби, спрямованої на подолання почуття недостатності. Розвиток симптомів розглядається як «втеча в хворобу», «бажання влади», «чоловічий протест». Перший і третій шлях спрямовані на привертання уваги до себе (за допомогою симптому людина може отримати її навіть більшою мірою, ніж здорова). Другий шлях, «бажання влади», входить у конфлікт із відчуттям близькості з іншими людьми. У цілому невротизація може розглядатись як екзистенційний криза, що вражає всю особистість.

Основну роль етіології невротизації К. Хорні відводить дефіциту батьківської любові. Внаслідок чого розвиваються установки, що суперечать один одному, що і призводить до невротизації. На її думку, якщо забезпечити дитині «теплу атмосферу», вона виростає «відповідно до свого справжнього Я». У випадку, якщо цього не відбувається, розвиваються установки, що суперечать одна одній: до людей, проти людей і геть від них і, як наслідок, невротизація. На відміну від З. Фрейда, К. Хорні вважає, що невротичний конфлікт виникає, коли прагнення до безпеки в людини суперечить прагненню задоволення бажань, і тоді з метою вирішення конфлікту виробляється певна стратегія поведінки. Для задоволення потреб у безпеці людина формує поведінку, що обмежує сферу її функціонування щодо безпечними областями, що знижує базальну тривогу, але перешкоджає реальним досягненням, тобто фруструється потреба у задоволенні. Прагнучи досягнень, людина змушена освоювати нові сфери, відмовлятися від фіксованих стратегій та обмежувальної поведінки, що призводить до фрустрації потреби у безпеці. Таким чином, наявність цих двох потреб несе у собі протиріччя, що може призвести до невротизації. І в цьому сенсі, на думку К. Хорні, різницю між здоров'ям і невротизацією є лише кількісним. Пізніше її

думка на неврози - переважання ідеалізованого «я», що є продуктом ірраціональної уяви індивіда [70].

Е. Фромм, як і К. Хорні, вважає, що якісної відмінності між здоров'ям і неврозом немає. Причину останнього він бачив у несвідомій, компульсивній діяльності - «втечі від свободи», яка є способом позбавлення відчуття самотності, безнадійності та особистої відповідальності. Їм описані три стратегії такої «втечі»: авторитаризм (садизм і мазохізм), деструктивізм та конформізм. Конфлікт між потребою у свободі та потребою у безпеці, так само як і механізми «втечі від свободи», представлені і у хворих на неврози, і у здорових, але з різним ступенем інтенсивності [64].

Згідно Г. С. Саллівану, джерелами конфлікту, що лежать в основі неврозів, є міжособистісні відносини матері та дитини. Він наголошує, що порушення цих відносин можуть призвести до наступних невротичних проявів: страхи, агресивність, боязкість [84]. Невроз може також розглядатись як неминучий та необхідний момент розвитку у зв'язку з формуванням дитячої тривоги.

Як зазначає О. Феніхель, всім видів неврозів характерна одна загальна риса: замість того, щоб раціонально реагувати на різноманітні зовнішні вимоги, відбувається заміщення ірраціональними феноменами, які розцінюються суб'єктом як привнесені ззовні і не піддаються контролю. О. Феніхель вважає, що невротичні феномени виникають через порушення нормального контролю психічного апарату, коли мимовільні "аварійні розрядки" заміняють "нормальні розрядки". При цьому, як він стверджує, існує два шляхи недостатнього контролю: перший, коли на психічний апарат впливає сильний наплив подразників в одиницю часу і він не справляється з ним, і другий шлях, коли зменшення розрядки створює напругу всередині організму та нормальне збудження має травматичну дію ; ці шляхи одне одного не виключають [63].

Ф. Перлс вважав, що причиною всіх невротичних станів є придушення емоцій. Якщо вираз емоцій утруднений, тривога посилює тривогу. Після цього відбувається спроба десенсибілізації емоцій, яка, з одного боку, покликана зняти напругу, з другого, породжує шари неврозу [78].

Прибічники біхевіорального підходу розглядають неврози людини як вираз, виробленого в онтогенезі, неадаптивної поведінки. У центрі уваги виявляється симптом, що розуміється як поведінка. У цьому з'ясування складних психічних причин розвитку психогенних розладів вважалось зайвим. Здоров'я та хвороба є результатом того, чому людина навчилася і чому не навчилася, а особистість – це досвід, який людина набула протягом життя. Невроз не розглядається як самостійна нозологічна одиниця. У центрі уваги виявляється симптом, що розуміється як поведінка. Представники цього підходу вважають невротичну поведінку звичкою неадаптивної поведінки у нормального організму з погляду фізіології; А. Рахман - розглядають його як засвоєні неадаптивні зразки поведінки [79]. Пропонується трифазна теорія неврозу, згідно з якою, на першій стадії відбувається певна подія, що викликає сильну емоційну реакцію. На другій стадії, близько до цієї події, відбувається інша подія, спочатку нейтральне. Воно асоціативно пов'язується з першим та з емоційним відгуком на нього. Далі, якщо підкріплення не настає, відбувається згасання емоційної реакції. Але якщо ситуація повторюється, виникає невроз і емоційна реакція запускається вже нейтральними подіями, асоційованими з психотравмою.

На відміну від психоаналітичної і поведінкової позицій, раціонально-емотивний підхід А. Елліс як основа неврозів ставить в основу різного роду ірраціональні переконання, а також підпорядкування численним факторам. А. Елліс стверджує, що тривога, почуття провини, депресія та інші психологічні проблеми викликані способом сприйняття подій. Він ставить людину «в центр світу та її власної емоційної долі і надає їй майже повну відповідальність за вибір завдавати чи не завдавати собі серйозного

занепокоєння» [60]. У цьому його думка частково подібна до думки з О. Феніхелем.

Позиція В. Франкла як представника екзистенційної психології полягає в тому, що існують такі види неврозів: «ноогенні», що виникають внаслідок духовного конфлікту; «колективні», що виникають через незнання сенсу свого життя; первинне психогенні неврози. В останньому випадку він наголошує на необхідності розмежування того, що з'явилося після психотравмуючої події і того, що з'явилося внаслідок психотравми [65]. На думку І. Ялома, екзистенційний підхід на відміну психоаналізу, акцентує базисний конфлікт іншого - це конфронтація індивіда з «данністю існування» ізоляцію та безглуздість. Динамічний екзистенційний підхід зберігає базову динамічну структуру З. Фрейда, але змінює її зміст. Колишня формула «Потяг → Тривога → Захисний механізм» замінена наступною: «Свідомість кінцевої даності → Тривога → Захисний механізм». І. Ялом пише: «Психопатологія залежить не просто від присутності чи відсутності стресу, а від співвідношення всюдисущого стресу з індивідуальними захисними механізмами» [88].

З позиції гуманістичного підходу в медичній психології, неврози – це відповідь на відсутність реалізації свого природного людського потенціалу. Як зазначає А. Маслоу, відсутність задоволення потреб у безпеці та захисті, у приналежності, у коханні, повазі, а також потреби у самоактуалізації веде до розвитку «дефіцитарних хвороб», до яких, на його думку, належать і неврози. А. Маслоу вбачає причину неврозів у невдачі особистісного зростання. А. Маслоу відводить більш істотну роль соціальним, економічним, освітнім, філософським та сімейним факторам у виникненні невротичних розладів, ніж факторів біологічного порядку. Він пише, що «правильніше пов'язувати невроз із духовними розладами - сумнівами щодо цілей і сенсу життя, жалем чи гнівом через втрачену любов, втрату мужності чи надії, розпач перед

майбутнім, відчуттям, що життя прожите даремно, або, що немає шансів на радість і любов, тощо» [75]. У цьому його погляди подібні до позиції В. Франкла.

Центральним становищем в етіології неврозів за К. Роджерсом є «сприйнята клієнтом неконгруентність між Я-концепцією та переживанням/поведінкою». Його теорія неврозів була орієнтована на нозологічний діагноз і, тим самим, не стигматизувала клієнта [65].

Біопсихосоціальна модель стверджує, що психічне здоров'я та хвороба визначаються безліччю факторів, що впливають один на одного. Хронічний стрес може сприяти розвитку порушень. Однак, крім стресу, на виникнення та подальший розвиток психічних порушень впливають і інші фактори. До чинників біологічного порядку належить стать, спадковість, темперамент тощо. буд. Ці чинники нічого очікувати розглядатися ізольовано як «справжня» причина порушення психіки, лише у комплексі. При цьому центральна нервова система несе інтегруючу навантаження у взаємодії цих процесів [61].

Нині проблема багатопланового вивчення невротичних розладів залишається, безумовно, актуальною, при цьому найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології неврозів. При цьому слід наголосити на актуальності вивчення психосоціальних особливостей осіб з невротизацією.

Отже, різні автори по-різному розглядають походження неврозів. Проте, враховуючи різні думки, можна припустити такий механізм їх виникнення: внаслідок неправильного виховання відбувається порушення ставлення до себе; як наслідок – недосконалість захисних механізмів, неадаптивна поведінка, труднощі раціональної переробки психотравмуючих ситуацій, а також виникнення у зв'язку з цим афективно забарвлених переживань, які можуть призвести до невротизації. Розуміння причин неврозів може сприяти як профілактиці самих неврозів, так і профілактиці невротичних проявів при

психосоматичних захворюваннях, що можна використовувати у практичній діяльності психотерапевтів і психологів.

Вплив навчання у закладі вищої освіти на стан психічного здоров'я здобувачів вищої освіти

Новоутвореннями юнацького віку є: саморефлексія, саморозвиток та формування життєвих планів та світогляду; самовизначення; екзистенційна криза сенсу життя. Серед особливостей юнацького віку (18-22 роки) необхідно виділити: інтерес до міжособистісних відносин, незалежне існування, прийняття рішення про вибір професії, інтеріоризація для фінансової незалежності, самовивчення, прийняття рішень. Юність характеризується як період виражених соціальних потреб [43].

Найважливіший психологічний процес юнацького віку – становлення самосвідомості та стійкого образу своєї особистості, свого «Я». Становлення самосвідомості відбувається за кількома напрямками:

-) відкриття свого внутрішнього світу - юнак починає сприймати свої емоції не як похідні від зовнішніх подій, бо як стан свого «Я», з'являється почуття своєї особливості, несхожості на інших, часом з'являється і почуття самотності;
-) з'являється усвідомлення незворотності часу, розуміння кінцівки свого існування. Життєвий план охоплює всю сферу особистого самовизначення: моральний образ, стиль життя, рівень домагань, вибір професії та свого місця у житті;
-) формується цілісне уявлення про самого себе, ставлення до себе, причому спочатку усвідомлюються та оцінюються людиною особливості його тіла, зовнішності, привабливості, а потім уже морально-психологічні, інтелектуальні, вольові якості;

) відбувається усвідомлення і формується ставлення до сексуальної чуттєвості, що зароджується [43].

У студентському віці відбуваються важливі перетворення міжособистісних стосунків. Вони, що характеризуються тенденцією до більш особистих і значних взаємодій, високою рефлексивністю, стають джерелом емоційних переживань. У цьому віці посилюється потреба у розумінні та співпереживанні, співчутті, встановленні довірчих відносин. Спілкування з однолітками набуває особливої ваги і стає однією з провідних чинників особистісного розвитку [27]. Тонка чутливість часом уживається з різкою черствістю; болюча сором'язливість - з розв'язністю; бажання бути визнаним, оціненим іншими – із підкресленою незалежністю; чуттєве фантазування - із сухим мудруванням [17].

Слід пам'ятати, що як загальні особливості цього віку виступає сенситивність. Ця підвищена чутливість може поживляти конфліктні реакції чи навіть - психічні порушення невротичного характеру, проявом яких можливо зниження самооцінки. Самооцінка здобувача вищої оцінки є регулятором його поведінки та навчальної діяльності. Під впливом студентської самооцінки залежно від спрямованості, характеру, здібностей, складається правильне чи неправильне ставлення себе, унаслідок чого самооцінка може бути або стимулом, або гальмом розвитку особистості. Студентська самооцінка тісно пов'язана з рівнем його домагань. Розбіжність між домаганнями та реальними можливостями здобувача вищої освіти веде до того, що він починає неправильно себе оцінювати, що може призвести до хворобливих переживань.

Студентський вік характеризується як період розвитку та досягнення інтелектуальних та фізичних сил. Але трапляється, що одночасно можна спостерігати як виявляються протиріччя між цими можливостями та їхньою дійсною реалізацією». Це період, коли ідеальне «Я» ще остаточно сформовано, а реальне «Я» добре не оцінено самим суб'єктом. Це протиріччя

може призвести до внутрішньої невпевненості у собі, викликати почуття незрозумілості. Наслідком невпевненості у собі та відчуттям незрозумілості може стати формування неадекватної самооцінки (як завищеною, так і заниженою). Останнє, можливо, стане «сприятливим грантом» для виникнення невротизації [17].

З початку навчання, у процесі адаптації першокурсників у ЗВО, може виникати стан тривоги, які самооцінка - зазнавати змін. З одного боку, вступ до ЗВО допомагає повірити молодим людям у свої сили та здібності, з іншого боку, юнаки та дівчата зі зниженою самоповагою болісно реагують, якщо в них щось не виходить у роботі або якщо вони виявляють у собі якийсь нестача закріплення високого рівня тривоги - формування тривожності як риси особистості. Як відомо, високий рівень тривожності високо корелює із виникненням невротичних розладів.

Для вироблення тактики та стратегії, що забезпечують оптимальний стан психічного здоров'я та успішну адаптацію студента, як представника соціальної групи, важливо знати життєві плани та інтереси першокурсника, систему домінуючих мотивів, рівень домагань, самооцінку тощо. Здобувачі вищої освіти, що надійшли на перший курс, нелегко сприймають зміст та організацію навчального процесу. Це пов'язано так само і з тим, що у школі та вдома індивіди перебувають під постійним контролем батьків, вчителів. Здобувачі вищої освіти не звикли до самоконтролю. Ще одна проблема, з якою здобувачі вищої освіти стикаються, вступивши до ЗВО, це різні системи навчання у школі та університеті. Наслідком цього є, здаються несподіваними, заборгованості з кількох дисциплін, що виявляють себе до початку залікового тижня і призводять до перевантаженості перед сесією та під час неї [17].

Всі ці проблеми різні за своїм походженням. Одні є об'єктивно неминучі, інші носять суб'єктивний характер і пов'язані зі слабкою підготовкою,

дефектами виховання у ній та школі. Але й ті й інші, за несприятливого збігу обставин, можуть стати поштовхом до порушення психіки, зокрема до неврозів.

Поширення прикордонних нервово-психічних розладів на технічних, медико-біологічних, фізико-математичних та гуманітарних факультетах складає пропорцію 1:1,5:2:6. Говорячи про проблему психічного здоров'я здобувачів вищої освіти, слід зауважити, що найбільший ризик виникнення Невротичні розлади в студентській популяції припадає на молодші курси (1 і 2), досягаючи максимуму до 3 курсу, пов'язуючи це з труднощами адаптації до нових професійних і побутових умов. На їхню думку, потім ймовірність розвитку цієї патології знижується, стаючи мінімальною на 4-6 курсах навчання, причому у 46,6% випадків вона виникала під час екзаменаційної сесії, оскільки остання є піком розумового навантаження та сильною стресовою ситуацією [34].

Несприятливий впливом на стан психічного здоров'я здобувачів вищої освіти може здійснювати: високий рівень психічних і фізичних навантажень, вкрай зростаючих у сесійний період; дефіцит часу; необхідність засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації; підвищені вимоги до вирішення проблемних ситуацій [17]. Як можливий чинник, що несприятливо впливає на стан психічного здоров'я під час навчання у ЗВО, може виступати вимушене перебування далеко від близьких [34].

На стан психічного здоров'я студентської молоді насамперед впливають соціально-економічні перетворення, які мають місце і пов'язані з психологічними особливостями несформованої особистості. У період навчання у ЗВО можна виділити три основні критичні періоди, які припадають на перший, третій та п'ятий курси. На першому курсі відбувається зміна соціальної ролі здобувача вищої освіти, коригування його потреб та цінностей, виникає необхідність більш гнучко регулювати свою поведінку, встановлювати взаємини у новому колективі; для здобувачів вищої

освіти із інших міст – необхідність облаштовувати побут. Відсутність резервів психічного здоров'я на кожному з етапів може призвести до розвитку невротичних розладів [20;21]. Здоров'я студентської молоді є необхідною умовою навчання у ЗВО. Високе розумове та емоційне навантаження, порушення режиму праці та відпочинку, невпевненість у своєму майбутньому, зміна місця проживання і т. д. вимагають мобілізації сил для адаптації студентів [16;17].

Характерною особливістю студентського віку є потреба у досягненнях. Якщо вона не знаходить задоволення в основних сферах діяльності здобувача вищої освіти, то зміщується на інші сфери (спорт, бізнес і т. п.). Резюмуючи, можна сказати, що людина має знайти собі область успішного самоствердження. В іншому випадку, можлива невротизація або відхід у психосоматичні захворювання.

Висновок по розділу 1.

иділяються такі складові психічного здоров'я: 1) усвідомлення та почуття безперервності, сталості та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»; 2) почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; 3) критичність до себе та своєї власної психічної діяльності та її результатів; 4) адекватність психічних реакцій силі та частоті середовищних впливів, соціальних обставин та ситуацій; 5) здатність керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм (правил, законів); 6) здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати її; 7) здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Психічне здоров'я слід розглядати не як однорідне утворення, а як утворення, що має складну, рівневу структуру. Вищий рівень психічного здоров'я - особистісно-смісловий, який визначається якістю смислових відносин людини. Далі - рівень індивідуально-психологічного здоров'я, оцінка якого залежить від здібностей людини побудувати смислові устремління. І третій – рівень психофізіологічного здоров'я, що визначається особливостями внутрішньої, мозкової, нейрофізіологічної організації актів психічної діяльності. Кожен із цих рівнів, маючи свої критерії, повинен мати і свої особливі закономірності перебігу. Незважаючи на взаємозв'язок і взаємозумовленість рівнів, можливі різні варіанти їх розвиненості, ступеня і якості їх здоров'я. Тобто психічне здоров'я, будучи багаторівневим, може страждати на одних рівнях при відносній безпеці інших.

Психічне здоров'я може розглядатися як центральна здатність індивіда до усвідомлення себе як суб'єкт, що взаємодіє з навколишнім світом, є важливою умовою індивідуального та суспільного благополуччя та має безліч медичних, соціальних та політичних аспектів. Найбільш поширеним нині підходом у вивченні психічного здоров'я населення є клініко-епідеміологічний, який ґрунтується на аналізі даних первинного статистичного обліку, що проводиться на території або спеціально

(державний облік), або у процесі здійснення своїх функцій соціальними інститутами (відомчий облік). Він також часто ґрунтується на суцільному чи вибірковому дослідженні поширеності певних психічних розладів у конкретній популяції, у тому числі прикордонних психічних розладів.

