МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Кваліфікаційна наукова праця

на правах рукопису

ДАНКО ДАНА ВАЛЕРІЇВНА

УДК 316.614-057.87:32

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ

19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи

053 – Психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____/ Д.В. Данко

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Данко Д.В. Соціально-психологічні основи здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи. Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля МОН України. – Київ, 2025.

Дисертацію присвячено вивченню соціально-психологічних засад здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми здоров'язбереження молоді. Констатовано, що в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму проблема здоров'язбереження молоді є важливим державним завданням, пов'язаним із різними аспектами життєдіяльності молодої людини (соціальними, психологічними, медичними, економічними та ін.), а проблема здоров'язбереження молоді має вирішуватися з урахуванням його складових: екогенетичної, соціально-психологічної, соціально-економічної, культурологічної та ін.

Зазначено, що проаналізовані підходи до розуміння категорії здоров'язбереження (філософський, психологічний, медичний, екологічний, аксіологічний та ін.) вказують на відсутність фундаментальної теорії здоров'я, що створює труднощі у формуванні понятійного апарату практико-орієнтованої теорії цього процесу. Операціоналізація категорії здоров'я дозволила розглядати цей конструкт як інтегральну категорію, що включає взаємозалежні компоненти (фізичний, психічний, соціальний, особистісний, моральний). Підкреслено, що особливістю уявлень молоді про здоров'я та способи його збереження є розуміння здоров'я переважно як фізичного благополуччя та бракує його усвідомлення як єдності фізичного, психічного,

соціального компонентів, в тому числі особистісного та морального. У осіб молодшого юнацького віку ця закономірність виражена сильніше.

Здійснено концептуалізацію проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму в соціально-психологічному дискурсі, зокрема через її розкриття у векторах інституційної та ментальної цілісності соціуму, а також визначення соціально-психологічних та організаційно-технологічних принципів і умов здоров'язбереження молоді в трансформаційному соціумі. Проведено аналіз соціокультурних деформацій, які негативно позначаються на соціальному та психологічному статусі сучасної молоді та впливають на її здоров'язбереження загалом. Наукова рефлексія проблеми виконана на основі методології соціокультурної детермінації соціально-психологічного розвитку особистості та соціальних груп. У парадигмі становлення і розвитку молодої людини феномен здоров'язбереження розглянуто як ефект та результат її продуктивної соціалізації, формування адекватної картини світу, позитивної самосвідомості та конструктивних патернів життєдіяльності. Розкрито основні рівні ідентифікації соціокультурних викликів здоров'язбереженню молоді (культурний, історично-формаційний, соціально-політичний, соціально-економічний та ін.). Зазначено, що у соціально-психологічному дискурсивному контексті здоров'я молоді залежить від стану психосфери, від домінуючих у суспільстві відносин. Наголошено, що в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму необхідним є концептуальний перехід від егоцентричної парадигми розуміння проблеми здоров'язбереження молоді та її психологічного благополуччя загалом до культуроцентричної парадигми з опорою на життєво-діяльнісний план молодої людини як повноцінного суб'єкта життєдіяльності та життєздійснення.

Запропоновано структурно-функціональну модель формування готовності молоді до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, що є відображенням системи особистісних характеристик молодої людини (вікових, гендерних, соціально-