Поняття психічного здоров'я, що визначається в межах медичної та патопсихологічної моделі, є адекватним для визначення психічного здоров'я в психіатрії, але не відповідають запитам психологічної практики, що активно розвивається в нашій країні. Проте нині відбувається поступовий, але впевнений перехід від патоцентричної моделі психічного здоров'я (орієнтація на хворобу, патологію, лікування) до сучасної саноцентричної моделі (орієнтація на здоров'я, оздоровлення, профілактику)

Можна стверджувати, що у психології назріла необхідність розробки концепції психічного здоров'я, орієнтованої вивчення його особистісних детермінант, з уточненням як самого поняття «психічне здоров'я», і критеріїв, визначальних його зміст і якість. Вивчаючи проблему визначення терміну «психічне здоров'я», слід вказати на необхідність використання як критеріїв психічного здоров'я таких, які описували б його з позиції переживання самої людини .

Можна виділити такі критерії психічного здоров'я:

ілісність;

свідомленість;

аявність власної життєвої позиції;

ктивність, спрямовану реалізацію власного внутрішнього потенціалу;

уховність, свобода та відповідальність;

отожність собі, своїй природі, переживання свого «Я»;

ворчість;

ажливість Іншого (емпатичне розуміння та прийняття іншої людини);

амотворчість (можливість реально стати господарем власного життя, здатність розвиватися, змінюватись).

Основні особливості здоров'я включають в себе:

- стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя;
- відсутність хвороби;
- процес адаптації до зовнішнього середовища, що змінюється, до дорослішання, до лікування, до очікування смерті;
- приховані резерви, готові актуалізуватися у разі потреби;
- здатність до відновлення після фізичних, психологічних, соціальних та інших впливів;
- здатність до збереження відповідної віку стійкості за умов зовнішніх змін;
- процес підтримки значення фізіологічних констант, при якому організм здатний у разі потреби виводити їх (фізіологічні константи) за певні рамки звичайного функціонування та своєчасно повертати їх до колишніх оптимальних значень.

Модель психологічного здоров'я включає в себе:

- самореалізація у соціумі: успішна соціально-психологічна адаптація; ефективне та конструктивне спілкування. Цей компонент включає взаємодію людини і навколишнього її соціуму «Я-Інші»;
- самооцінка: позитивне самовідношення; позитивне мислення; прийняття себе, свого образу. Цей компонент включає взаємодію людини із самим собою «Я-Я».
- саморегуляція: прийняття особистої відповідальності за свої вчинки, здоров'я, діяльність та життя в цілому; досягнення особистістю вікової зрілості; адекватне емоційно-вольове регулювання, самоконтроль, емоційне благополуччя.

Згідно з біологічною моделлю першою ланкою всякого неврозу є порушення процесів збудження та гальмування. При тривалій дії патогенних умов, особливо при комбінації їх з іншими несприятливими обставинами, утворюються хворобливі застійні пункти, змінюється тонус кори,

відбуваються фазові зміни реактивності, які потім виникають умовнорефлекторно і, як наслідок - фіксуються патологічні тимчасові зв'язки. У цьому преморбідні особливості сприяють чи протидіють виникненню неврозу.

Багато психологічних напрямів завдячують поняттю «невроз» своїм народженням та розвитком. Загальна концепція психологічного походження неврозів у межах психоаналізу зводиться до ставлення до невротичного конфлікту. Проте, різні представники психоаналізу по-своєму розуміють зміст несвідомого і, отже, змістовну сторону невротичного конфлікту. З погляду З. Фрейда, ядром неврозів є Едіпів комплекс, а невротичні симптоми є заступниками сексуального задоволення. Відповідно до З. Фрейда, тоді як одна частина особистості прагне реалізації певних бажань, інша ці бажання відхиляє. І хоча такого конфлікту немає, невроз, який є завжди конфліктом буде патогенним. Патогенний характер, за З. Фрейдом, він набуде лише тому випадку, якщо відбудеться «зіткнення» між потягами «Я» і сексуальними потягами. Як необхідну, але не єдину умову у розвиток неврозу, З. Фрейд зазначає «вимушений відмова» від задоволення лібідо. До такої ж обов'язкової умови він відносить і фіксацію лібідо. Заслуга З. Фрейда у цьому, що він перший зрозумів невроз як страждання суперечливого розвитку особистості.

Основну роль етіології неврозів К. Хорні відводить дефіциту батьківської любові. Внаслідок чого розвиваються установки, що суперечать один одному, що і призводить до невротизації. На її думку, якщо забезпечити дитині «теплу атмосферу», вона виростає «відповідно до свого справжнього Я». У випадку, якщо цього не відбувається, розвиваються установки, що суперечать одна одній: до людей, проти людей і геть від них і, як наслідок, невротизація. На відміну від З. Фрейда, К. Хорні вважає, що невротичний конфлікт виникає, коли прагнення до безпеки в людини суперечить прагненню задоволення бажань, і тоді з метою вирішення конфлікту

виробляється певна стратегія поведінки. Для задоволення потреб у безпеці людина формує поведінку, що обмежує сферу її функціонування щодо безпечними областями, що знижує базальну тривогу, але перешкоджає реальним досягненням, тобто фруструється потреба у задоволенні.

Е. Фромм, вважає, що якісної відмінності між здоров'ям і неврозом немає. Причину останнього він бачив у несвідомій, компульсивній діяльності - «втечі від свободи», яка є способом позбавлення відчуття самотності, безнадійності та особистої відповідальності. Їм описані три стратегії такої «втечі»: авторитаризм (садизм і мазохізм), деструктивізм та конформізм. Конфлікт між потребою у свободі та потребою у безпеці, так само як і механізми «втечі від свободи», представлені і у хворих на неврози, і у здорових, але з різним ступенем інтенсивності.

Згідно Г. С. Саллівану, джерелами конфлікту, що лежать в основі неврозів, є міжособистісні відносини матері та дитини. Він наголошує, що порушення цих відносин можуть призвести до наступних невротичних проявів: страхи, агресивність, боязкість [84]. Невроз може також розглядатись як неминучий та необхідний момент розвитку у зв'язку з формуванням дитячої тривоги.

Як зазначає О. Феніхель, всім видів неврозів характерна одна загальна риса: замість того, щоб раціонально реагувати на різноманітні зовнішні вимоги, відбувається заміщення ірраціональними феноменами, які розцінюються суб'єктом як привнесені ззовні і не піддаються контролю. О. Феніхель вважає, що невротичні феномени виникають через порушення нормального контролю психічного апарату, коли мимовільні "аварійні розрядки" заміняють "нормальні розрядки".

Ф. Перлс вважав, що причиною всіх невротичних станів є придушення емоцій. Якщо вираз емоцій утруднений, тривога посилює тривогу. Після цього відбувається спроба десенсибілізації емоцій, яка, з одного боку, покликана зняти напругу, з другого, породжує шари неврозу.

Прибічники біхевіорального підходу розглядають неврози людини як вираз, виробленого в онтогенезі, неадаптивної поведінки. У центрі уваги виявляється симптом, що розуміється як поведінка. У цьому з'ясування складних психічних причин розвитку психогенних розладів вважалося зайвим. Здоров'я та хвороба є результатом того, чому людина навчилася і чому не навчилася, а особистість – це досвід, який людина набула протягом життя. Невроз не розглядається як самостійна нозологічна одиниця. У центрі уваги виявляється симптом, що розуміється як поведінка.

На відміну від психоаналітичної і поведінкової позицій, раціонально-емоційний підхід основною причиною неврозів вважає в основу різного роду ірраціональні переконання, а також підпорядкування численним факторам.

Позиція В. Франкла як представника екзистенційної психології полягає в тому, що існують такі види неврозів: «ноогенні», що виникають внаслідок духовного конфлікту; «колективні», що виникають через незнання сенсу свого життя; первинне психогенні неврози. В останньому випадку він наголошує на необхідності розмежування того, що з'явилося після психотравмуючої події і того, що з'явилося внаслідок психотравми.

На думку І. Ялома, екзистенційний підхід на відміну психоаналізу, акцентує базисний конфлікт іншого - це конфронтація індивіда з «данністю існування». З позиції гуманістичного підходу в медичній психології, неврози – це відповідь на відсутність реалізації свого природного людського потенціалу. Як зазначає А. Маслоу, відсутність задоволення потреб у безпеці та захисті, у приналежності, у коханні, повазі, а також потреби у самоактуалізації веде до розвитку «дефіцитарних хвороб», до яких, на його думку, належать і неврози. А. Маслоу вбачає причину неврозів у невдачі особистісного зростання. А. Маслоу відводить більш істотну роль соціальним, економічним, освітнім, філософським та сімейним факторам у виникненні невротичних розладів, ніж факторів біологічного порядку.

Різні автори по-різному розглядають походження неврозів. Проте, враховуючи різні думки, можна припустити такий механізм їх виникнення: внаслідок неправильного виховання відбувається порушення ставлення до себе; як наслідок – недосконалість захисних механізмів, неадаптивна поведінка, труднощі раціональної переробки психотравмуючих ситуацій, а також виникнення у зв'язку з цим афективно забарвлених переживань, які можуть призвести до невротизації. Розуміння причин неврозів може сприяти як профілактиці самих неврозів, так і профілактиці невротичних проявів при психосоматичних захворюваннях, що можна використовувати у практичній діяльності психотерапевтів і психологів.

Найважливіший психологічний процес юнацького віку – становлення самосвідомості та стійкого образу своєї особистості, свого «Я». Становлення самосвідомості відбувається за кількома напрямками:

) відкриття свого внутрішнього світу - юнак починає сприймати свої емоції не як похідні від зовнішніх подій, бо як стан свого «Я», з'являється почуття своєї особливості, несхожості на інших, часом з'являється і почуття самотності;

) з'являється усвідомлення незворотності часу, розуміння кінцівки свого існування. Життєвий план охоплює всю сферу особистого самовизначення: моральний образ, стиль життя, рівень домагань, вибір професії та свого місця у житті;

) формується цілісне уявлення про самого себе, ставлення до себе, причому спочатку усвідомлюються та оцінюються людиною особливості його тіла, зовнішності, привабливості, а потім уже морально-психологічні, інтелектуальні, вольові якості;

4) відбувається усвідомлення і формується ставлення до сексуальної чуттєвості, що зароджується.

У студентському віці відбуваються важливі перетворення міжособистісних стосунків. Вони, що характеризуються тенденцією до більш

особистих і значних взаємодій, високою рефлексивністю, стають джерелом емоційних переживань. У цьому віці посилюється потреба у розумінні та співпереживанні, співчутті, встановленні довірчих відносин. Спілкування з однолітками набуває особливої ваги і стає однією з провідних чинників особистісного розвитку.

Студентський вік характеризується як період розвитку та досягнення інтелектуальних та фізичних сил. Але трапляється, що одночасно можна спостерігати як виявляються протиріччя між цими можливостями та їхньою дійсною реалізацією». Це період, коли ідеальне «Я» ще остаточно сформовано, а реальне «Я» добре не оцінено самим суб'єктом. Це протиріччя може призвести до внутрішньої невпевненості у собі, викликати почуття незрозумілості. Наслідком невпевненості у собі та відчуттям незрозумілості може стати формування неадекватної самооцінки (як завищеною, так і заниженою). Останнє, можливо, стане «сприятливим грантом» для виникнення невротизації.

На стан психічного здоров'я студентської молоді насамперед впливають соціально-економічні перетворення, які мають місце і пов'язані з психологічними особливостями несформованої особистості. У період навчання у ЗВО можна виділити три основні критичні періоди, які припадають на перший, третій та п'ятий курси. На першому курсі відбувається зміна соціальної ролі здобувача вищої освіти, коригування його потреб та цінностей, виникає необхідність більш гнучко регулювати свою поведінку, встановлювати взаємини у новому колективі; для здобувачів вищої освіти із інших міст – необхідність облаштовувати побут. Відсутність резервів психічного здоров'я на кожному з етапів може призвести до розвитку невротичних розладів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО ДИНАМІКИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ 1-2 КУРСІВ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ «ПСИХОЛОГІЯ»

Особливості психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

Для емпіричного підтвердження, розробленої нами, сукупності складових психічного здоров'я, було проведено аналіз за показниками цієї сукупності. Усі отримані дані перевірено на нормальність розподілу. З'ясовано, що розподіл можна віднести до нормального, і, отже, використовувати параметричні критерії виявлення взаємозв'язків і відмінностей. Подані дані відображені у таблицях 2.1-2.6.

Слід зазначити, що ми використали критерій Стьюдента, і навіть критерій кутового перетворення Фішера для показників «відсутність вегетативної симптоматики» і «відсутність хронічних захворювань, зокрема психосоматичних».

Таблиця 2.1 - Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з невротизацією студентів 1 курсу

найменування показника	Група	Група	Достовірність відмінностей
	здорових	невротизацією	
1 Відсутність невротизації			≤0.01)
2 Відсутність депресивних симптомів			≤0.01)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			≤0.01)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			≤0.01)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			≤0.01)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного			≤0.05)

потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			≤0.05)
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			≤0.01)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			≤0.01)
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			≤0.05)

Як видно з таблиці 2.1, за допомогою критерію Стьюдента виявлено, що група здорових відрізняється від групи з невротизацією більш високою вираженістю ($p \leq 0.01$) наступних показників: відсутність невротизації, відсутність депресивних симптомів, помірний рівень особистісної тривожності, високий/задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий/задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «високий/достатній рівень вольової регуляції», «відсутність вегетативної симптоматики»; а також вищою вираженістю ($p \leq 0.05$) показників: «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу», «сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» порівняно з тими самими даними, отриманими у групі з невротизацією. Незважаючи на те, що достовірність відмінностей не досягає рівня значущості за такими показниками як: «високий/задовільний рівень моральної нормативності», «висока/середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан/нормальний рівень активності», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою» », у

групі здорових відзначається переважання у відсотковому відношенні порівняно з групою з невротизацією. Слід зазначити, що така перевага за показником «сприятливий стан/нормальний рівень активності» спостерігається у групі з невротизацією. Проте з огляду на сукупність інших показників у цій групі можна припустити, що рівень активності у них може знизитися з часом.

У структурі прикордонної психічної патології невротичні розлади становлять, за даними різних авторів, від 12,9% випадків до 69,9% випадків. Згідно з дослідженнями за шкалою вегетативних порушень було отримано показник 10,8 відсотка (за допомогою клінічного опитувальника виявлення та оцінки невротичних станів. Можна зазначити про необхідність своєчасної психотерапевтичної корекції зазначених порушень, і вимагають здійснення профілактичних заходів у студентському середовищі з метою запобігання виникненню невротичних порушень».

За даними інших досліджень «активна фаза» психічних порушень спостерігається в середньому в 30% випадків. При цьому доманіфестні стани, що кваліфікуються як стан ризику, відзначалися від 32 відсотків до 50 відсотків, залежно від курсу навчання та сезону. З психологічних особливостей на доманіфестному етапі можна зазначити підвищену сензитивність у поєднанні зі схильністю до тривожного реагування та фіксації на негативних переживаннях.

Далі було порівняні дані групи здорових із групою субдепресивних. З таблиці 2.2 випливає, що група здорових відрізняється від групи із субдепресією. Так, у групі здорових більш висока виразність ($p \leq 0.01$) наступних показників: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості, «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття», «високий/достатній рівень вольової регуляції», «відсутність

вегетативної симптоматики», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних»; а також більш високою вираженістю ($p \leq 0.05$) за фактором «помірний рівень особистісної тривожності» порівняно з тими самими даними, отриманими у групі субдепресії. За показниками: «високий/задовільний рівень моральної нормативності», «висока/середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан/нормальний рівень активності», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою» достовірність відмінностей також, як при порівнянні з групою з невротизацією, не досягає рівня значущості. Крім того, до статистично незначних показників у даному випадку приєднується «високий/задовільний рівень комунікативного потенціалу».

Таблиця 2.2

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з субдепресією 1 курсу

найменування показника	Група здорових	Група з субдепресією	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			($p \leq 0.01$)
2 Відсутність депресивних симптомів			($p \leq 0.01$)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			($p \leq 0.05$)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			($p \leq 0.01$)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			($p \leq 0.01$)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			($p \leq 0.01$)
10 Сприятливий стан/нормальний рівень			

активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			($p \leq 0.01$)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			($p \leq 0.01$)
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			($p \leq 0.01$)

Однак, у групі здорових відзначається переважання цих показників у відсотковому відношенні порівняно з групою із субдепресією, крім фактора «сприятливий стан/нормальний рівень активності». Іншими словами, по 9-ти складових психічного здоров'я з 14-ти складових встановлено достовірність відмінностей у групі здорових та у групі з субдепресією, що підтверджує доцільність висунутої нами сукупності цих складових не лише шляхом теоретичного дослідження, а й емпірично доводить, що їхнє включення дозволяє визначити як стан психічного здоров'я нині, виявити «групу ризику», а й встановити «зони вразливості» кожного респондента. Важливу роль розробленої нами сукупності грає можливість проведення цілеспрямованих заходів психопрофілактики.

Далі було досліджена достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі тривожних (таблиця 2.3). Дані таблиці 2.3 відображають, що в групі здорових переважають ($p \leq 0.01$) такі показники: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «помірний рівень особистісної тривожності», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття», «високий/достатній рівень вольової регуляції», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних».

Таблиця 2.3

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі тривожних 1 курсу

найменування показника	Група здорових	Група тривожних	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			($p \leq 0.01$)
2 Відсутність депресивних симптомів			($p \leq 0.01$)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			($p \leq 0.01$)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			($p \leq 0.01$)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			($p \leq 0.01$)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			($p \leq 0.01$)
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень волевого регулювання			
13 Відсутність вегетативної симптоматики			($p \leq 0.001$)
14 Відсутність хронічних захворювань, у т.			($p \leq 0.01$)

Група здорових у порівнянні з групою тривожних відрізняється більш високою вираженістю ($p \leq 0.001$) за фактором «відсутність вегетативної симптоматики».

Як і у випадку з групами з невротизацією та субдепресією, достовірність відмінностей не досягає рівня значущості за пунктами: «високий / задовільний рівень моральної нормативності», «висока / середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан / нормальний рівень активності», «сприятливий стан / Нормальний рівень настрою». Як і раніше, у відсотковому відношенні у групі здорових у порівнянні з групою тривожних, ці показники вищі, за винятком сприятливого рівня активності.

Наступним кроком було проведення аналізу даних групи здорових та групи малоадаптивних за допомогою критерію Стьюдента. З таблиці 2.4 випливає, що щодо достовірності відмінностей «картина» та сама, що й у таблиці 2.3. Тим не менш, у таблиці 4 показник «сприятливий стан / нормальний рівень активності» у відсотковому відношенні вищий у групі здорових. З таблиці 2.4 випливає, що щодо достовірності відмінностей «картина» та сама, що й у таблиці 2.3. Тим не менш, у таблиці 2.4 показник «сприятливий стан / нормальний рівень активності» у відсотковому відношенні вищий у групі здорових.