психологічних, психосоматичних), в якій інтегровані ціннісне ставлення, теоретичні знання і практичні вміння ведення здорового способу життя та яка відзначається взаємозв'язком мотиваційно-ціннісного, інтелектуального та діяльнісного компонентів. Показано, що мотиваційно-ціннісний компонент готовності молоді до здоров'язбереження проявляється в усвідомленій спрямованості на збереження та зміцнення здоров'я і має такі критеріальні показники, як усвідомлення цінності здоров'я, наявність стійкої мотивації до ведення здорового способу життя, прийняття здорового способу життя як умови успішної, творчої життєдіяльності, що сприяє гармонійному розвитку особистості. Інтелектуальний компонент готовності зводиться до оволодіння сукупністю теоретичних знань у сфері здоров'язбереження. Його критеріальними показниками є наявність достатніх теоретичних знань і умінь до ведення здорового способу життя, можливість реалізації здоров'язберігаючого потенціалу навчальних дисциплін, наявність пізнавальної активності в освоєнні способів збереження та зміцнення здоров'я. Діяльнісний компонент зводиться до реалізації молоддю індивідуальної стратегії ведення здорового способу життя. Його критеріями виступають ступінь сформованості умінь молодої людини зберігати і зміцнювати власне здоров'я; адекватно оцінювати особливості стану та функціонування систем організму; систематично здійснювати профілактичні та оздоровчі заходи; ефективно протистояти впливу на здоров'я негативних чинників зовнішнього середовища. Наголошено, що загальна готовність молоді до здоров'язбереження передбачає взаємозв'язок всіх зазначених компонентів, ступінь сформованості яких визначається рівнями готовності (низьким, середнім, високим).

Розкрито соціально-психологічні особливості здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму з позиції структурної організації системи здоров'язбереження молоді (соціально-економічні, демографічні та регіональні аспекти). Визначено психологічні предиктори здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму

(інформаційні, активаційні, особистісні, соціально-психологічні). Виявлено особливості функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої картини здоров'я молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях). З'ясовано соціально-психологічну специфіку атрибутивного стилю (оптимістичного, песимістичного) як захисного механізму, що реалізується через конструктивні або деструктивні поведінкові копінг-стратегії молоді у вимірі її здоров'язбереження в період суспільних трансформацій. Виокремлено структурно-змістовні особливості мотивації молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціумі (типологію, умови та механізми).

Розкрито змістовно-процесуальні засади побудови та реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, із залученням системно-інтегрованого, комплексного та технологічного підходів, у межах якої розроблено й імплементовано навчально-методичний та організаційно-технологічний супровід цього процесу з виокремленням й обґрунтуванням соціально-психологічних технологій здоров'язбереження молоді на різних етапах її професіоналізації та необхідністю підготовки фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження в умовах трансформаційного соціуму.

Показано, що в основу реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді покладено психолого-педагогічні, організаційно-психологічні, інформаційно-змістовні, діяльнісні умови, які спрямовують її заходи у векторі забезпечення здоров'язбереження, формування культури здоров'я і довголіття.

Наголошено, що соціально-психологічна робота зі здоров'язбереження молоді в межах запропонованої програми була масштабною, різноспрямованою, тривалою та системною. Крім того, була передбачена вікова диференціація занять, що обумовлювало її багаторівневість, а одним із

провідних аспектів запропонованої програми визначено соціально-психологічний супровід забезпечення процесу здоров'язбереження молоді з психоемоційними травмами, зокрема через застосування етнокультурних технологій, мультимодальних арт-технологій, активного соціально-психологічного навчання та допомоги.

Проведено оцінку ефективності впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Виявлено значущі позитивні зміни за індикаторами мотивації молоді до здоров'язбереження, як-то: бажання гарного фізичного та психічного самопочуття, розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я і регулярності турботи про здоров'я, а також розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя, як загального переконання у необхідності відповідального ставлення до здоров'я. Встановлено зниження вираженості переживання соціального стресу, фрустрації потреби в досягненні успіху, страху самовираження і невідповідності очікуванням оточення, поряд із підвищенням фізіологічної опірності стресу. Відбулася позитивна динаміка у показниках оптимістичного атрибутивного стилю та загальної готовності молоді до здоров'язбереження.

Показано, що розроблена програма вплинула на переоцінку та позитивні зрушення за конструктивними стратегіями копінг-поведінки (за самоконтролем, прийняттям відповідальності, розв'язанням проблем, конструктивною переоцінкою). Відбулися позитивні зрушення в конструктах ставлення молоді до здоров'я за когнітивною, емоційною, поведінковою та ціннісно-мотиваційною шкалами, що сприяло підвищенню рівня загального показника самозбережувальної активності та поведінки в ситуаціях, пов'язаних з погіршенням стану здоров'я.

Констатовано, що формувальні заходи позитивно вплинули на оцінку рівня задоволеності якістю життя, що сприяло підвищенню рівня оптимістичності, збільшенню позитивних емоцій і зниженню напруженості. Зафіксоване підвищення адекватності оцінки агресивності у відносинах, а

також зниження непрямої агресії, роздратування, негативізму, почуття провини. Крім того, відзначено статистично значущі зсуви щодо зниження показників емоційної лабільності, імпульсивності, ригідності, тривожності, а також вираженості соціальних страхів, що також позитивно впливає на здоров'язбереження молоді. Підвищився рівень самоактуалізації молоді, що знайшло прояв у зростанні показників орієнтації в часі, потреби в пізнанні, креативності, саморозумінні, гнучкості в спілкуванні та позитивно позначилося на розвитку досвіду самопізнання молоді, як основи її здоров'язбереження.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів вивчення соціально-психологічних засад здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Перспективи подальшого дослідження полягають у вивченні динаміки і спрямованості процесу здоров'язбереження молоді у напрямку вивчення взаємозв'язку типів мотивації до здоров'язбереження з особистісними особливостями молодої людини, у розробці методів роботи з молоддю щодо формування активної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я з опорою на її внутрішні можливості. Важливим напрямом подальших досліджень вбачаємо також вивчення специфіки процесу забезпечення здоров'язбереження молоді з особливими потребами, та молоді, яка перебуває в особливих умовах життєдіяльності. Серед перспективних напрямів подальших досліджень цієї проблеми вважаємо розробку обґрунтованої загальнодержавної системи підготовки психологів, соціальних працівників та інших фахівців, які мають працювати з молоддю у напрямку її здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Ключові слова: *молодь, здоров'язбереження, мотивація молоді до здоров'язбереження, готовність молоді до здоров'язбереження, соціально-психологічні основи здоров'язбереження молоді, сучасні виклики трансформаційного соціуму.*

Danko D.V. The socio-psychological foundations of youth health preservation amidst the modern challenges of a transformational society. – Qualification scholarly work published as manuscript.

Dissertation for the degree of doctor of psychological sciences, speciality, 19.00.05 – social psychology, psychology of social work. Volodymyr Dahl East-Ukrainian National University Ministry of Education of Ukraine. – Kyiv, 2025.

This dissertation provides a theoretical generalization and a new solution to the problem of defining the socio-psychological foundations of youth health preservation amid the modern challenges of a transformational society. The research concept developed for this study offers a systematic framework for understanding the socio-psychological underpinnings of youth health during periods of societal change.

A theoretical and methodological analysis of approaches to studying the problem of youth health preservation has been conducted. It is recognized that, amid the modern challenges of a transforming society, youth health preservation is a critical state task involving various aspects of a young person's life, including social, psychological, medical, and economic dimensions. Therefore, the problem of youth health preservation must be addressed by considering its multifaceted components, such as ecogenetic, socio-psychological, socio-economic, and cultural factors.

It is revealed that the analyzed approaches to understanding the category of health preservation (philosophical, psychological, medical, ecological, axiological, etc.) indicate the absence of a fundamental theory of health, which creates difficulties in forming the conceptual apparatus of a practice-oriented theory of this process. Operationalization of the category of health allowed us to consider this construct as an integral category that includes interdependent components (physical, mental, social, personal, moral). It is emphasized that a feature of young people's ideas about health and ways to preserve it is the understanding of health mainly as physical well-being and the lack of its awareness as a unity of physical, mental, social components, including personal and moral. This pattern is more pronounced in young people.