У інших дослідженнях психічного здоров'я здобувачів вищої освіти доходять висновку про те, що психічний здобувачів вищої освіти 1-2 курсів характеризується досить високим рівнем тривожності та напруженою адаптаційних ресурсів (хронічна втома)».

Таблиця 2.4

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі малоадаптивних 1 курсу

найменування показника	Група	Група	Достовірність відмінностей
	здорових	малоадаптивних	
1 Відсутність невротизації			($p \leq 0.01$)
2 Відсутність депресивних симптомів			($p \leq 0.01$)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			($p \leq 0.01$)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			($p \leq 0.01$)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			($p \leq 0.01$)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			($p \leq 0.01$)
Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			($p \leq 0.01$)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			($p \leq 0.001$)
Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			($p \leq 0.01$)

Як показують дослідження, навчальна та професійна адаптація студентів є багаторівневим соціально-психофізіологічним процесом і супроводжується значною напругою адаптаційних можливостей людини, появою емоційного неблагополуччя, тривожності, зміни функціонального стану людини [20;21].

Дані про достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі з вегетативною симптоматикою представлені в таблиці 2.5. За допомогою критерію Стюдента виявлено, що група здорових відрізняється від групи з вегетативною симптоматикою вищою вираженістю ($p \leq 0.01$) наступних показників: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «високий/достатній рівень вольової регуляції»; вищою вираженістю ($p \leq 0.001$) фактору «відсутність вегетативної симптоматики»; а також ($p \leq 0.05$) показників: «помірний рівень особистісної тривожності», «сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» порівняно з тими самими даними, отриманими в групі з групою вегетативною симптоматикою.

Таблиця 2.5

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з вегетативною симптоматикою 1 курсу.

найменування показника	Група здорових	Група з вегетативною симптоматикою	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			($p \leq 0.01$)
2 Відсутність депресивних симптомів			($p \leq 0.01$)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			($p \leq 0.05$)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			($p \leq 0.01$)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			($p \leq 0.01$)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			

8	Висока/середня адекватна самооцінка			
9	Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			($p \leq 0.05$)
10	Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11	Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12	Високий/достатній рівень вольового регулювання			($p \leq 0.01$)
13	Відсутність вегетативної симптоматики			($p \leq 0.001$)
14	Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			($p \leq 0.05$)

Достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними відображені у таблиці 2.6. З даних таблиці 2.6 випливає, що рівень статистичної значущості досягнуто лише за факторами: «відсутність вегетативної симптоматики» та «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» ($p \leq 0.01$). У групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними, у відсотковому відношенні вищою вираженістю відрізняється показник «сприятливий стан/нормальний рівень активності». Рівною вираженістю в обох групах – показники «високий/задовільний рівень моральної нормативності» та «високий/достатній рівень вольового регулювання». Всі інші показники мають більш високу виразність у відсотковому відношенні в групі здорових.

Таблиця 2.6

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними
1 курсу

найменування показника	Група здорових	Група с ХЗ, в т.ч. психосом-ми	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень волевого регулювання			
13 Відсутність вегетативної симптоматики			($p \leq 0.01$)
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			($p \leq 0.01$)

Далі було проаналізовані показники висунутої сукупності складових психічного здоров'я на вибірці студентів 2 курсу. Результати представлені у таблицях 2.7-2.12. Результати дослідження, відображені в таблиці 2.7, показують, що рівень статистичної значущості досягнуто за такими

факторами: «відсутність невротизації» та «високий/задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу» ($p \leq 0.001$); «відсутність депресивних симптомів», «помірний рівень особистісної тривожності», «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу», «високий / достатній рівень вольової регуляції», « ($p \leq 0.01$).

Таким чином, за 8 складовими психічного здоров'я з 14 таких складових математично доведено достовірність відмінностей.

Таблиця 2.7

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з невротизацією студентів 2 курсу

найменування показника	Група здорових	Група з невротизацією	Достовірність відмінностей
Відсутність невротизації			($p \leq 0.001$)
2 Відсутність депресивних симптомів			($p \leq 0.01$)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			($p \leq 0.01$)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			($p \leq 0.001$)
Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			($p \leq 0.01$)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			($p \leq 0.01$)
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			($p \leq 0.01$)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			($p \leq 0.01$)
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Далі проаналізовано достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі з субдепресією здобувачів вищої освіти 2 курсу.

З таблиці 2.8 випливає, що за такими показниками має місце достовірність відмінностей: відсутність депресивних симптомів ($p \leq 0.001$); "відсутність невротизації", "помірний рівень особистісної тривожності", "високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості", "високий / достатній рівень вольової регуляції", "відсутність вегетативної симптоматики" ($p \leq 0.01$); "високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу" ($p \leq 0.05$). Іншими словами, у половині із запропонованих нами складових досягається рівень статистичної значущості.

Таблиця 2.8

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з субдепресією студентів 2 курсу

найменування показника	Група здорових	Група з субдепресією	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			≤ 0.01)
2 Відсутність депресивних симптомів			≤ 0.001)
Помірний рівень особистісної тривожності			≤ 0.01)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			≤ 0.05)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			≤ 0.01)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			

10	Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11	Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12	Високий/достатній рівень вольового регулювання			≤0.01)
13	Відсутність вегетативної симптоматики			≤0.01)
14	Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Достовірність відмінностей ознак групи здорових і групи тривожних студентів 2 курсу представлено таблиці 2.9.

З таблиці 2.9 видно, що лише за 4-ма показниками з 14-ти факторів достовірність відмінностей не досягає рівня значущості. Тоді як достовірність відмінностей має місце у таких випадках: «помірний рівень особистісної тривожності», «високий/задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості» ($p \leq 0.001$); "відсутність невротизації", "відсутність депресивних симптомів", "високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу", "високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу", "високий / достатній рівень вольової регуляції", "відсутність вегетативної симптоматики"; «сприятливий стан/нормальний рівень активності», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою» ($p \leq 0.05$).

Таблиця 2.9

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі тривожних студентів 2 курсу

найменування показника	Група здорових	Група тривожних	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			≤0.01)
2 Відсутність депресивних симптомів			≤0.01)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			≤0.001)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			≤0.01)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			≤0.001)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			≤0.01)
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			≤0.05)
Сприятливий стан/нормальний рівень активності			≤0.05)
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			≤0.01)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			≤0.01)
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Далі було розглянуто достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі малоадаптивних студентів 2 курсу (таблиця 2.10). Дані таблиці 2.10 відображають факт наявності рівня значущості за показниками: «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий /

задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості» ($p \leq 0.001$); відсутність невротизації, відсутність депресивних симптомів, помірний рівень особистісної тривожності, високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу, відсутність вегетативної симптоматики ($p \leq 0.01$); "високий / достатній рівень вольової регуляції" ($p \leq 0.05$).

Таблиця 2.10

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі малоадаптивних здобувачів вищої освіти 2 курсу

найменування показника	Група	Група	Достовірність відмінностей
	здорових	малоадаптивних	
1 Відсутність невротизації			≤ 0.01)
2 Відсутність депресивних симптомів			≤ 0.01)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			≤ 0.01)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			≤ 0.001)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			≤ 0.001)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			≤ 0.01)
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			≤ 0.05)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			≤ 0.01)
Відсутність хронічних захворювань, у т. ч.			

психосоматичних			
-----------------	--	--	--

Визначимо достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі з вегетативною симптоматикою студентів 2 курсу.

З таблиці 2.11 випливає, що рівень значущості досягнуть за факторами: «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості» ($p \leq 0.01$); "відсутність невротизації", "відсутність депресивних симптомів", "помірний рівень особистісної тривожності", "високий/достатній рівень вольової регуляції" ($p \leq 0.05$).

Таблиця 2.11

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з вегетативною симптоматикою студентів 2 курсу

найменування показника	Група здорових	Група з вегетативною симптоматикою	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			≤ 0.05)
2 Відсутність депресивних симптомів			≤ 0.05)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			≤ 0.05)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			≤ 0.01)
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			≤ 0.01)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень			

активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			≤0.05)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Визначимо достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними студентів 2 курсу (таблиця 12).

Як видно з таблиці 12, достовірність відмінностей досягає рівня значущості за факторами: відсутність вегетативної симптоматики ($p \leq 0.01$); «відсутність депресивних симптомів», «високий/задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «високий/достатній рівень вольової регуляції» ($p \leq 0.05$).

Таким чином, у запропонованій сукупності складових психічного здоров'я, достовірність відмінностей є статистично значущою за такими факторами:

- «відсутність невротизації» ($p \leq 0.01$), крім групи із хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними;

- «відсутність депресивної симптоматики» ($p \leq 0.01$), крім групи з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними 2 курси. У групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними 1 курсу достовірність відмінностей має місце ($p \leq 0.05$);

помірний рівень особистісної тривожності» з різним рівнем статистичної значущості залежно від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою лише у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках.

Таблиця 2.12

Достовірність відмінностей складових психічного здоров'я у групі здорових та у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними здобувачів вищої освіти 2 курсу

найменування показника	Група здорових	Група з хронічними захворюваннями, в т. ч. психосоматичними	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			($p \leq 0.05$)
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			($p \leq 0.05$)
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень волевого регулювання			($p \leq 0.05$)
13 Відсутність вегетативної симптоматики			($p \leq 0.01$)
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

– "помірний рівень особистісної тривожності" з різним рівнем статистичної значущості залежно від виділеної "групи ризику". Достовірність

відмінностей не є статистично значущою лише у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

– "високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу" ($p \leq 0.01$). За винятком: групи з невротизацією та групи малоадаптивних 2 курсу, де достовірність відмінностей складає ($p \leq 0.001$), а також групи із субдепресією 2 курсу ($p \leq 0.05$). Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

– «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості» ($p \leq 0.01$). За винятком: групи малоадаптивних та групи тривожних 2 курси, де достовірність відмінностей становить ($p \leq 0.001$). Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

– «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу» (тільки у групі з невротизацією в обох вибірках: на 1 курсі у цій групі достовірність відмінностей склала ($p \leq 0.05$), а на 2 курсі – ($p \leq 0.01$);

– «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття» у студентів 1 курсу: у групах із субдепресією, групі тривожних, групі малоадаптивних ($p \leq 0.01$); у групі з невротизацією, групі з вегетативною симптоматикою ($p \leq 0.05$); у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках достовірність відмінностей не є статистично значущою;

– "високий / достатній рівень волювої регуляції" з різним рівнем статистичної значущості в залежності від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними, а також у групі малоадаптивних 1 курсу;

– відсутність вегетативної симптоматики ($p \leq 0.01$), за винятком групи тривожних, групи малоадаптивних, групи з вегетативною симптоматикою 1 курсу, де достовірність відмінностей склала ($p \leq 0.001$);

– «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» у всіх групах 1 курсу: у групі із субдепресією, групі тривожних, групі малоадаптивних, групі із хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними ($p \leq 0.01$); групі з невротизацією та групі з вегетативною симптоматикою ($p \leq 0.05$). Слід зазначити, що достовірність відмінностей не є статистично значущою за цим фактором в жодній із груп 2 курсу.

Достовірність відмінностей не є статистично значущою за факторами:

- «високий/задовільний рівень моральної нормативності»;
- «висока/середня адекватна самооцінка»;
- «сприятливий стан/нормальний рівень активності»;

сприятливий стан / нормальний рівень настрою».

На користь того, щоби включити ці фактори в сукупність складових психічного здоров'я, можна сказати через те, що критерії індивідуального здоров'я, окрім інших факторів, ними пропонується розглядати «добрий настрій», «нормальний рівень самооцінки», «достатня енергетика», «працездатність». Психічно та психологічно здорова особистість характеризується виразністю цілеспрямованості (набуттям сенсу життя), волі, енергійності, активності, самоконтролю, адекватної самооцінки.

Іншими словами, психічно здорова людина не лише адаптована до соціуму, а й є її активним учасником. Важливою характеристикою психологічного здоров'я, яка передбачає не тільки збереження здоров'я, а й можливість використання людиною стресу для самозміни, особистісного зростання та розвитку, є «активність, яка виступає як особлива особистісна освіта, що впливає на весь життєвий шлях людини і, проявляється у її життєвої позиції, у концепції життя».

У ході аналізу даних можна дійти висновку про те, що в більшості запропонованих критеріїв, включених у сукупність складових психічного здоров'я, вдалося довести достовірність відмінностей ознак у групі здорових у порівнянні з іншими, виділеними в результаті дослідження, групами. За

тими критеріями, де достовірність відмінностей не є статистично значущою, відзначається переважання у відсотковому співвідношенні групи здорових.

Встановлення динаміки психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

Для емпіричного підтвердження, розробленої нами, сукупності складових психічного здоров'я, ми провели спеціально організоване лонгітюдне дослідження стану психічного здоров'я здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія» 1-2 курсів Дніпровського гуманітарного університету, після чого проаналізували його динаміку.

Вибірка складала 100 здобувачів вищої освіти Дніпровського гуманітарного університету.

Через 1 рік було проведене повторне дослідження в тих же студентських групах.

У ході дослідження нами було виділено такі групи:

- група здорових;
- група із невротизацією;
- група із субдепресією;
- група тривожних;
- група малоадаптивних;
- група із вегетативною симптоматикою;
- група із хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними.

Групу здорових склали студенти, результати дослідження яких відповідали висунутій нами сукупності складових психічного здоров'я.

Групу з невротизацією склали респонденти з високим рівнем невротизації згідно з методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека-Х. Хесса, що є найбільш типовим опитувальником для скринінгу неврозів. Вона стандартизована віком від 16 до 60 років. Методика дає попередню та

узагальнену інформацію про наявність у індивіда передумов до неврозу. Опитувач дуже простий, тривалість дослідження з його допомогою становить 5-10 хв. Методика складається із 40 питань-висловлювань, на які треба відповісти позитивно чи негативно. Підрахунок результатів є простим підсумовуванням ствердних відповідей. За кожную відповідь "так" дається 1 бал, за кожную відповідь "ні" - 0 балів. Треба підрахувати кількість балів: якщо отримано понад 24 бали, це говорить про високу ймовірність неврозу. Слід мати на увазі, що він не розрахований на диференціацію моносимптомних невротичних порушень: заїкуватість, нічні страхи, сексуальні порушення; не відмежовує неврози та неврозоподібні порушення при різних неврологічних та соматичних захворюваннях. Проте, з іншого боку, це завдання лікарів.

До групи з субдепресією увійшли респонденти з помірним або критичним рівнем депресивності (понад 10 сирих балів) згідно з опитувальником А. Беком.

Методика А. Бека призначена для діагностики наявності та виразності депресивних станів. Депресія проявляється в невротичних реакціях - в ослабленні тону життя та енергії, у зниженні фону настрою, судженні та обмеженні контактів з оточуючими, наявності почуття безрадісності та самотності. Призначений для оцінки наявності депресивних симптомів у обстежуваного поточного періоду. Переваги даного опитувальника полягають у можливості прицільної оцінки ступеня тяжкості як депресивного синдрому загалом, і окремих симптомів, його складових. Опитувальник має гарну валідність щодо різного ступеня тяжкості депресивних станів; чутливий до змін тяжкості депресії у часі і тому може використовуватись для оцінки динаміки депресивного стану.

Групу тривожних склали особи з високим рівнем особистісної тривожності (ОТ) – понад 46 сирих балів. Було використано методику діагностики самооцінки тривожності Ч. Спілбергера-Ю. Ханіна для встановлення стану та динаміки психічного здоров'я студентів-психологів

молодших курсів, а також для перевірки розробленої сукупності складових психічного здоров'я, тому що високий рівень ЛТ корелює з наявністю невротичного конфлікту. Крім того, ця методика дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість (рівень особистісної тривожності), і як стан (рівень ситуативної тривожності). Під ОТ розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги і що передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи кожному їх певної реакцією. Високий рівень ЛТ підвищує ймовірність емоційних та невротичних зривів, ризик психосоматичних захворювань.

Ситуативна тривожність (СТ) характеризує особливості поточного стану людини, викликане виконанням ним будь-якої діяльності у тих випадках, коли він напружений, неспокійний, нервозний. Висока вираженість СТ може бути показником наявності певних проблем і під час конкретного виду діяльності; вона викликає порушення уваги, спілкування, зниження здатності швидко та надійно вирішувати професійні завдання.

Методика інструкції складається з 40 питань-суджень, двадцять з яких призначені для оцінки рівня СТ та двадцять – для оцінки рівня ОТ. На кожне питання можливі чотири варіанти відповіді за ступенем інтенсивності. Перша шкала призначена визначення того, як людина почувається зараз, в даний момент, тобто для діагностики актуального стану, а завдання другої шкали спрямована на з'ясування того, як суб'єкт діагностує тривожність як властивість особистості. Цей опитувальник поширений у прикладних дослідженнях і високо оцінюється за достовірні діагностичні дані.

До групи малоадаптивних увійшли студенти з низьким рівнем особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП) за результатами опитувальника "Адаптивність". Було зупинено вибір на цій методиці, оскільки одним із критеріїв, у запропонованій нами сукупності складових психічного здоров'я, є «високий або задовільний адаптаційний потенціал».

Насамперед, необхідно диференціювати поняття «адаптація» та «адаптивність». Адаптація це не тільки процес, а й властивість будь-якої живої саморегульованої системи, яка полягає в здатності пристосовуватися до умов навколишнього середовища, що змінюються». Виходячи з цього визначення, дезадаптацію можна розглядати як відсутність або порушення здатності пристосовуватися до умов середовища, що змінюються. Отже, дезадаптивність є зниження адаптаційних можливостей особистості. Було розроблено концепцію особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП), згідно з якою рівень ОАП дозволяє визначити ступінь стійкості до психоемоційних стресів. Таким чином, показник ОАП відображає адаптивність та дезадаптивність.

Опитувальник прийнятий як стандартизована методика та рекомендується до використання для вирішення завдань професійного психологічного відбору, психологічного супроводу навчальної та професійної діяльності. Опитувальник «Адаптивність» складається з 165 питань і має чотири структурні рівні, що дозволяє отримати інформацію різного обсягу та характеру.

Шкали 1-го рівня є самостійними та відповідають базовим шкалам ЗМІЛ (ММРІ), що дозволяють отримати типологічні характеристики особистості, визначити акцентуації характеру;

Шкали 2-го рівня відповідають шкалам опитувальника ДАН («Дезадаптаційні порушення»), призначеного для виявлення дезадаптаційних порушень переважно астеничних та психотичних реакцій та станів;

Шкали 3-го рівня: поведінкове регулювання (ПР), комунікативний потенціал (КП) та моральна нормативність (МН);

Шкала 4-го рівня – особистісний адаптаційний потенціал (ОАП).

Теоретичною основою тесту є уявлення про адаптацію як про постійний процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища, що зачіпає всі рівні функціонування людини. Можна виділити деякий

інтервал реакцій у відповідь індивіда, який буде відповідати уявленню про психічну норму, а також можна визначити деякий «інтервал» відносин людини до того чи іншого явища. Ступінь відповідності цьому «інтервалу» психічної та соціально-моральної нормативності та забезпечує ефективність процесу соціально-психологічної адаптації, визначає особистісний адаптаційний потенціал. Характеристику особистісного потенціалу адаптації можна отримати, оцінивши поведінкове регулювання, комунікативні здібності та рівень моральної нормативності. Слід зазначити, серед запропонованих складових психічного здоров'я ми виділили такі, як: середній чи високий рівень поведінкової регуляції і нервово-психічної стійкості; задоволеність спілкуванням; середній чи високий рівень моральної нормативності. Ці чинники також відбито і може бути кількісно виміряні в опитувальнику «Адаптивність».

Згідно з цією методикою, поведінкова регуляція (ПР) - це поняття, що характеризує здатність людини регулювати свою взаємодію з середовищем діяльності. Основними елементами поведінкового регулювання є: самооцінка, рівень нервово-психічної стійкості, а також наявність соціального схвалення (соціальної підтримки) з боку оточуючих людей. Усі виділені структурні елементи є першоосновою регуляції поведінки. Вони лише відбивають співвідношення потреб, мотивів, емоційного фону настрої, самосвідомості, «Я-концепції» та інших. (Г. З. Никифоров, 2003).

Комунікативні якості (комунікативний потенціал – КП) є наступною складовою ЛАП. Оскільки людина майже завжди перебуває у соціальному оточенні, її діяльність пов'язані з умінням побудувати відносини коїться з іншими людьми. Комунікативні можливості (або вміння досягти контакту та взаєморозуміння з оточуючими) у кожної людини різні. Вони визначаються наявністю досвіду та потреби спілкування, а також рівнем конфліктності (Г. С. Никифоров, 2003).

Моральна нормативність (МН) забезпечує здатність адекватно приймати індивідом пропоновану йому певну соціальну роль. У цьому тесті питання, що характеризують рівень моральної нормативності індивіда, відбивають два основних компоненти процесу соціалізації: сприйняття моральних норм поведінки та ставлення до вимог безпосереднього соціального оточення (Г. С. Никифоров, 2003).

"Сирі" бали шкал "поведінкове регулювання", "комунікативний потенціал", "моральна нормативність" підсумовуються, що відповідає значенню шкали 4-го рівня. Отримані значення 3-го рівня переводяться за таблицею у стіни, група розвитку адаптаційних здібностей визначається за шкалою 4-го рівня, значення якої також переводяться до стін, після чого проводиться інтерпретація результатів (Г. С. Никифоров, 2003).

До групи з вегетативною симптоматикою увійшли респонденти, які відзначали такі симптоми: часті головні болі; жар у всьому тілі з періодичністю одного разу на тиждень чи частіше; часті м'язові судоми; часті напади запаморочення; тремор рук під час спроби щось зробити; сильна пітливість під час збентеження; часті сильні серцебиття та утрудненість дихання. Опитувальник «Адаптивність», який, з одного боку, показує рівень адаптивності, з іншого – містить питання, що відображають наявність вегетативних симптомів.

До групи з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними, увійшли студенти, які відзначали у паспорті наявність у себе хронічних захворювань. При цьому відзначали конкретне хронічне захворювання, за умови, якщо воно мало місце. На підставі цього, згодом нами було виділено низку психосоматичних захворювань. До них ми віднесли нейродерміт, псоріаз, бронхіальну астму, вегетосудинну дистонію.

Крім вищеописаних критеріїв, основою нашої сукупності складових психічного здоров'я, було закладено такі, як середня чи висока адекватна

самооцінка; сприятливе самопочуття; висока активність; сприятливий рівень настрою; розвинені вольові якості.

З цієї причини нами, в т. ч., було використано методику, що дозволяє проводити кількісне дослідження самооцінки особистості. У ній пропонується список із 48 слів, що позначають властивості особистості, з яких необхідно вибрати двадцять, що найбільше характеризують еталонну особистість (назвемо її «мій ідеал»). У запропонованій методиці дослідження самооцінки її рівень та адекватність визначаються як відношення між Я-ідеальним та Я-реальним. Якості, які людина приписує собі не завжди адекватні.

Процес самооцінювання може відбуватися двома шляхами: 1) шляхом зіставлення рівня своїх домагань з об'єктивними результатами своєї діяльності та 2) шляхом порівняння себе з іншими людьми. Адекватну самооцінку (з тенденцією до завищення) можна прирівняти до позитивного ставлення до себе, самоповагу, прийняття себе, відчуття власної повноцінності. Низька самооцінка (з тенденцією до заниження), навпаки, може бути пов'язана з негативним ставленням до себе, неприйняттям себе, відчуттям власної неповноцінності.

Відомостей про валідність та надійність цієї методики не було знайдено, але вона широко використовується в дослідженнях самооцінки особистості.

Тест диференційованої самооцінки функціонального стану САН названо за першими буквами слів «Самопочуття», «Активність», «Настрій», Тест «САН» призначений для визначення функціонального стану людини та її змін протягом певних інтервалів часу. Три основні складові функціонального психоемоційного стану – самопочуття, активність та настрої. При аналізі функціонального стану важливі як значення окремих його показників, а й їх співвідношення. Опитувальник складається з 30 пар слів, що є полярними характеристиками (по 10 пар слів кожної категорії). На бланку обстеження між полярними характеристиками знаходиться рейтингова семибальна

шкала. Досліджуваному пропонують співвіднести свій стан з певною оцінкою на шкалі. Оскільки сфера застосування тесту - оцінка функціонального стану організму людини у процесі професійної діяльності, відповідає нашому завданню, він був обраний нами як інструментарій.

З метою визначення рівня розвитку вольових якостей нами було використано методика дослідження вольової організації особистості. Ця методика визначає загальний рівень розвитку вольових якостей. Методика включає 49 питань, вкладених у з'ясування деяких особливостей особистості та характеру. В інструкції пропонується прочитати кожне твердження та у графі відповідей поставити знак «+» навпроти обраного варіанта. Варіанти відповідей: «Виразно «так», «Швидше «так», ніж «ні», «Швидше «ні», ніж «так», «Виразно «ні».

Дана методика дозволяє дати оцінку наступним якостям особистості: ціннісно-смілова організація особистості; організація діяльності; рішучість; наполегливість; самовладання; самостійність.

Загальний рівень розвитку вольових якостей визначається шляхом підсумовування балів, набраних за вищезгаданими факторами.

Відомостей про валідність та надійність цієї методики не було знайдено, але вона знаходить своє застосування в психологічних дослідженнях з вивчення розвитку вольових якостей.

Далі було встановлено динаміку психічного здоров'я студентів-психологів молодших курсів за позитивними критеріями. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми SPSS. Для встановлення достовірності відмінностей ми використали критерій кутового перетворення Фішера.

Було розглянуто динаміку психічного здоров'я здобувачів вищої освіти

Як впливає з таблиці 2.13, достовірності відмінностей за позитивними критеріями групи здорових немає. Незважаючи на це, існують певні

позитивні зрушення у відсотковому відношенні. Так, зросла кількість студентів за такими позитивними показниками: «помірний рівень особистісної тривожності», «високий/задовільний рівень комунікативного потенціалу», «сприятливий стан/нормальний рівень активності». Як і раніше, на тому ж високому, стовідсотковому рівні залишилися такі позиції: відсутність невротизації, відсутність депресивних симптомів, високий / задовільний рівень моральної нормативності, сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття, високий / достатній рівень вольовий регуляції», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних». Таким чином, результати дослідження групи здорових на 1-2 курсах навчання відповідають критеріям, висунутим нами, що становлять психічне здоров'я. Це свідчить про доцільність останньої.

Таблиця 2.13

Динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі здорових 1 курсу та 2 курсу

Група здорових	1 курс	2 курс	Достовірність відмінностей
Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			

9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			
13 Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Розглянемо динаміку психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями групи з невротизацією.

З таблиці 2.14 видно, що достовірність відмінностей за позитивними критеріями групи з невротизацією також відсутня.

Таблиця 2.14

Динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі з невротизацією 1 курсу та 2 курсу

Група з невротизацією	1 курс 2022 р.	2 курс 2023 р.	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			

13 Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

При цьому, аналізуючи дані цієї таблиці, можна зробити висновки про те, що існує підвищення за позитивними критеріями в наступних позиціях: відсутність депресивних симптомів, помірний рівень особистісної тривожності (на 33,3 відсотка, раніше даний показник був відсутній), високий/задовільний рівень моральної нормативності», «висока/середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою», «відсутність вегетативної симптоматики» (на 8,3 відсотка, раніше цей показник був відсутній). За період часу, що вивчається, у всіх осіб у групі з невротизацією, як і раніше відсутні «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу» і «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості». Враховуючи дані таблиці 9, можна говорити про те, що за позитивними критеріями показники психічного здоров'я групи з невротизацією дещо покращилися.

Вивчаючи питання, якою є динаміка психічного здоров'я студентів молодших курсів за позитивними критеріями у групі з субдепресією, представимо отримані результати у вигляді наступної таблиці. Дані таблиці 2.22 також відображають відсутність достовірності відмінностей за позитивними критеріями цієї групи. Однак, як і в попередньому випадку, має сенс вивчити кількісні зрушення в стані психічного здоров'я, що відбулися до 2 курсу навчання. Так, існує позитивна динаміка в показниках: «помірний рівень особистісної тривожності», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу», «високий / задовільний рівень моральної нормативності», «висока / середня адекватна , «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою», «відсутність вегетативної симптоматики» (на 7,1 відсотка, раніше цей показник був відсутній).

Таблиця 2.15

Динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі з субдепресією 1 курсу та 2 курсу

Група з субдепресією	1 курс	2 курс	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			
13 Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Показники «відсутність невротизації» і «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості» залишилися практично не змінилися. Загалом, дані дослідження відображають деяке покращення динаміки психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі із субдепресією у відсотковому

відношенні. Проведений аналіз даних психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями групи тривожних.

З таблиці 2.16 випливає, що статистично значимі відмінності у стані психічного здоров'я за позитивними критеріями групи тривожних відсутні.

Якщо розглянути дані цієї таблиці з наявності зрушень, то побачимо таке. Змінилися у бік зростання такі показники: "відсутність невротизації", "високий / задовільний рівень моральної нормативності", "відсутність вегетативної симптоматики".

Таблиця 2.16

Динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі тривожних 1 курсу та 2 курсу

Група тривожних	курс	2 курс	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
Високий/достатній рівень вольового регулювання			
13 Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч.			

Досліджуючи динаміку психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями групи малоадаптивних, було отримано такі результати.

Виходячи з даних таблиці 2.17, можна висновку у тому, що достовірність відмінностей відзначається за показником «сприятливий стан / нормальний рівень активності» ($p \leq 0.05$). В інших випадках достовірність відмінностей не досягає рівня знаності. Тим не менш, відзначається позитивна динаміка за такими факторами як: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «помірний рівень особистісної тривожності» (на 21,5 відсотка), «високий/задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості» , «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу», «високий / задовільний рівень моральної нормативності», «висока / середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття», «сприятливий стан / нормальний рівень активності» (на 10,1 відсотка), «відсутність вегетативної симптоматики» (на 17,4 відсотка, раніше цей показник був відсутній).

Таблиця 2.17

Динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі малоадаптивних 1 курсу та 2 курсу

Група малоадаптивних	1 курс	2 курс	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового			

регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			≤0.05)
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			
Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Далі приступимо до вивчення психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями групи з вегетативною симптоматикою. Дані таблиці 2.18 відображають достовірність відмінностей за показником «помірний рівень особистісної тривожності» ($p \leq 0.05$), тоді як з інших факторів така достовірність відмінностей відсутня. При цьому спостерігаються позитивні зрушення за факторами: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів» (на 10,1 відсотка), «помірний рівень особистісної тривожності» (на 25,9 відсотка), «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу» (на 14,7 відсотка), «високий/задовільний рівень комунікативного потенціалу» (на 13,4 відсотка), «високий/задовільний рівень моральної нормативності», «висока/середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття».

Таблиця 2.18

Динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі з вегетативною симптоматикою 1 курсу та 2 курсу

Група з вегетативною симптоматикою	1 курс	2 курс	Достовірність
------------------------------------	--------	--------	---------------

			відмінностей
Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			($p \leq 0.05$)
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			
9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			
13 Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Таким чином, у групі з вегетативною симптоматикою за 8 позитивними критеріями відзначається кількісне зростання у відсотковому відношенні.

Динаміка психічного здоров'я студентів молодших курсів за позитивними критеріями групи з хронічними захворюваннями, зокрема психосоматичними, виглядає так (таблиця 2.19).

З таблиці 2.19 випливає відсутність достовірних відмінностей у стані психічного здоров'я студентів за позитивними критеріями за період часу. Однак має місце позитивна динаміка за такими показниками як: «помірний рівень особистісної тривожності» (на 21,7 відсотка), «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу» (на 11,7 відсотка). На колишньому високому, стовідсотковому рівні залишився показник «високий/задовільний рівень моральної нормативності». Як зазначалося раніше, у групі з

хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними відзначається найменше покращення стану психічного здоров'я порівняно з іншими виділеними нами групами. Однак подібна тенденція не досягає рівня достовірності.

За допомогою статистичного аналізу було розглянуто динаміку психічного здоров'я за двома вибірками (здобувачів вищої освіти 1 і 2 курсів) без диференціації групи. З цією метою ми використовували критерій Стьюдента для статистичного аналізу всіх факторів, що вивчаються, крім факторів «наявність/відсутність вегетативної симптоматики» і «наявність/відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» (для статистичної обробки даних показників використовувався критерій кутового перетворення Фішера) .

Таблиця 2.19

Динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними 1 курсу та 2 курси

Група з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними	1 курс	2 курс	Достовірність відмінностей
1 Відсутність невротизації			
2 Відсутність депресивних симптомів			
3 Помірний рівень особистісної тривожності			
4 Високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу			
5 Високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості			
6 Високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу			
7 Високий / задовільний рівень моральної нормативності			
8 Висока/середня адекватна самооцінка			

9 Сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття			
10 Сприятливий стан/нормальний рівень активності			
11 Сприятливий стан / нормальний рівень настрою			
12 Високий/достатній рівень вольового регулювання			
13 Відсутність вегетативної симптоматики			
14 Відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних			

Дані про виразність рівня невротизації, рівня депресивності та рівня особистісної тривожності у студентів 1 та 2 курсів, а також про їх динаміку за рік навчання у ЗВО відображені на рисунку 2.1. (представлені середні значення). Середній рівень невротизації, рівень депресивності, і навіть рівень особистісної тривожності до 2 курсу мало змінився. Про це свідчить і те що, що достовірність відмінностей досягає рівня значимості.

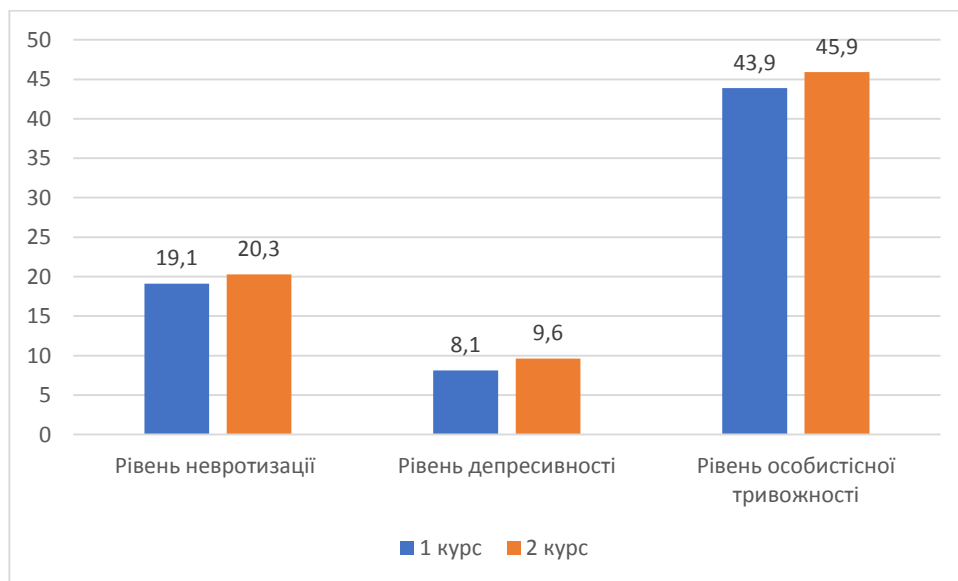


Рисунок 2.1. Динаміка рівнів невротизації, депресивності та особистісної тривожності у студентів-психологів 1-2 курсів

Дані про виразність рівня особистісного адаптаційного потенціалу, рівня поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості, рівня комунікативного потенціалу, а також рівня моральної нормативності у здобувачів вищої освіти

курсів та динаміки перелічених вище показників представлені на рисунку 2.2 (середні значення).

Як видно на рисунку 2.2, дещо вищими стали показники комунікативного потенціалу та моральної нормативності. Можливо, це говорить про те, що у період навчання потреба у спілкуванні у студентів задовольняється. Зростання рівня моральної нормативності може свідчити про адекватне сприйняття своєї нової соціальної ролі студента, моральних норм поведінки та вимог соціального оточення. Трохи нижче виражені показники особистісного адаптаційного потенціалу, а також поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості. Однак, при обробці даних, представлених на малюнку 3, достовірність відмінностей не досягла рівня статистичної значущості за жодним з цих показників.

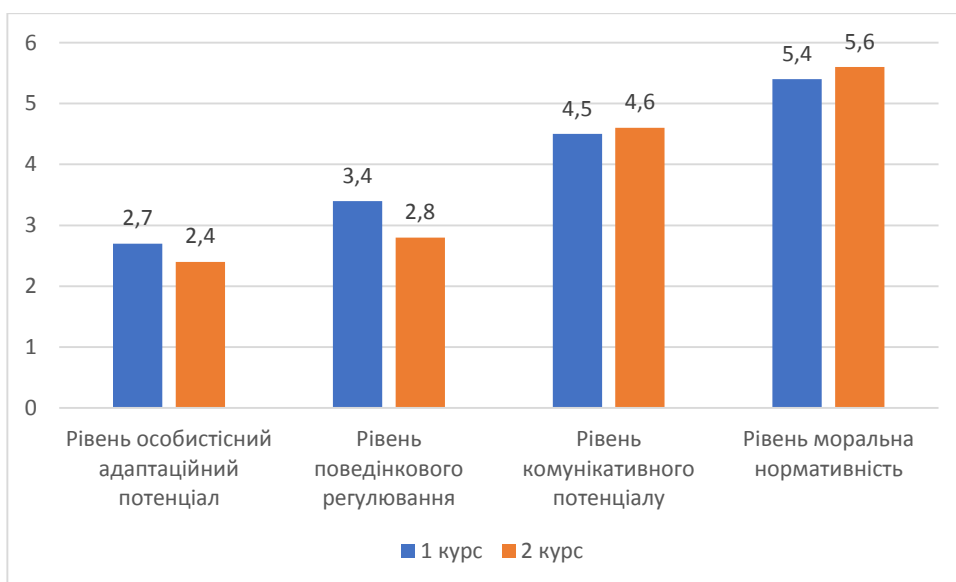


Рисунок 2.2. Динаміка рівнів особистісного адаптаційного потенціалу, поведінкового регулювання, комунікативного потенціалу та моральної нормативності у здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія» 1-

Далі було проведено аналіз даних про середні значення самооцінки у студентів молодших курсів та її динаміки за рік (рисунок 2.3.).