The problem of youth health preservation in the context of modern challenges of a transformational society has been conceptualized in socio-psychological discourse, in particular through its disclosure in the vectors of institutional and mental integrity of society, as well as the definition of socio-psychological and organizational-technological principles and conditions for youth health preservation in a transformational society. An analysis of socio-cultural deformations that negatively affect the social and psychological status of modern youth and affect their health preservation in general has been conducted. The scientific reflection of the problem is carried out on the basis of the methodology of socio-cultural determination of the socio-psychological development of the individual and social groups. In the paradigm of the formation and development of a young person, the phenomenon of health preservation is considered as an effect and result of his productive socialization, the formation of an adequate picture of the world, positive self-awareness and constructive patterns of life activity. The main levels of identification of socio-cultural challenges to youth health preservation are described (cultural, historical-formational, socio-political, socio-economic, etc.). It is noted that in the socio-psychological discursive context, youth health preservation depends on the state of the psychosphere, on the relations dominant in society. It is emphasized that in the conditions of modern challenges of a transformational society, a conceptual transition from an egocentric paradigm of understanding the problem of youth health preservation and their psychological well-being in general to a culturecentric paradigm based on the life-activity plan of a young person as a full-fledged subject of life activity and life fulfilment is necessary.

A structural-functional model for developing youth readiness for health preservation in a transformational society has been proposed. This model reflects a young person's system of personal characteristics (age, gender, socio-psychological, and psychosomatic) by integrating their value attitudes, theoretical knowledge, and practical skills for living a healthy lifestyle. It is further characterized by the interconnectedness of its motivational-value, intellectual, and activity components. Moreover, the motivational-value component of youth readiness for health

preservation manifests as a conscious focus on maintaining and strengthening one's health. It includes key indicators like an awareness of health's value, the presence of stable motivation to lead a healthy lifestyle, and the acceptance of a healthy lifestyle as a condition for successful, creative pursuits that contribute to harmonious personal development. The intellectual component of readiness is reduced to mastering a set of theoretical knowledge in the field of health preservation. Its criterion indicators are the presence of sufficient theoretical knowledge and skills in maintaining a healthy lifestyle, the ability to realize the health-preserving potential of academic disciplines, the presence of cognitive activity in mastering methods of maintaining and strengthening health. The activity component comes to the implementation by young people of an individual strategy for a healthy lifestyle. Its criteria are the degree of formation of the young person's skills to maintain and strengthen their own health; adequately assess the level and degree of functioning of the body's systems; systematically carry out preventive and health-improving measures; effectively resist the impact of negative environmental factors on health. The general readiness of young people for health preservation implies the interrelation of all these components, the degree of formation of which is determined by the levels of readiness (low, medium, high).

This thesis examines the socio-psychological features of youth health preservation by looking at the structural organization of its system through socio-economic, demographic, and regional lenses. It also pinpoints the psychological predictors of youth health, such as informational, activational, personal, and socio-psychological factors. The research uncovers how the socio-psychological components of a young person's internal health perception work across cognitive, emotional, and behavioural levels. It clarifies the socio-psychological specificity of attributive styles—whether optimistic or pessimistic—as a protective mechanism that is carried out through either constructive or destructive coping strategies. The structural and content-based features of youth motivation for health preservation are also identified, along with their typology, conditions, and mechanisms.

The content and procedural principles of building and implementing a multi-level socio-psychological program for ensuring the health of youth in the conditions of modern challenges of a transformational society are revealed. The program involves a system-integrated, comprehensive and technological approach, within which educational, methodological and organizational and technological support for this process has been developed and implemented with the identification and justification of socio-psychological technologies for the health of youth at different stages of their professionalization and the need to train socio-economic specialists for socio-psychological work with youth in the direction of their health in the conditions of modern challenges of a transformational society.

The implementation of the multi-level socio-psychological program for youth health preservation is founded on a set of core conditions: psychological-pedagogical, organizational-psychological, informational-substantive, and activity-based. These conditions are designed to guide the program's development toward ensuring health preservation and fostering a culture of health and longevity.