На рисунку 2.3. видно, що самооцінка випробуваних зросла до 2 курсу. Незважаючи на те, що середнє значення самооцінки на 1 курсі відповідало, згідно з інтерпретацією опитувальника Будассі, середньої адекватної самооцінки, все-таки до 2 курсу її значення зросло настільки, що в середньому для досягнення високої адекватної самооцінки необхідно ще небагато. Це може свідчити про позитивний вплив педагогічного впливу у процесі навчання.

Вступивши до ЗВО, успішно здаючи сесії та виконуючи різноманітні завдання, у т. ч. творчого характеру, респонденти усвідомлюють власну самоцінність. Інакше кажучи, їх ставлення себе підвищується за успіху у діяльності, отже, таке підвищення самооцінки є адекватним. Тим не менш, вираженість самооцінки на 2 курсі в порівнянні з 1 курсом, при статистичному аналізі не досягає рівня значущості.

Далі було проведено аналіз даних про середні значення самооцінки у студентів молодших курсів та її динаміки за рік (рисунок 2.3.).

На малюнку 2.3. видно, що самооцінка випробуваних зросла до 2 курсу. Незважаючи на те, що середнє значення самооцінки на 1 курсі відповідало, згідно з інтерпретацією опитувальника Будассі, середньої адекватної самооцінки, все-таки до 2 курсу її значення зросло настільки, що в середньому для досягнення високої адекватної самооцінки необхідно ще небагато. Це може свідчити про позитивний вплив педагогічного впливу у процесі навчання. Вступивши до вузу, успішно здаючи сесії та виконуючи різноманітні завдання, у т. ч. творчого характеру, респонденти усвідомлюють власну самоцінність. Інакше кажучи, їх ставлення себе підвищується за успіху у діяльності, отже, таке підвищення самооцінки є адекватним. Тим не менш, вираженість самооцінки на 2 курсі в порівнянні з 1 курсом, при статистичному аналізі не досягає рівня значущості.

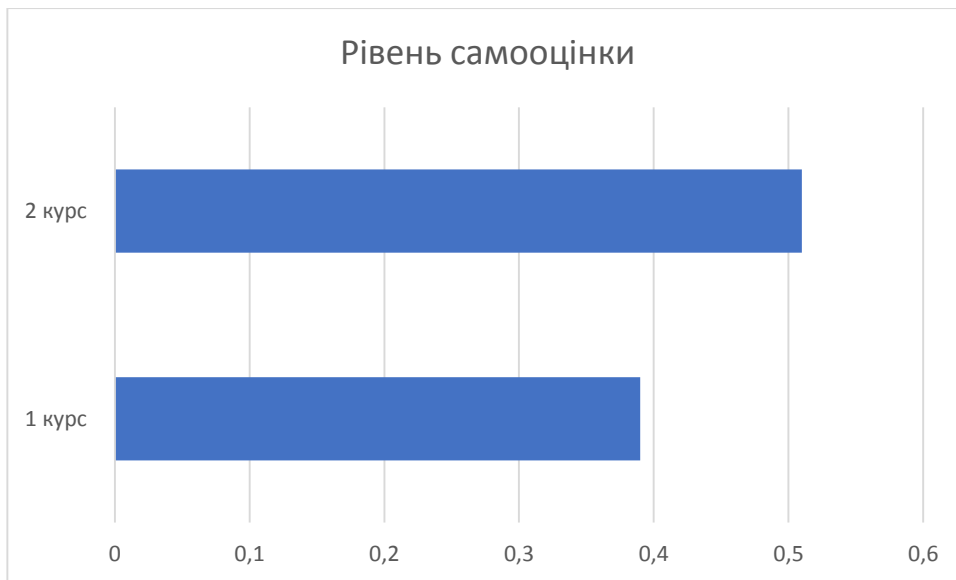


Рисунок 2.3. Динаміка рівня самооцінки здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія» 1-2 курсів

Динаміка середніх значень рівня самопочуття, рівня активності та рівня настрою у студентів молодших курсів розглянуті рисунку 2.4. Дані рисунку активності. Можливо, це пов'язано з тим, що студенти зрозуміли свої завдання та засоби їх досягнення, і у зв'язку з цим перестали витратити свої сили на щось інше.

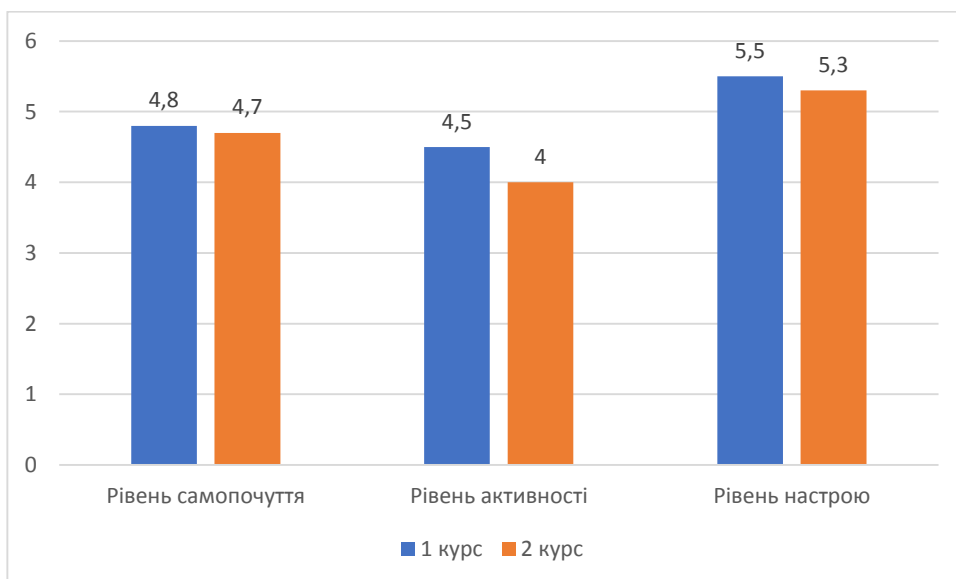


Рисунок 2.4. Динаміка рівнів самопочуття, активності та настрою у здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія» 1-2 курсів

У середньому рівень самопочуття та рівень настрою майже не змінився. Ці показники досягають рівня статистичної значимості.

Таким чином, виходячи з проведеного дослідження, можна зробити такі висновки:

) Імовірно, що серед факторів, що призводить до невротизації - поєднання низького рівня особистісного адаптаційного потенціалу, низького рівня поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості, високого рівня особистісної тривожності, оскільки у всіх студентів з невротизацією 1 курсу та у 66,7% студентів 2 курсу відзначається це поєднання. Крім того, на нашу думку, вищевикладена сукупність факторів може призводити спочатку до субдепресивної симптоматики, потім до несприятливого стану самопочуття, а потім, як наслідок - до невротизації, тому що в групі з невротизацією 1 курсу кількість респондентів з даними показниками становить 60 , а в групі з невротизацією 2 курсу – 41,7% студентів;

) у групі тривожних до 2 курсу збільшилася кількість респондентів: з відсутністю невротизації (на 1%), з високим/задовільним рівнем моральної нормативності (на 6,3%), з відсутністю вегетативної симптоматики (на 2,9%). Достовірність відмінностей частоти даних ознак у студентів 2 курсу в порівнянні зі студентами-першокурсниками не є статистично значущою;

) у групі малоадаптивних на 2 курсі порівняно з 1 курсом зросла кількість піддослідних: з відсутністю депресивної симптоматики (на 10,1%); з помірним рівнем особистісної тривожності (на 21,5%), з високим/задовільним рівнем поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості (на 3,4%), з високим/задовільним рівнем моральної нормативності (на 10,5%). Достовірність відмінностей частоти даних ознак у

студентів 2 курсу в порівнянні зі студентами-першокурсниками не є статистично значущою;

) у студентів 1 курсу відзначається наступний середній рівень показників психічного здоров'я: середній рівень невротизації – 19,1 бала; середній рівень депресивності – 8,1 бала; середній рівень особистісної тривожності – 43,9 бала. До другого курсу дані показники практично не змінилися, що може говорити про відсутність погіршення стану психічного здоров'я у досліджуваній вибірці;

) на 2 курсі навчання у піддослідних збільшилися середні показники комунікативного потенціалу (на 1,1 стіни) та моральної нормативності (на 1,2 стіни). Можливо, у період навчання потреба у спілкуванні у студентів задовольняється. Зростання рівня моральної нормативності може свідчити про адекватне сприйняття своєї нової соціальної ролі здобувача вищої освіти, моральних норм поведінки та вимог соціального оточення.

Висновок по розділу 2.

а допомогою критерію Стьюдента виявлено, що група здорових відрізняється від групи з невротизацією більш високою вираженістю ($p \leq 0.01$) наступних показників: відсутність невротизації, відсутність депресивних симптомів, помірний рівень особистісної тривожності, високий/задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий/задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «високий/достатній рівень вольової регуляції», «відсутність вегетативної симптоматики»; а також вищою вираженістю ($p \leq 0.05$) показників: «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу», «сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» порівняно з тими самими даними, отриманими у групі з невротизацією. Незважаючи на те, що достовірність відмінностей не досягає рівня значущості за такими показниками як: «високий/задовільний рівень

моральної нормативності», «висока/середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан/нормальний рівень активності», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою» », у групі здорових відзначається переважання у відсотковому відношенні порівняно з групою з невротизацією. Слід зазначити, що така перевага за показником «сприятливий стан/нормальний рівень активності» спостерігається у групі з невротизацією. Проте з огляду на сукупність інших показників у цій групі можна припустити, що рівень активності у них може знизитися з часом.

Група здорових відрізняється від групи із субдепресією. Так, у групі здорових більш висока виразність ($p \leq 0.01$) наступних показників: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття», «високий/достатній рівень волювої регуляції», «відсутність вегетативної симптоматики», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних»; а також більш високою вираженістю ($p \leq 0.05$) за фактором «помірний рівень особистісної тривожності» порівняно з тими самими даними, отриманими у групі субдепресії. За показниками: «високий/задовільний рівень моральної нормативності», «висока/середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан/нормальний рівень активності», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою» достовірність відмінностей також, як при порівнянні з групою з невротизацією, не досягає рівня значущості. Крім того, до статистично незначних показників у даному випадку приєднується «високий/задовільний рівень комунікативного потенціалу».

У групі здорових відзначається переважання цих показників у відсотковому відношенні порівняно з групою із субдепресією, крім фактора «сприятливий стан/нормальний рівень активності». Іншими словами, по 9-ти складових психічного здоров'я з 14-ти складових встановлено достовірність

відмінностей у групі здорових та у групі з субдепресією, що підтверджує доцільність висунутої нами сукупності цих складових не лише шляхом теоретичного дослідження, а й емпірично доводить, що їхнє включення дозволяє визначити як стан психічного здоров'я нині, виявити «групу ризику», а й встановити «зони вразливості» кожного респондента. Важливу роль розробленої нами сукупності грає можливість проведення цілеспрямованих заходів психопрофілактики.

Була досліджена достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі тривожних. Дані відображають, що в групі здорових переважають ($p \leq 0.01$) такі показники: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «помірний рівень особистісної тривожності», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття», «високий/достатній рівень волевої регуляції», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних».

Група здорових у порівнянні з групою тривожних відрізняється більш високою вираженістю ($p \leq 0.001$) за фактором «відсутність вегетативної симптоматики».

Як і у випадку з групами з невротизацією та субдепресією, достовірність відмінностей не досягає рівня значущості за пунктами: «високий / задовільний рівень моральної нормативності», «висока / середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан / нормальний рівень активності», «сприятливий стан / Нормальний рівень настрою». Як і раніше, у відсотковому відношенні у групі здорових у порівнянні з групою тривожних, ці показники вищі, за винятком сприятливого рівня активності.

Проаналізовано дані групи здорових та групи малоадаптивних за допомогою критерію Стьюдента. Показник «сприятливий стан / нормальний рівень активності» у відсотковому відношенні вищий у групі здорових. Достовірності відмінностей «картина» та сама. Тим не менш показник

«сприятливий стан / нормальний рівень активності» у відсотковому відношенні вищий у групі здорових.

За допомогою критерію Стьюдента виявлено, що група здорових відрізняється від групи з вегетативною симптоматикою вищою вираженістю ($p \leq 0.01$) наступних показників: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «високий/достатній рівень вольової регуляції»; вищою вираженістю ($p \leq 0.001$) фактору «відсутність вегетативної симптоматики»; а також ($p \leq 0.05$) показників: «помірний рівень особистісної тривожності», «сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» порівняно з тими самими даними, отриманими в групі з групою вегетативною симптоматикою.

Далі проаналізовано достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі з субдепресією здобувачів вищої освіти 2 курсу. Такими показниками є достовірність відмінностей: відсутність депресивних симптомів ($p \leq 0.001$); "відсутність невротизації", "помірний рівень особистісної тривожності", "високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості", "високий / достатній рівень вольової регуляції", "відсутність вегетативної симптоматики" ($p \leq 0.01$); "високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу" ($p \leq 0.05$). Іншими словами, у половині із запропонованих нами складових досягається рівень статистичної значущості.

Далі було розглянуто достовірність відмінностей ознак у групі здорових та у групі малоадаптивних здобувачів вищої освіти 2 курсу. Дані відображають факт наявності рівня значущості за показниками: «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної

стійкості» ($p \leq 0.001$); відсутність невротизації, відсутність депресивних симптомів, помірний рівень особистісної тривожності, високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу, відсутність вегетативної симптоматики ($p \leq 0.01$); "високий / достатній рівень вольової регуляції" ($p \leq 0.05$).

Рівень значущості досягнуть за факторами: «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий / задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості» ($p \leq 0.01$); "відсутність невротизації", "відсутність депресивних симптомів", "помірний рівень особистісної тривожності", "високий/достатній рівень вольової регуляції" ($p \leq 0.05$).

У запропонованій сукупності складових психічного здоров'я, достовірність відмінностей є статистично значущою за такими факторами:

- «відсутність невротизації» ($p \leq 0.01$), крім групи із хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними;

- «відсутність депресивної симптоматики» ($p \leq 0.01$), крім групи з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними 2 курси. У групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними 1 курсу достовірність відмінностей має місце ($p \leq 0.05$);

помірний рівень особистісної тривожності» з різним рівнем статистичної значущості залежно від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою лише у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

- "помірний рівень особистісної тривожності" з різним рівнем статистичної значущості залежно від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою лише у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

- "високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу" ($p \leq 0.01$). За винятком: групи з невротизацією та групи малоадаптивних 2 курсу, де достовірність відмінностей складає ($p \leq 0.001$), а

також групи із субдепресією 2 курсу ($p \leq 0.05$). Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

– «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості» ($p \leq 0.01$). За винятком: групи малоадаптивних та групи тривожних 2 курси, де достовірність відмінностей становить ($p \leq 0.001$). Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

– «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу» (тільки у групі з невротизацією в обох вибірках: на 1 курсі у цій групі достовірність відмінностей склала ($p \leq 0.05$), а на 2 курсі – ($p \leq 0.01$);

– «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття» у студентів 1 курсу: у групах із субдепресією, групі тривожних, групі малоадаптивних ($p \leq 0.01$); у групі з невротизацією, групі з вегетативною симптоматикою ($p \leq 0.05$); у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках достовірність відмінностей не є статистично значущою;

– "високий / достатній рівень волевої регуляції" з різним рівнем статистичної значущості в залежності від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними, а також у групі малоадаптивних 1 курсу;

– відсутність вегетативної симптоматики ($p \leq 0.01$), за винятком групи тривожних, групи малоадаптивних, групи з вегетативною симптоматикою 1 курсу, де достовірність відмінностей склала ($p \leq 0.001$);

– «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» у всіх групах 1 курсу: у групі із субдепресією, групі тривожних, групі малоадаптивних, групі із хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними ($p \leq 0.01$); групі з невротизацією та групі з вегетативною

симптоматикою ($p \leq 0.05$). Слід зазначити, що достовірність відмінностей не є статистично значущою за цим фактором в жодній із груп 2 курсу.

У ході аналізу даних можна дійти висновку про те, що в більшості запропонованих критеріїв, включених у сукупність складових психічного здоров'я, вдалося довести достовірність відмінностей ознак у групі здорових у порівнянні з іншими, виділеними в результаті дослідження, групами. За тими критеріями, де достовірність відмінностей не є статистично значущою, відзначається переважання у відсотковому співвідношенні групи здорових. Для емпіричного підтвердження, розробленої нами, сукупності складових психічного здоров'я, ми провели спеціально організоване лонгітюдне дослідження стану психічного здоров'я здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія» 1-2 курсів Дніпровського гуманітарного університету, після чого проаналізували його динаміку. Вибірка склала 100 здобувачів вищої освіти.

Групу здорових склали студенти, результати дослідження яких відповідали висунутій нами сукупності складових психічного здоров'я.

Групу з невротизацією склали респонденти з високим рівнем невротизації згідно з методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека-Х. Хесса, що є найбільш типовим опитувальником для скринінгу неврозів. Вона стандартизована віком від 16 до 60 років. Методика дає попередню та узагальнену інформацію про наявність у індивіда передумов до неврозу. Опитувач дуже простий, тривалість дослідження з його допомогою становить 5-10 хв. Методика складається із 40 питань-висловлювань, на які треба відповісти позитивно чи негативно. Підрахунок результатів є простим підсумовуванням ствердних відповідей. За кожну відповідь "так" дається 1 бал, за кожну відповідь "ні" - 0 балів. Треба підрахувати кількість балів: якщо отримано понад 24 бали, це говорить про високу ймовірність неврозу. Слід мати на увазі, що він не розрахований на диференціацію моносимптомних невротичних порушень: заїкуватість, нічні страхи, сексуальні порушення; не

відмежовує неврози та неврозоподібні порушення при різних неврологічних та соматичних захворюваннях. Проте, з іншого боку, це завдання лікарів.

До групи з субдепресією увійшли респонденти з помірним або критичним рівнем депресивності (понад 10 сирих балів) згідно з опитувальником А. Беком

Методика А. Бека призначена для діагностики наявності та виразності депресивних станів. Депресія проявляється в невротичних реакціях - в ослабленні тону життя та енергії, у зниженні фону настрою, судженні та обмеженні контактів з оточуючими, наявності почуття безрадісності та самотності. Призначений для оцінки наявності депресивних симптомів у обстежуваного поточного періоду. Переваги даного опитувальника полягають у можливості прицільної оцінки ступеня тяжкості як депресивного синдрому загалом, і окремих симптомів, його складових. Опитувальник має гарну валідність щодо різного ступеня тяжкості депресивних станів; чутливий до змін тяжкості депресії у часі і тому може використовуватись для оцінки динаміки депресивного стану.