It is emphasized that the socio-psychological work on youth health preservation within the proposed program was large-scale, multidirectional, long-term, and systematic. The program also included age-specific differentiation of activities to ensure its multi-level nature. A key aspect of the program was the socio-psychological support for health preservation process for youth with psycho-emotional trauma, which included the use of ethnocultural technologies, multimodal art technologies, and active socio-psychological training and assistance.

6. The effectiveness of the implementation of a multi-level social and psychological program for ensuring youth health preservation in the context of modern challenges of a transformational society was assessed. Significant positive changes were found in indicators of youth motivation for health preservation, such as: the desire for good physical and mental well-being, understanding of the difficulties of restoring lost health and regularity of health care, as well as understanding the value of health for a happy, successful life, as a general belief in the need for a responsible attitude to health. In addition, it was established that the

results of the formative influence significantly reduced the severity of social stress experiences, frustration of the need to achieve success, fear of self-expression and inconsistency with the expectations of the environment, while physiological resistance to stress increased. There was also a positive dynamics in the indicators of optimistic attributive style and general readiness of youth for health preservation.

The developed program demonstrably influenced a re-evaluation and positive shift in constructive coping strategies, specifically regarding self-control, acceptance of responsibility, problem-solving, and constructive reappraisal. There were also positive changes in how youth relate to health across the cognitive, emotional, behavioural, and value-motivational scales. This contributed to an increase in overall self-preservation activity and behaviours in situations involving health deterioration.

The formative influences were found to have significant positive effects on the assessment of a person's satisfaction with their quality of life. This contributed to an increase in optimism and positive emotions, along with a decrease in tension, all of which support health preservation. The study recorded an increase in the adequacy of aggression assessments in relationships, as well as a decrease in indirect aggression, irritation, negativism, and feelings of guilt. Additionally, statistically significant shifts were noted in the reduction of emotional lability, impulsivity, rigidity, anxiety, and the severity of social fears, all of which also positively affect the health of young people. The level of self-actualization among young people increased, which was evident in a rise in their time orientation, need for knowledge, creativity, self-understanding, and flexibility in communication. This had a positive effect on the development of their self-knowledge, a key foundation for health preservation. No statistically significant changes were recorded in the control group.

This study, while comprehensive, does not exhaust all facets of the socio-psychological foundations of youth health preservation in a transformational society. Future research should explore the dynamics of this process by examining the relationship between different types of health preservation motivation and a young person's unique personality traits. It should also focus on developing practical methods to cultivate an active motivation for health, emphasizing a reliance on a

person's own internal resources. Another critical area for future research is the specific process of health preservation for young people with special needs or those in unique living conditions. This includes investigating how their health-preserving behaviours and needs differ from the general youth population. A promising long-term direction for this problem is the creation of a well-justified, nationwide system for training psychologists, social workers, and other specialists. These professionals would be equipped to work with youth on health preservation amid the modern challenges of a transformational society.

Key words: *youth, health preservation, youth motivation for health preservation, youth readiness for health preservation, socio-psychological foundations of youth health preservation, modern challenges of a transformational society.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Монографії:

1.1. Danko D.V. Characteristics of the network of health care institutions and personnel of the Transcarpathian regional health care system / Current issues of health care and physical rehabilitation: monography / G.O. Slabkiy, V.Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, A.-M.M. Pishkovtsi, A.O. Keretsman, O.V. Zhdanova, I.S. Myronyuk, A.P. Spivak, K.S. Barannik. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019. P. 62-79. **(Scopus)**

1.2. Rohach I., Danko D. Transcarpathia as a special geographical zone for creating an efficient health care system / Scientific basis of modern medicine: monography / Rusnak I., Kotsyubynska Yu., Zhivchenko K. International Science Group. Boston: Primedia eLaunch, 2020. P. 59-68. ISBN 978-1-64871-916-5 *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті соціально-психологічних умов організації ефективної системи здоров'язбереження молоді на Закарпатті).*