Групу тривожних склали особи з високим рівнем особистісної тривожності (ОТ) – понад 46 сирих балів. Було використано методику діагностики самооцінки тривожності Ч. Спілбергера-Ю. Ханіна для встановлення стану та динаміки психічного здоров'я студентів-психологів молодших курсів, а також для перевірки розробленої сукупності складових психічного здоров'я, тому що високий рівень ЛТ корелює з наявністю невротичного конфлікту. Крім того, ця методика дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість (рівень особистісної тривожності), і як стан (рівень ситуативної тривожності). Під ЛТ розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відбиває схильність суб'єкта до тривози і що передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи кожну їх певної реакцією.

Високий рівень ЛТ підвищує ймовірність емоційних та невротичних зривів, ризик психосоматичних захворювань.

До групи малоадаптивних увійшли студенти з низьким рівнем особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП) за результатами опитувальника "Адаптивність". Було зупинено вибір на цій методиці, оскільки одним із критеріїв, у запропонованій нами сукупності складових психічного здоров'я, є «високий або задовільний адаптаційний потенціал». Насамперед, необхідно диференціювати поняття «адаптація» та «адаптивність». Адаптація це не тільки процес, а й властивість будь-якої живої саморегулювальної системи, яка полягає в здатності пристосовуватися до умов навколишнього середовища, що змінюються». Виходячи з цього визначення, дезадаптацію можна розглядати як відсутність або порушення здатності пристосовуватися до умов середовища, що змінюються. Отже, дезадаптивність є зниження адаптаційних можливостей особистості. Було розроблено концепцію особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП), згідно з якою рівень ОАП дозволяє визначити ступінь стійкості до психоемоційних стресів. Таким чином, показник ОАП відображає адаптивність та дезадаптивність.

Теоретичною основою тесту є уявлення про адаптацію як про постійний процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища, що зачіпає всі рівні функціонування людини. Можна виділити деякий інтервал реакцій у відповідь індивіда, який буде відповідати уявленню про психічну норму, а також можна визначити деякий «інтервал» відносин людини до того чи іншого явища.

Тест диференційованої самооцінки функціонального стану САН названо за першими буквами слів «Самопочуття», «Активність», «Настрій», Тест «САН» призначений для визначення функціонального стану людини та її змін протягом певних інтервалів часу. Три основні складові функціонального психоемоційного стану – самопочуття, активність та настрої. При аналізі

функціонального стану важливі як значення окремих його показників, а й їх співвідношення. Опитувальник складається з 30 пар слів, що є полярними характеристиками (по 10 пар слів кожної категорії).

З метою визначення рівня розвитку вольових якостей нами було використано методику дослідження вольової організації особистості. Ця методика визначає загальний рівень розвитку вольових якостей. Методика включає 49 питань, вкладених у з'ясування деяких особливостей особистості та характеру. В інструкції пропонується прочитати кожне твердження та у графі відповідей поставити знак «+» навпроти обраного варіанта. Варіанти відповідей: «Виразно «так», «Швидше «так», ніж «ні», «Швидше «ні», ніж «так», «Виразно «ні».

Достовірності відмінностей за позитивними критеріями групи здорових немає. Незважаючи на це, існують певні позитивні зрушення у відсотковому відношенні. Так, зросла кількість студентів за такими позитивними показниками: «помірний рівень особистісної тривожності», «високий/задовільний рівень комунікативного потенціалу», «сприятливий стан/нормальний рівень активності». Як і раніше, на тому ж високому, стовідсотковому рівні залишилися такі позиції: відсутність невротизації, відсутність депресивних симптомів, високий / задовільний рівень моральної нормативності, сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття, високий / достатній рівень вольовий регуляції», «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних». Таким чином, результати дослідження групи здорових на 1-2 курсах навчання відповідають критеріям, висунутим нами, що становлять психічне здоров'я. Це свідчить про доцільність останньої.

При цьому, аналізуючи дані цієї таблиці, можна зробити висновки про те, що існує підвищення за позитивними критеріями в наступних позиціях: відсутність депресивних симптомів, помірний рівень особистісної тривожності (на 33,3 відсотка, раніше даний показник був відсутній), високий/задовільний рівень моральної нормативності», «висока/середня

адекватна самооцінка», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою», «відсутність вегетативної симптоматики» (на 8,3 відсотка, раніше цей показник був відсутній). За період часу, що вивчається, у всіх осіб у групі з невротизацією, як і раніше відсутні «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу» і «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості». Враховуючи дані таблиці 9, можна говорити про те, що за позитивними критеріями показники психічного здоров'я групи з невротизацією дещо покращилися.

Вивчаючи питання, якою є динаміка психічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів за позитивними критеріями у групі з субдепресією, представимо отримані результати у вигляді наступної таблиці. Дані відображають відсутність достовірності відмінностей за позитивними критеріями цієї групи. Однак, як і в попередньому випадку, має сенс вивчити кількісні зрушення в стані психічного здоров'я, що відбулися до 2 курсу навчання. Так, існує позитивна динаміка в показниках: «помірний рівень особистісної тривожності», «високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу», «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу», «високий / задовільний рівень моральної нормативності», «висока / середня адекватна», «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття», «сприятливий стан/нормальний рівень настрою», «відсутність вегетативної симптоматики» (на 7,1 відсотка, раніше цей показник був відсутній).

Достовірність відмінностей відзначається за показником «сприятливий стан / нормальний рівень активності» ($p \leq 0.05$). В інших випадках достовірність відмінностей не досягає рівня знаності. Тим не менш, відзначається позитивна динаміка за такими факторами як: «відсутність невротизації», «відсутність депресивних симптомів», «помірний рівень особистісної тривожності» (на 21,5 відсотка), «високий/задовільний рівень поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості», «високий /

задовільний рівень комунікативного потенціалу», «високий / задовільний рівень моральної нормативності», «висока / середня адекватна самооцінка», «сприятливий стан / нормальний рівень самопочуття», «сприятливий стан / нормальний рівень активності» (на 10,1 відсотка), «відсутність вегетативної симптоматики» (на 17,4 відсотка, раніше цей показник був відсутній).

Таким чином, виходячи з проведеного дослідження, можна зробити такі висновки:

) Імовірно, що серед факторів, що призводить до невротизації - поєднання низького рівня особистісного адаптаційного потенціалу, низького рівня поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості, високого рівня особистісної тривожності, оскільки у всіх студентів з невротизацією 1 курсу та у 66,7% студентів 2 курсу відзначається це поєднання. Крім того, на нашу думку, вищевикладена сукупність факторів може призводити спочатку до субдепресивної симптоматики, потім до несприятливого стану самопочуття, а потім, як наслідок - до невротизації, тому що в групі з невротизацією 1 курсу кількість респондентів з даними показниками становить 60, а в групі з невротизацією 2 курсу – 41,7% студентів;

) у групі тривожних до 2 курсу збільшилася кількість респондентів: з відсутністю невротизації (на 1%), з високим/задовільним рівнем моральної нормативності (на 6,3%), з відсутністю вегетативної симптоматики (на 2,9%). Достовірність відмінностей частоти даних ознак у студентів 2 курсу в порівнянні зі студентами-першокурсниками не є статистично значущою;

) у групі малоадаптивних на 2 курсі порівняно з 1 курсом зростає кількість піддослідних: з відсутністю депресивної симптоматики (на 10,1%); з помірним рівнем особистісної тривожності (на 21,5%), з високим/задовільним рівнем поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості (на 3,4%), з високим/задовільним рівнем моральної нормативності (на 10,5%). Достовірність відмінностей частоти даних ознак у

студентів 2 курсу в порівнянні зі студентами-першокурсниками не є статистично значущою;

) у студентів 1 курсу відзначається наступний середній рівень показників психічного здоров'я: середній рівень невротизації – 19,1 бала; середній рівень депресивності – 8,1 бала; середній рівень особистісної тривожності – 43,9 бала. До другого курсу дані показники практично не змінилися, що може говорити про відсутність погіршення стану психічного здоров'я у досліджуваній вибірці;

) на 2 курсі навчання у піддослідних збільшилися середні показники комунікативного потенціалу (на 1,1 стіни) та моральної нормативності (на 1,2 стіни). Можливо, у період навчання потреба у спілкуванні у студентів задовольняється. Зростання рівня моральної нормативності може свідчити про адекватне сприйняття своєї нової соціальної ролі студента, моральних норм поведінки та вимог соціального оточення.

РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ 1-2 КУРСІВ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ «ПСИХОЛОГІЯ»

3.1. Мета, принципи, критерії ефективності реалізації програми забезпечення психологічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

Метою програми забезпечення психологічного здоров'я здобувачів вищої освіти на 1-2 курсах освітньої програми «психологія» є створення оптимальних умов для розвитку психічного благополуччя та емоційної стійкості здобувачів вищої освіти. Програма спрямована на надання необхідних інструментів та ресурсів для підтримки психологічного здоров'я, розвитку соціальної адаптації та успішного подолання стресових ситуацій.

Принципи реалізації програми:

1. індивідуалізація та адаптація Програма спроектована з урахуванням індивідуальних потреб та характеристик здобувачів вищої освіти, забезпечуючи гнучкість та адаптовані підходи до кожного учасника;
2. інтерактивність та залучення. Застосування інтерактивних методів, тренінгів та групових занять для активного залучення здобувачів вищої освіти до процесу розвитку психологічного здоров'я;
3. комплексність підходу. Врахування всіх аспектів студентського життя, включаючи академічний, соціальний, та особистісний розвиток;
4. безперервна підтримка: надання постійної психологічної підтримки та консультування на різних етапах освітнього процесу.

Показники ефективності реалізації програми:

1. зростання рівня самооцінки та самоприйняття. Вимірювання позитивних змін у самооцінці та ставленні до себе здобувачів вищої освіти;
2. зменшення рівня стресу. Оцінка ефективності заходів на зменшення рівня стресу та впорядкування зі стресовими ситуаціями;
3. покращення адаптації до умов навчання. Визначення змін у рівні соціальної та академічної адаптації здобувачів вищої освіти;
4. збереження психічного здоров'я. Вимірювання стійкості психічного здоров'я та попередження можливих проблем;
5. участь у заходах та програмах. Оцінка активності та участі здобувачів вищої освіти у психологічних тренінгах, семінарах та інших заходах;
6. взаємодія із психологічною службою. Визначення рівня користування здобувачів вищої освіти послугами психологічної служби та їх задоволення від наданої підтримки.

3.2. Основні складові програми забезпечення психологічного здоров'я здобувачів вищої освіти 1-2 курсів освітньої програми «психологія»

Елементи програми:

психологічні тренінги та семінари:

Мета: набуття здобувачами вищої освіти необхідними навичками та стратегіями для ефективного управління емоціями, стресом та підвищення психологічної стійкості.

Заходи: проведення регулярних тренінгів з розробки навичок релаксації, емоційного регулювання та стресового менеджменту.

Показники ефективності:

- зростання рівня психологічної стійкості;
- активна участь студентів у тренінгах та семінарах;
- позитивні зміни в самопочутті та стресовій стійкості.

1. тренінг «регулювання емоцій».

Мета: Навчання студентів стратегіям регулювання емоцій для досягнення психологічної стійкості.

Складові:

- ідентифікація емоцій: Розуміння та розпізнавання власних емоцій.
- техніки релаксації: навчання методикам релаксації для зниження стресу.
- конструктивне вираження емоцій: Опанування навичок конструктивного вираження емоцій.

Показники ефективності:

- зростання навичок регулювання емоцій;
- зменшення проявів стресу та напруги.

семінар «самоусвідомлення та особистісний розвиток».

Мета: сприяння самоусвідомленню здобувачів вищої освіти та підтримка їхнього особистісного розвитку.

Складові:

- індивідуальна рефлексія: аналіз власних цінностей, мети, та потреб;

- самопізнання: залучення до самопізнання через різноманітні вправи;
- планування розвитку: розробка конкретних кроків для особистісного росту.

Показники ефективності:

- збільшення рівня самоусвідомлення студентів;
- позитивні зміни в особистісному розвитку.

тренінг «стресовий менеджмент».

Мета: навчання ефективним стратегіям управління стресом у навчальному та особистому житті.

Складові:

- ідентифікація стресорів: визначення та класифікація стресових ситуацій;
- техніки адаптації: опанування прийомів для підвищення адаптаційних можливостей;
- планування періодів відновлення: розробка планів для відновлення емоційного балансу.

Показники ефективності:

- зменшення впливу стресу на академічні та особисті аспекти студентського життя;
- розвиток навичок стресового менеджменту.

Ці тренінги та семінари розробляються і проводяться кваліфікованими фахівцями, враховуючи специфіку студентського середовища та академічних вимог. Процес оцінки ефективності включає фідбек учасників, аналіз статистичних показників та спостереження за змінами у психічному стані студентів.

онлайн-ресурси та підтримка.

Мета: забезпечення доступу до онлайн-ресурсів та віртуальної підтримки для здобувачів вищої освіти у будь-який час.

Заходи: створення веб-сайту чи платформи із матеріалами, відеоуроками та рекомендаціями від психологів, організація онлайн-консультування та чат-підтримки.

Показники Ефективності:

- кількість відвідувань онлайн-ресурсів;
- задоволення студентів якістю та доступністю матеріалів;
- ефективність онлайн-консультування.

індивідуальні консультації та психотерапія.

Мета: надання можливості студентам отримати індивідуальну психологічну підтримку та консультації.

Конкретні Заходи: Проведення регулярних індивідуальних консультацій із психологом для обговорення особистих питань, проблем або стресових ситуацій. Надання можливості для психотерапевтичного супроводу у випадках потреби.

Показники ефективності:

- зростання рівня задоволення здобувачів вищої освіти від консультацій;
- зміни у психічному стані та емоційному благополуччі;
- кількість здобувачів вищої освіти, які використовують індивідуальні консультації.

групова підтримка:

Мета: створення сприятливого середовища для взаємодії та підтримки між здобувачами вищої освіти.

Заходи: організація групових сесій для обговорення тем, пов'язаних із психологічним здоров'ям, формування спільнот та клубів інтересів для здобувачів вищої освіти.

Показники ефективності:

- участь здобувачів вищої освіти у групових заходах;
- ступінь взаємопідтримки в групах та спільнотах;

- зменшення відчуття соціальної ізоляції серед здобувачів вищої освіти;

Загальні показники ефективності програми:

- загальне задоволення здобувачів вищої освіти: оцінка рівня задоволення здобувачів вищої освіти програмою та наданою психологічною підтримкою;

- аналіз статистичних даних: моніторинг статистичних даних щодо змін в психічному здоров'ї, стресових реакціях та емоційному стані здобувачів вищої освіти;

- успішність проходження навчального процесу: аналіз впливу програми на академічні показники та успішність здобувачів вищої освіти;

- формування позитивної культури психологічного здоров'я: створення позитивної атмосфери психологічного здоров'я в освітньому середовищі;

- участь у позауніверситетських активностях: спостереження за участю здобувачів вищої освіти у позауніверситетських заходах та культурних подіях.

Висновки по розділу 3

1. Метою програми забезпечення психологічного здоров'я здобувачів вищої освіти на 1-2 курсах освітньої програми «психологія» є створення оптимальних умов для розвитку психічного благополуччя та емоційної стійкості здобувачів вищої освіти. Програма спрямована на надання необхідних інструментів та ресурсів для підтримки психологічного здоров'я, розвитку соціальної адаптації та успішного подолання стресових ситуацій.

Принципи реалізації програми:

5. індивідуалізація та адаптація Програма спроектована з урахуванням індивідуальних потреб та характеристик здобувачів вищої освіти, забезпечуючи гнучкість та адаптовані підходи до кожного учасника;

6. інтерактивність та залучення. Застосування інтерактивних методів, тренінгів та групових занять для активного залучення здобувачів вищої освіти до процесу розвитку психологічного здоров'я;

7. комплексність підходу. Врахування всіх аспектів студентського життя, включаючи академічний, соціальний, та особистісний розвиток;

8. безперервна підтримка: надання постійної психологічної підтримки та консультування на різних етапах освітнього процесу.

Показники ефективності реалізації програми:

7. зростання рівня самооцінки та самоприйняття. Вимірювання позитивних змін у самооцінці та ставленні до себе здобувачів вищої освіти;

8. зменшення рівня стресу. Оцінка ефективності заходів на зменшення рівня стресу та впорядкування зі стресовими ситуаціями;

9. покращення адаптації до умов навчання. Визначення змін у рівні соціальної та академічної адаптації здобувачів вищої освіти;

10. збереження психічного здоров'я. Вимірювання стійкості психічного здоров'я та попередження можливих проблем;

11. участь у заходах та програмах. Оцінка активності та участі здобувачів вищої освіти у психологічних тренінгах, семінарах та інших заходах;

12. взаємодія із психологічною службою. Визначення рівня користування здобувачів вищої освіти послугами психологічної служби та їх задоволення від наданої підтримки.

Елементи програми:

психологічні тренінги та семінари:

Мета: набуття здобувачами вищої освіти необхідними навичками та стратегіями для ефективного управління емоціями, стресом та підвищення психологічної стійкості.

Заходи: проведення регулярних тренінгів з розробки навичок релаксації, емоційного регулювання та стресового менеджменту.

Показники ефективності:

- зростання рівня психологічної стійкості;
- активна участь студентів у тренінгах та семінарах;
- позитивні зміни в самопочутті та стресовій стійкості.

1. тренінг «регулювання емоцій».

Мета: Навчання студентів стратегіям регулювання емоцій для досягнення психологічної стійкості.

Складові:

- ідентифікація емоцій: Розуміння та розпізнавання власних емоцій.
- техніки релаксації: навчання методикам релаксації для зниження стресу.
- конструктивне вираження емоцій: Опанування навичок конструктивного вираження емоцій.

Показники ефективності:

- зростання навичок регулювання емоцій;
- зменшення проявів стресу та напруги.

семінар «самоусвідомлення та особистісний розвиток».

Мета: сприяння самоусвідомленню здобувачів вищої освіти та підтримка їхнього особистісного розвитку.

Складові:

- індивідуальна рефлексія: аналіз власних цінностей, мети, та потреб;
- самопізнання: залучення до самопізнання через різноманітні вправи;
- планування розвитку: розробка конкретних кроків для особистісного росту.

Показники ефективності:

- збільшення рівня самоусвідомлення студентів;
- позитивні зміни в особистісному розвитку.

тренінг «стресовий менеджмент».

Мета: навчання ефективним стратегіям управління стресом у навчальному та особистому житті.

Складові:

- ідентифікація стресорів: визначення та класифікація стресових ситуацій;
- техніки адаптації: опанування прийомів для підвищення адаптаційних можливостей;
- планування періодів відновлення: розробка планів для відновлення емоційного балансу.

Показники ефективності:

- зменшення впливу стресу на академічні та особисті аспекти студентського життя;
- розвиток навичок стресового менеджменту.

Ці тренінги та семінари розробляються і проводяться кваліфікованими фахівцями, враховуючи специфіку студентського середовища та академічних вимог. Процес оцінки ефективності включає фідбек учасників, аналіз

статистичних показників та спостереження за змінами у психічному стані студентів.

. онлайн-ресурси та підтримка.

Мета: забезпечення доступу до онлайн-ресурсів та віртуальної підтримки для здобувачів вищої освіти у будь-який час.

Заходи: створення веб-сайту чи платформи із матеріалами, відеоуроками та рекомендаціями від психологів, організація онлайн-консультування та чат-підтримки.

Показники Ефективності:

- кількість відвідувань онлайн-ресурсів;
- задоволення студентів якістю та доступністю матеріалів;
- ефективність онлайн-консультування.

. індивідуальні консультації та психотерапія.

Мета: надання можливості студентам отримати індивідуальну психологічну підтримку та консультації.

Конкретні Заходи: Проведення регулярних індивідуальних консультацій із психологом для обговорення особистих питань, проблем або стресових ситуацій. Надання можливості для психотерапевтичного супроводу у випадках потреби.

Показники ефективності:

- зростання рівня задоволення здобувачів вищої освіти від консультацій;
- зміни у психічному стані та емоційному благополуччі;
- кількість здобувачів вищої освіти, які використовують індивідуальні консультації.

групова підтримка:

Мета: створення сприятливого середовища для взаємодії та підтримки між здобувачами вищої освіти.

Заходи: організація групових сесій для обговорення тем, пов'язаних із психологічним здоров'ям, формування спільнот та клубів інтересів для здобувачів вищої освіти.

Показники ефективності:

- участь здобувачів вищої освіти у групових заходах;
- ступінь взаємопідтримки в групах та спільнотах;
- зменшення відчуття соціальної ізоляції серед здобувачів вищої освіти;

Загальні показники ефективності програми:

- загальне задоволення здобувачів вищої освіти: оцінка рівня задоволення здобувачів вищої освіти програмою та наданою психологічною підтримкою;
- аналіз статистичних даних: моніторинг статистичних даних щодо змін в психічному здоров'ї, стресових реакціях та емоційному стані здобувачів вищої освіти;
- успішність проходження навчального процесу: аналіз впливу програми на академічні показники та успішність здобувачів вищої освіти;
- формування позитивної культури психологічного здоров'я: створення позитивної атмосфери психологічного здоров'я в освітньому середовищі;
- участь у позауніверситетських активностях: спостереження за участю здобувачів вищої освіти у позауніверситетських заходах та культурних подіях.

ВИСНОВКИ

иділяються такі складові психічного здоров'я: 1) усвідомлення та почуття безперервності, сталості та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»; 2) почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; 3) критичність до себе та своєї власної психічної діяльності та її результатів; 4) адекватність психічних реакцій силі та частоті середовищних впливів, соціальних обставин та ситуацій; 5) здатність керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм (правил, законів); 6) здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати її; 7) здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Психічне здоров'я слід розглядати не як однорідне утворення, а як утворення, що має складну, рівневу структуру. Вищий рівень психічного здоров'я - особистісно-смысловий, який визначається якістю смыслових відносин людини. Далі - рівень індивідуально-психологічного здоров'я, оцінка якого залежить від здібностей людини побудувати смыслові устремління. І третій – рівень психофізіологічного здоров'я, що визначається особливостями внутрішньої, мозкової, нейрофізіологічної організації актів психічної діяльності. Кожен із цих рівнів, маючи свої критерії, повинен мати і свої особливі закономірності перебігу. Незважаючи на взаємозв'язок і взаємозумовленість рівнів, можливі різні варіанти їх розвиненості, ступеня і якості їх здоров'я. Тобто психічне здоров'я, будучи багаторівневим, може страждати на одних рівнях при відносній безпеці інших.

Психічне здоров'я може розглядатися як центральна здатність індивіда до усвідомлення себе як суб'єкт, що взаємодіє з навколишнім світом, є важливою умовою індивідуального та суспільного благополуччя та має безліч медичних, соціальних та політичних аспектів. Найбільш поширеним нині підходом у вивченні психічного здоров'я населення є клініко-епідеміологічний, який ґрунтується на аналізі даних первинного статистичного обліку, що проводиться на території або спеціально

(державний облік), або у процесі здійснення своїх функцій соціальними інститутами (відомчий облік). Він також часто ґрунтується на суцільному чи вибірковому дослідженні поширеності певних психічних розладів у конкретній популяції, у тому числі прикордонних психічних розладів.

Поняття психічного здоров'я, що визначається в межах медичної та патопсихологічної моделі, є адекватним для визначення психічного здоров'я в психіатрії, але не відповідають запитам психологічної практики, що активно розвивається в нашій країні. Проте нині відбувається поступовий, але впевнений перехід від патоцентричної моделі психічного здоров'я (орієнтація на хворобу, патологію, лікування) до сучасної саноцентричної моделі (орієнтація на здоров'я, оздоровлення, профілактику)

Можна виділити такі критерії психічного здоров'я:

ілісність;

свідомленість;

аявність власної життєвої позиції;

ктивність, спрямовану реалізацію власного внутрішнього потенціалу;

уховність, свобода та відповідальність;

отожність собі, своїй природі, переживання свого «Я»;

ворчість;

ажливість Іншого (емпатичне розуміння та прийняття іншої людини);

амотворчість (можливість реально стати господарем власного життя, здатність розвиватися, змінюватись).

Основні особливості здоров'я включають в себе:

- стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя;
- відсутність хвороби;
- процес адаптації до зовнішнього середовища, що змінюється, до дорослішання, до лікування, до очікування смерті;
- приховані резерви, готові актуалізуватися у разі потреби;

- здатність до відновлення після фізичних, психологічних, соціальних та інших впливів;
- здатність до збереження відповідної віку стійкості за умов зовнішніх змін;
- процес підтримки значення фізіологічних констант, при якому організм здатний у разі потреби виводити їх (фізіологічні константи) за певні рамки звичайного функціонування та своєчасно повертати їх до колишніх оптимальних значень.

Модель психологічного здоров'я включає в себе:

- самореалізація у соціумі: успішна соціально-психологічна адаптація; ефективне та конструктивне спілкування. Цей компонент включає взаємодію людини і навколишнього її соціуму «Я-Інші»;
- самооцінка: позитивне самовідношення; позитивне мислення; прийняття себе, свого образу. Цей компонент включає взаємодію людини із самим собою «Я-Я».
- саморегуляція: прийняття особистої відповідальності за свої вчинки, здоров'я, діяльність та життя в цілому; досягнення особистістю вікової зрілості; адекватне емоційно-вольове регулювання, самоконтроль, емоційне благополуччя.

Згідно з біологічною моделлю першою ланкою всякого неврозу є порушення процесів збудження та гальмування. При тривалій дії патогенних умов, особливо при комбінації їх з іншими несприятливими обставинами, утворюються хворобливі застійні пункти, змінюється тонус кори, відбуваються фазові зміни реактивності, які потім виникають умовнорефлекторно і, як наслідок - фіксуються патологічні тимчасові зв'язки. У цьому преморбідні особливості сприяють чи протидіють виникненню неврозу.

Багато психологічних напрямів завдячують поняттю «невроз» своїм народженням та розвитком. Загальна концепція психологічного походження

неврозів у межах психоаналізу зводиться до ставлення до невротичному конфлікту. Проте, різні представники психоаналізу по-своєму розуміють зміст несвідомого і, отже, змістовну сторону невротичного конфлікту.

Основну роль етіології неврозів відводить дефіциту батьківської любові. Внаслідок чого розвиваються установки, що суперечать один одному, що і призводить до невротизації. На її думку, якщо забезпечити дитині «теплу атмосферу», вона виростає «відповідно до свого справжнього Я». У випадку, якщо цього не відбувається, розвиваються установки, що суперечать одна одній: до людей, проти людей і геть від них і, як наслідок, невротизація.

Е. Фромм, вважає, що якісної відмінності між здоров'ям і неврозом немає. Причину останнього він бачив у несвідомій, компульсивній діяльності - «втечі від свободи», яка є способом позбавлення відчуття самотності, безнадійності та особистої відповідальності. Їм описані три стратегії такої «втечі»: авторитаризм (садизм і мазохізм), деструктивізм та конформізм. Конфлікт між потребою у свободі та потребою у безпеці, так само як і механізми «втечі від свободи», представлені і у хворих на неврози, і у здорових, але з різним ступенем інтенсивності.

Згідно Г. С. Саллівану, джерелами конфлікту, що лежать в основі неврозів, є міжособистісні відносини матері та дитини. Він наголошує, що порушення цих відносин можуть призвести до наступних невротичних проявів: страхи, агресивність, боязкість [84]. Невроз може також розглядатись як неминучий та необхідний момент розвитку у зв'язку з формуванням дитячої тривоги.

Як зазначає О. Феніхель, всім видів неврозів характерна одна загальна риса: замість того, щоб раціонально реагувати на різноманітні зовнішні вимоги, відбувається заміщення ірраціональними феноменами, які розцінюються суб'єктом як привнесені ззовні і не піддаються контролю. О. Феніхель вважає, що невротичні феномени виникають через порушення

нормального контролю психічного апарату, коли мимовільні "аварійні розрядки" заміняють "нормальні розрядки".

Ф. Перлс вважав, що причиною всіх невротичних станів є придушення емоцій. Якщо вираз емоцій утруднений, тривога посилює тривогу. Після цього відбувається спроба десенсибілізації емоцій, яка, з одного боку, покликана зняти напругу, з другого, породжує шари неврозу.

Прибічники біхевіорального підходу розглядають неврози людини як вираз, виробленого в онтогенезі, неадаптивної поведінки. У центрі уваги виявляється симптом, що розуміється як поведінка. У цьому з'ясування складних психічних причин розвитку психогенних розладів вважалось зайвим. Здоров'я та хвороба є результатом того, чому людина навчилася і чому не навчилася, а особистість – це досвід, який людина набула протягом життя. Невроз не розглядається як самостійна нозологічна одиниця. У центрі уваги виявляється симптом, що розуміється як поведінка.

На відміну від психоаналітичної і поведінкової позицій, раціонально-емоційний підхід основною причиною неврозів вважає в основу різного роду ірраціональні переконання, а також підпорядкування численним факторам.

Позиція В. Франкла як представника екзистенційної психології полягає в тому, що існують такі види неврозів: «ноогенні», що виникають внаслідок духовного конфлікту; «колективні», що виникають через незнання сенсу свого життя; первинне психогенні неврози. В останньому випадку він наголошує на необхідності розмежування того, що з'явилося після психотравмуючої події і того, що з'явилося внаслідок психотравми.

На думку І. Ялома, екзистенційний підхід на відміну психоаналізу, акцентує базисний конфлікт іншого - це конфронтація індивіда з «данністю існування». З позиції гуманістичного підходу в медичній психології, неврози – це відповідь на відсутність реалізації свого природного людського потенціалу. Як зазначає А. Маслоу, відсутність задоволення потреб у безпеці та захисті, у приналежності, у коханні, повазі, а також потреби у

самоактуалізації веде до розвитку «дефіцитарних хвороб», до яких, на його думку, належать і неврози. А. Маслоу вбачає причину неврозів у невдачі особистісного зростання. А. Маслоу відводить більш істотну роль соціальним, економічним, освітнім, філософським та сімейним факторам у виникненні невротичних розладів, ніж факторів біологічного порядку.

Різні автори по-різному розглядають походження неврозів. Проте, враховуючи різні думки, можна припустити такий механізм їх виникнення: внаслідок неправильного виховання відбувається порушення ставлення до себе; як наслідок – недосконалість захисних механізмів, неадаптивна поведінка, труднощі раціональної переробки психотравмуючих ситуацій, а також виникнення у зв'язку з цим афективно забарвлених переживань, які можуть призвести до невротизації. Розуміння причин неврозів може сприяти як профілактиці самих неврозів, так і профілактиці невротичних проявів при психосоматичних захворюваннях, що можна використовувати у практичній діяльності психотерапевтів і психологів.

Найважливіший психологічний процес юнацького віку – становлення самосвідомості та стійкого образу своєї особистості, свого «Я». Становлення самосвідомості відбувається за кількома напрямками:

-) відкриття свого внутрішнього світу - юнак починає сприймати свої емоції не як похідні від зовнішніх подій, бо як стан свого «Я», з'являється почуття своєї особливості, несхожості на інших, часом з'являється і почуття самотності;
-) з'являється усвідомлення незворотності часу, розуміння кінцівки свого існування. Життєвий план охоплює всю сферу особистого самовизначення: моральний образ, стиль життя, рівень домагань, вибір професії та свого місця у житті;
-) формується цілісне уявлення про самого себе, ставлення до себе, причому спочатку усвідомлюються та оцінюються людиною особливості його тіла,

зовнішності, привабливості, а потім уже морально-психологічні, інтелектуальні, вольові якості;

4) відбувається усвідомлення і формується ставлення до сексуальної чуттєвості, що зароджується.

У студентському віці відбуваються важливі перетворення міжособистісних стосунків. Вони, що характеризуються тенденцією до більш особистих і значних взаємодій, високою рефлексивністю, стають джерелом емоційних переживань. У цьому віці посилюється потреба у розумінні та співпереживанні, співчутті, встановленні довірчих відносин. Спілкування з однолітками набуває особливої ваги і стає однією з провідних чинників особистісного розвитку.

Студентський вік характеризується як період розвитку та досягнення інтелектуальних та фізичних сил. Але трапляється, що одночасно можна спостерігати як виявляються протиріччя між цими можливостями та їхньою дійсною реалізацією». Це період, коли ідеальне «Я» ще остаточно сформовано, а реальне «Я» добре не оцінено самим суб'єктом. Це протиріччя може призвести до внутрішньої невпевненості у собі, викликати почуття незрозумілості. Наслідком невпевненості у собі та відчуттям незрозумілості може стати формування неадекватної самооцінки (як завищеною, так і заниженою). Останнє, можливо, стане «сприятливим грантом» для виникнення невротизації.

На стан психічного здоров'я студентської молоді насамперед впливають соціально-економічні перетворення, які мають місце і пов'язані з психологічними особливостями несформованої особистості. У період навчання у ЗВО можна виділити три основні критичні періоди, які припадають на перший, третій та п'ятий курси. На першому курсі відбувається зміна соціальної ролі здобувача вищої освіти, коригування його потреб та цінностей, виникає необхідність більш гнучко регулювати свою поведінку, встановлювати взаємини у новому колективі; для здобувачів вищої

освіти із інших міст – необхідність облаштовувати побут. Відсутність резервів психічного здоров'я на кожному з етапів може призвести до розвитку невротичних розладів.

4. У запропонованій сукупності складових психічного здоров'я, достовірність відмінностей є статистично значущою за такими факторами:

– «відсутність невротизації» ($p \leq 0.01$), крім групи із хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними;

– «відсутність депресивної симптоматики» ($p \leq 0.01$), крім групи з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними 2 курси. У групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними 1 курсу достовірність відмінностей має місце ($p \leq 0.05$);

помірний рівень особистісної тривожності» з різним рівнем статистичної значущості залежно від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою лише у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

помірний рівень особистісної тривожності» з різним рівнем статистичної значущості залежно від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою лише у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

високий / задовільний рівень особистісного адаптаційного потенціалу» ($p \leq 0.01$). За винятком: групи з невротизацією та групи малоадаптивних 2 курсу, де достовірність відмінностей складає ($p \leq 0.001$), а також групи із субдепресією 2 курсу ($p \leq 0.05$). Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

– «високий / задовільний рівень поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості» ($p \leq 0.01$). За винятком: групи малоадаптивних та групи тривожних 2 курси, де достовірність відмінностей становить ($p \leq 0.001$).

Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках;

- «високий / задовільний рівень комунікативного потенціалу» (тільки у групі з невротизацією в обох вибірках: на 1 курсі у цій групі достовірність відмінностей склала ($p \leq 0.05$), а на 2 курсі – ($p \leq 0.01$);

- «сприятливий стан/нормальний рівень самопочуття» у студентів 1 курсу: у групах із субдепресією, групі тривожних, групі малоадаптивних ($p \leq 0.01$); у групі з невротизацією, групі з вегетативною симптоматикою ($p \leq 0.05$); у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними в обох вибірках достовірність відмінностей не є статистично значущою;

- "високий / достатній рівень волювої регуляції" з різним рівнем статистичної значущості в залежності від виділеної "групи ризику". Достовірність відмінностей не є статистично значущою у групі з хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними, а також у групі малоадаптивних 1 курсу;

- відсутність вегетативної симптоматики ($p \leq 0.01$), за винятком групи тривожних, групи малоадаптивних, групи з вегетативною симптоматикою 1 курсу, де достовірність відмінностей склала ($p \leq 0.001$);

- «відсутність хронічних захворювань, у т. ч. психосоматичних» у всіх групах 1 курсу: у групі із субдепресією, групі тривожних, групі малоадаптивних, групі із хронічними захворюваннями, у т. ч. психосоматичними ($p \leq 0.01$); групі з невротизацією та групі з вегетативною симптоматикою ($p \leq 0.05$). Слід зазначити, що достовірність відмінностей не є статистично значущою за цим фактором в жодній із груп 2 курсу.

У ході аналізу даних можна дійти висновку про те, що в більшості запропонованих критеріїв, включених у сукупність складових психічного здоров'я, вдалося довести достовірність відмінностей ознак у групі здорових у порівнянні з іншими, виділеними в результаті дослідження, групами. За

тими критеріями, де достовірність відмінностей не є статистично значущою, відзначається переважання у відсотковому співвідношенні групи здорових. Для емпіричного підтвердження, розробленої нами, сукупності складових психічного здоров'я, ми провели спеціально організоване лонгітудне дослідження стану психічного здоров'я здобувачів вищої освіти освітньої програми «психологія» 1-2 курсів Дніпровського гуманітарного університету, після чого проаналізували його динаміку. Вибірка склала 100 здобувачів вищої освіти.

З проведеного дослідження, можна зробити такі висновки:

-) Імовірно, що серед факторів, що призводить до невротизації - поєднання низького рівня особистісного адаптаційного потенціалу, низького рівня поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості, високого рівня особистісної тривожності, оскільки у всіх студентів з невротизацією 1 курсу та у 66,7% студентів 2 курсу відзначається це поєднання. Крім того, на нашу думку, вищевикладена сукупність факторів може призводити спочатку до субдепресивної симптоматики, потім до несприятливого стану самопочуття, а потім, як наслідок - до невротизації, тому що в групі з невротизацією 1 курсу кількість респондентів з даними показниками становить 60 , а в групі з невротизацією 2 курсу – 41,7% студентів;
-) у групі тривожних до 2 курсу збільшилася кількість респондентів: з відсутністю невротизації (на 1%), з високим/задовільним рівнем моральної нормативності (на 6,3%), з відсутністю вегетативної симптоматики (на 2,9%). Достовірність відмінностей частоти даних ознак у студентів 2 курсу в порівнянні зі студентами-першокурсниками не є статистично значущою;
-) у групі малоадаптивних на 2 курсі порівняно з 1 курсом зростає кількість піддослідних: з відсутністю депресивної симптоматики (на 10,1%); з помірним рівнем особистісної тривожності (на 21,5%), з високим/задовільним рівнем поведінкового регулювання та нервово-психічної стійкості (на 3,4%), з високим/задовільним рівнем моральної

нормативності (на 10,5%). Достовірність відмінностей частоти даних ознак у студентів 2 курсу в порівнянні зі студентами-першокурсниками не є статистично значущою;

) у студентів 1 курсу відзначається наступний середній рівень показників психічного здоров'я: середній рівень невротизації – 19,1 бала; середній рівень депресивності – 8,1 бала; середній рівень особистісної тривожності – 43,9 бала. До другого курсу дані показники практично не змінилися, що може говорити про відсутність погіршення стану психічного здоров'я у досліджуваній вибірці;

) на 2 курсі навчання у піддослідних збільшилися середні показники комунікативного потенціалу (на 1,1 стіни) та моральної нормативності (на 1,2 стіни). Можливо, у період навчання потреба у спілкуванні у студентів задовольняється. Зростання рівня моральної нормативності може свідчити про адекватне сприйняття своєї нової соціальної ролі студента, моральних норм поведінки та вимог соціального оточення.

6. Метою програми забезпечення психологічного здоров'я здобувачів вищої освіти на 1-2 курсах освітньої програми «психологія» є створення оптимальних умов для розвитку психічного благополуччя та емоційної стійкості здобувачів вищої освіти. Програма спрямована на надання необхідних інструментів та ресурсів для підтримки психологічного здоров'я, розвитку соціальної адаптації та успішного подолання стресових ситуацій.

Принципи реалізації програми:

1. індивідуалізація та адаптація Програма спроектована з урахуванням індивідуальних потреб та характеристик здобувачів вищої освіти, забезпечуючи гнучкість та адаптовані підходи до кожного учасника;

2. інтерактивність та залучення. Застосування інтерактивних методів, тренінгів та групових занять для активного залучення здобувачів вищої освіти до процесу розвитку психологічного здоров'я;

3. комплексність підходу. Врахування всіх аспектів студентського життя, включаючи академічний, соціальний, та особистісний розвиток;

4. безперервна підтримка: надання постійної психологічної підтримки та консультування на різних етапах освітнього процесу.

Показники ефективності реалізації програми:

1. зростання рівня самооцінки та самоприйняття. Вимірювання позитивних змін у самооцінці та ставленні до себе здобувачів вищої освіти;

2. зменшення рівня стресу. Оцінка ефективності заходів на зменшення рівня стресу та впорядкування зі стресовими ситуаціями;

3. покращення адаптації до умов навчання. Визначення змін у рівні соціальної та академічної адаптації здобувачів вищої освіти;

4. збереження психічного здоров'я. Вимірювання стійкості психічного здоров'я та попередження можливих проблем;

5. участь у заходах та програмах. Оцінка активності та участі здобувачів вищої освіти у психологічних тренінгах, семінарах та інших заходах;

6. взаємодія із психологічною службою. Визначення рівня користування здобувачів вищої освіти послугами психологічної служби та їх задоволення від наданої підтримки.

Елементи програми:

1. психологічні тренінги та семінари:

Мета: набуття здобувачами вищої освіти необхідними навичками та стратегіями для ефективного управління емоціями, стресом та підвищення психологічної стійкості.

. онлайн-ресурси та підтримка.

Мета: забезпечення доступу до онлайн-ресурсів та віртуальної підтримки для здобувачів вищої освіти у будь-який час.

Заходи: створення веб-сайту чи платформи із матеріалами, відеоуроками та рекомендаціями від психологів, організація онлайн-консультування та чат-підтримки.

Показники Ефективності:

- кількість відвідувань онлайн-ресурсів;
- задоволення студентів якістю та доступністю матеріалів;
- ефективність онлайн-консультування.

. індивідуальні консультації та психотерапія.

Мета: надання можливості студентам отримати індивідуальну психологічну підтримку та консультації.

Показники ефективності:

- зростання рівня задоволення здобувачів вищої освіти від консультацій;
- зміни у психічному стані та емоційному благополуччі;
- кількість здобувачів вищої освіти, які використовують індивідуальні консультації.

4. групова підтримка:

Мета: створення сприятливого середовища для взаємодії та підтримки між здобувачами вищої освіти.

Заходи: організація групових сесій для обговорення тем, пов'язаних із психологічним здоров'ям, формування спільнот та клубів інтересів для здобувачів вищої освіти.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Амосов М. М. Роздуми про здоров'я. : Здоров'я, 1990. 166 с.
2. Андрос М.Є. Психічне здоров'я особистості: психологічне консультування керівників шкіл / М.Є Андрос // Освіта і управління. – Том 2. 1998. No 2. С.64

ртеменко Т.Б. Засади психологічного благополуччя у закладах освіти. Педагогічний пошук. 2019. №3. С. 94–97

ілозерська С. І. Психічне здоров'я як основа психологічного благополуччя особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник тез доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції. Львів, 2018. С. 56–59.

5. Бодров В. А. Інформаційний стрес: Навчальний посібник для вузів. Київ., 2000. 352 с.

орисюк А. С. До проблеми психічного та психологічного здоров'я молоді. А. С. Борисюк//Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки. 2013. Т. 2, Вип. 10. С. 46-

орисюк АС. Психічне здоров'я як соціально-психологічна проблема. // Збірник наукових праць Теоретичні і прикладні проблеми психології. Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. № 5. С. 27-30.

асилевська О. І. Психічне здоров'я особистості / О. І. Василевська // Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип : зб. наукових праць звітної-наукової конференції викладачів університету за 2012 р. Київ, 9–10 лютого 2013 р. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. С. 289–291.

асилевська О. І. Феномен психічного здоров'я / О. І. Василевська // Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість в умовах європейської інтеграції : зб. матеріалів XVI Всеукр. наук.-практ. конф. Київ, 25–26 квітня 2013 р. ; у 2-х т. Редкол.: І. І. Тимошенко та ін. – К. : Вид-во Європейського університету, 2013. Т. 2. С. 16–19.

асилевська О. І. Психічне здоров'я молодшого школяра і безпека освітнього середовища / О. І. Василевська // Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість в умовах європейської інтеграції : зб. матеріалів XVII Всеукр. наук.- практ. конф. Київ, 25 квітня 2014 р. ; у 2-х т. Редкол.: І. І.

Тимошенко та ін. К. : Видво Європейського університету, 2014. Т. I. С. 57–

асилевська О. І. Казкотерапія у контексті здійснення психологічного супроводу закладів освіти / О. І. Василевська // Актуальні питання сучасної психології : збірник наукових праць / [за ред. : Кузікової С. Б., Щербакової І. М.]. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. Т. 2 С. 192–196.

ірна Ж.П., Кощій В.Р. Психічне здоров'я і невротичні розлади особистості: постановка проблеми й аспекти дослідження. Ж. П. Вірна, В. Р. Кощій//Психологічні перспективи, 2009. Вип. 13. С. 28–34.

олошин ПВ, Марута НО. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди//Укр. вісн. Психоневрології, 2015. №1. С.5-11.

алецька І. Психологічне здоров'я. Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. С. 89–122.

ончаренко Н. В. Теоретичні основи збереження психічного здоров'я особистості / Н. В. Гончаренко //Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. К., 2012. Т. XIV, ч. 4. С. 44–56.

ончаренко Н. В. Навчальне середовище як чинник збереження психічного здоров'я студентської молоді / Н. В. Гончаренко //Актуальні проблеми психології. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. К., 2012. Т. X, вип. 23. – С. 99–108.

ончаренко Н. В. Навчальний стрес як чинник психічного здоров'я студентської молоді / Н. В. Гончаренко // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. К., 2012. Т. XIV, ч. 6. С. 89–96.

Гончаренко Н. В. Категорія здоров'я як предмет психологічного дослідження / Н. В. Гончаренко // Актуальні проблеми психології. Організаційна

психологія. Соціальна психологія. Економічна психологія : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. К., 2012. Т. I, вип. 35. С. 125–128.

19. Гріневич І.І. Сутність здорового способу життя: історично-педагогічний аналіз проблеми: Наукові записки. Психолого-педагогічні науки. Ніжин, 2001. № 1. С. 92-99.

Демида К.Є. Соціально-психологічна програма заходів зі сприяння адаптації сільської молоді до навчання у вищих закладах освіти I-II рівня акредитації / Катерина Демида // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні наукові дослідження у галузі педагогіки та психології» м. Запоріжжя, 7-8 лютого 2020 р. Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2020. Ч. II. С. 92-97.

Демида К.Є. Соціально-психологічні чинники адаптації сільської молоді до навчання у вищих навчальних закладах I та II рівня акредитації. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія, психологія соціальної роботи. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Київ, 2021

22. Дружилов С.А. Психологічні фактори здоров'я людини і д

галкіна (Лебедева) Н.В. Основні детермінанти психологічного здоров'я особистості. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Vol. 17. No 5. 2016. P. 144–149.

Зорій Н. І. Формування мотивації та установок на збереження психічного та психологічного здоров'я сільської молоді : колект. монографія / Н. І. Зорій, А. С. Борисюк, М. П. Тимофієва, Г. І. Безарова, В. А. Осипенко; ред.: Н. І. Зорій; Буков. держ. мед. ун-т. - Чернівці : Технодрук, 2015. 227 с.

Гарамушка Л.М., Дзюба Т.М. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям

н

т

и

й

досліджень в організаційній психології. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2019. № 1(16). С. 22–33.

ашлюк Ю.І. Психологічне здоров'я і психологічне благополуччя особистості як складові задоволеності життям. Психологічний часопис. 2017. Том 7. № 3. С. 47–58.

ічук А. Про деякі теоретичні підходи можливості пізнання особливостей емоційного здоров'я студентів / А. Кічук // Наука і освіта: наук.-практ. журнал. 2020. № 2. С. 31-38.

олісник О. П. Ступені духовності та психічні механізми саморозвитку особистості // Ментальність. Духовність. Саморозвиток особистості.– Ч. І.– К., 1994.– С. 349–392.

оцан І. Я. Психологія здоров'я людини Луцьк: Вежа, 2011. 430 с.

агодзинська В.І. Креативність, як важлива детермінанта забезпечення психологічного здоров'я особистості: теоретичний аналіз проблеми. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2019. Том I : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 54. С. 29–35.

31. Леонтєва О.І. Формування здорового способу життя підлітків засобами культурно- просвітньої діяльності: Київський національний ун-т культури і мистецтв. К., 2005. 20 с.

32. Максименко С.Д. Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості. Педагогічний процес: теорія і практика: 36. наук. пр. К.: ЕЗКМО, 2005. Вип. 3. С. 343-361.

33. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Життя та здоров'я. Навчальний посібник з валеології для учнів 8 (9) класу загальноосвітньої школи. К.: «Прок- бізнес», 1998. 160 с.

еднікова Г. І. Становлення особистісної зрілості студентів : [монографія] / Г. І. Меднікова; Харків. нац. пед. ун-т ім. Г.С. Сковороди. - Харків : Діса плюс : ХНПУ, 2015. 287 с.

ешко Г.М., Мешко О.І. Професійне здоров'я вчителівсучасної школи: бажане і реальне. Педагогічний альманах. 2018. Вип. 40. С. 63-70. URL:

36. Пінчук ІЯ, Степанова НМ, Суховій ОО, Сулімовська ГС. Вплив психосоціальних факторів на психічне здоров'я. *Нейроnews*. 2015. №1. С. 8-

37. Пінчук ІЯ, Богачев РМ, Хобзей МК, Петриченко ОО. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2008-2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги країни. *Архів психіатрії*, 2013. №1. С. 7-11

птимістичне відношення до життя як активуючий ресурс особистості (ортобіотичний підхід)/ Дослідження психології ортобіозу людини : монографія / за заг. наук ред проф Н.В. Родіни. Київ : Видавництво Ліра-К,

абінович М.Л. Європейські стандарти права особи на психічне здоров'я: до постановки проблеми. *Наук. вісн. Міжнар. гуманітар. ун-ту. Сер. Юриспруденція*, 2013. № 6/1. С. 242-5.

абота Т.О. Здоров'я як системне поняття: критерії психологічного здоров'я. *Психологічний часопис*. 2017. Т. 7. № 3. С. 159–165.

авчин М. Здоров'я людини: духовний, особистісний і тілесний виміри: монографія. Дрогобич: ПП «Посвіт», 2019. 232 с.

авчин МВ. Психічне та особистісне здоров'я громадян як чинник національної безпеки. *Наук. вісн. Львів. держ. ун-ту внутр. справ. Сер. Психологічна*, 2012. № 2. С.142-50.

ірко Р. І. Психічне здоров'я у старшому юнацькому віці як предмет психологічного аналізу: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 (Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України). К., 2002. 15 с.

кокова, Л. Структурні обмеження культурно-дозвіллевих практик. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*, 2014. № 25. <http://apspp.soc.univ>.

оціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді : за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева ; ЮНІСЕФ, ГО «Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка». К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2019. 127 с.

тан та чинники здоров'я українських підлітків : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін.; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. К. : “К.І.С.”, 2011. 172 с.

имофієва М.П. Духовність як чинник формування психічного здоров'я особистості / М.П. Тимофієва // Науковий вісник Чернівецького університету: Збірник наукових праць, 2008. Випуск 414-415. Філософія. Чернівці: Рута, – С.23-27.

48. Тимофієва М.П., Двіжона О.В. Психологія здоров'я: Навчальний посібник. Чернівці: Книги – XXI, 2009. 296 с.

итаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

стінов ОВ. Психічне здоров'я як складова національної безпеки. Укр. мед. Часоп, 2013. №1. С.16-8.

стінов О. Як вберегти психічне здоров'я в умовах інформаційної війни?: інтерв'ю з І. Пінчук. Укр. мед. Часоп, 2014. № 2. С. 45-46.

ормування здоров'язберезувальних компетентностей сучасної молоді: реалії та перспективи : збірник наук. праць Всеукр. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому Дню цивільної оборони та Всесвітньому Дню охорони праці (Полтава, 27–28 квітня 2017 р.)/ упоряд., і ред.: В. П. Титаренко, А. М. Хлопов. Полтава : ПНПУ, 2017. 408 с.

ормування здорового способу життя. Навчально-методичні рекомендації /

Авт. колект. Т. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков, Н. Дзюба, В. Коляда, Н. Комарова, І. Пеша, Н. Тілікіна (кер. авт. колект. О. Вакуленко). К.: ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики», 2018. 100 с.

арькова О., Работа Т., Гончарова Ю. Збереження психологічного здоров'я студентської молоді за допомогою методів емоційно-вольової саморегуляції Серія Педагогіка. 2014. № 2(13). С. 209-212.

афранський ВВ, Дудник СВ. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3. С.12-18

56. Шувалов А. В. Психологічне здоров'я людини: Вісник, 2009. Вип. 4 (15). С. 87-101

57. Bandura A. Self-efficacy: The foundation of agency. Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer. 2000.

58. Bugental James F. T. Challenges of Humanistic Psychology ; L

59. Eisenberg D, Golberstein E, Hunt JB. Mental health and academic s

u 60. Ellis Albert Reason And Emotion In Psychotherapy Stuart (Lyle) t

n 61. Engel Georg Endstation Fremdenlegion Turtleback. 1997

e 62. Eysenck Hans J., Eysenck Sybil B.G. Personality Structure and Measurement (Psychology Revivals)

s 63. F

U 64. Fromm Erich Escape from Freedom Ishi Press. 2011. 318 p.

n 65. Frankl Viktor E. Man's Search for Meaning Paperback Beacon Press 006 165 p.

66. Freud Sigmund Collected Works of Pinnacle Press 2017 268 p

b

б

р

р

р

67. Gorczynski P, Sims-schouten W, Hill D, Wilson JC. Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2017. №12(2). P. 111–120.

68. Harandi TF, Taghinasab MM, Nayeri TD. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron physician*. 2017. № 9(9). C. 5212.

69. Heinz L. Ansbacher, Rowena R. Ansbacher (Editor) *The Individual Psychology of Alfred Adler* y Harper Perennial (NY) 528 p.

70. Horney Karen *Neurosis and Human Growth: The Struggle Towards Self-Realization* W. W. Norton & Company. 1991. 400 p

71. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking

72. Kotera Y, Conway E, Van Gordon W. Mental health of UK university business students: Relationship with shame, motivation and self-compassion. *J*

o 73. Lukat, Ju., Margraf, Ju., Lutz, R., Van der Veld, W.M., Becker, E.S. Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*. 2016. No 4(1). URL: https://www.researchgate.net/publication/293807917_Psychometric_properties_of_the_Positive_Mental_Health_Scale_P_MH-scale. https://www.researchgate.net/publication/293807917_Psychometric_properties_of_the_Positive_Mental_Health_Scale_P_MH-scale

o 74. M acaskill A. The mental health of university students in the United Kingdom. *Br J*

G 75. Maslow A. H. *Motivation and personality*. New York: Harper and Row, 1987. 293 p.

il 76. Mitchell Juliet *Selected Melanie Klein* Simon and Schuster 1970 260 p.

d 77. O’Neill S, McLafferty M, Ennis E, Lapsley C, Bjourson T, Armour C, et al. Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for

C
S
e
u
l
n

2018. № 239. P.58–65.

79. Rahman Afzalur Introduction to developmental psychology. Kalpaz Publications, 2023 139 p.

80. Richardson T, Elliott P, Roberts R. The impact of tuition fees amount on m

e 81. Richardson T, Elliott P, Roberts R, Jansen M. A Longitudinal Study of Financial Difficulties and Mental Health in a National Sample of British U

n 82. Rogers Carl R. , Peter D. Kramer On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. by Mariner Books. 420 p

e 83. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, Gleeson H, Sow K, Hind D, Barkham M. Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic r

e 84. Sullivan Stack Harry Clinical Studies In Psychiatry W. W. Norton and Company, Inc. 1973 386 p

i 85. Thorley C. Not By Degrees: Not by degrees: Improving student mental health in the UK's universities. London: IPPR, 2017.

w 86. Tyson P, Wilson K, Crone D, Brailsford R, Laws K. Physical activity

a
e
n/ 87. Williams M, Coare P, Marvell R, Pollard E, Houghton A-M, Anderson S J. 2015. Understanding provision for students with mental health problems and intensive support needs: Report to HEFCE by the Institute for Employment Studies (IES) and Researching Equity, Access and Partnership (REAP). Institute for Employment Studies.

e1
m 88. Yalom Irvin Gift of Therapy The: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients (P.S.) Paperback 2009. 322 p.

a
h
e
Community Ment Health J. 2017. № 53(3). P. 344–352.