1.3. Данко Д.В. Соціально-психологічні засади здоров'язбереження молоді в умовах сучасних соціогенних викликів: монографія. К.: ПВТП «LAT&K», 2025. 303 с. ISBN 978-617-7699-88-9

2. Навчально-методичні праці:

2.1. Розлуцька Г.М., Данко Д.В., Іваськевич В.З. Дидактичні основи сучасної взаємодії учасників освітнього процесу у вищий медичній освіті: навч.-метод. посібник. Ужгород: ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2020. 64 с. *(Особистий внесок авторки полягає у з'ясуванні особливостей формування здоров'язберігаючих компетенцій у студентської молоді у закладах вищої освіти медичного профілю).*

2.2. Козубовська І.В., Данко Д.В. Психологічні засади організації навчально-виховного процесу у вищій школі: метод. рекомендації. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2020. 32 с. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті специфіки організації навчально-виховного процесу молоді у напрямку її здоров'язбереження в умовах вищої школи).*

https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/37831

2.3. Вакула Н., Данко Д. Володимир Іванович Смоланка: 60-річчя від дня народження доктора медичних наук, професора, ректора Ужгородського національного університету. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2021 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2020. С. 114-117. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

2.4. Вакула Н., Данко Д. Ніна Іванівна Корабельщикова: 95-річчя від дня народження доктора медичних наук, професора. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2021 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2020. С. 181-184. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

2.5. Вакула Н., Данко Д. Антон Михайлович Бращайко: 125-річчя від дня народження лікаря, поборника ідеї Карпатської України. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2022 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. С. 95-99. ISBN 978-617-8046-40-8 *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

2.6. Вакула Н., Данко Д. Михайло Іванович Фатула: 90-річчя від дня народження доктора медичних наук, професора медичного факультету Ужгородського національного університету, заслуженого лікаря України, академіка Академії наук вищої школи України. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2022 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. С. 195-201. ISBN 978-617-8046-40-8 *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

2.7. Вакула Н., Данко Д. Павло Степанович Рішко: 100-річчя від дня народження організатора охорони здоров'я Закарпатської області. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2024 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида, І.В. Когутич-Гаврош]. Ужгород: РІК-У, 2023. С. 211-114. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

2.8. Данко Д. Юрій Андрійович Думнич: 100-річчя від дня народження кандидата медичних наук, організатора медичної служби області. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2024 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида, І.В. Когутич-Гаврош]. Ужгород: РІК-У, 2023. С. 178-181.

2.9. Вакула Н., Данко Д. Акош Озорі: 175-річчя від дня народження доктора медицини, професора, уродженця Закарпаття (1850-1888). Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2025 рік: рек. бібліогр. посіб. / Департамент культури Закарпат. облдержадмін.; КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, І.В. Когутич-Гаврош, М.Б. Бадида]. Ужгород: РІК-У, 2024. С. 130-132. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

2.10. Вакула Н., Данко Д. Петро Гаврилович Мізун: 95-річчя від дня народження кандидата медичних наук, доцента Ужгородського національного університету (1930-1997). Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2025 рік: рек. бібліогр. посіб. / Департамент культури Закарпат. облдержадмін.; КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, І.В. Когутич-Гаврош, М.Б. Бадида]. Ужгород: РІК-У, 2024. С. 86-93. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

3. Статті у наукових фахових виданнях:

3.1. Данко Д.В., Булеза Б.Я. Підготовка майбутніх соціальних працівників до використання технологій медико-соціальної роботи у професійній діяльності. *Virtus: Scientific Journal*. *Series: Philosophy. Psychology. Pedagogy*. Montreal: CPM «ASF», 2017. № 12. С. 88-89. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті соціально-психологічних особливостей використання технологій здоров'язбереження молоді у соціальній роботі).*

http://conference-ukraine.com.ua/en/archivej

3.2. Рогач І., Слабкий Г., Погоріляк Р., Ціцвакова М., Шип Д., Данко Д. Порівняльна характеристика окремих організаційних підходів до надання медичної допомоги в Україні та Словаччині. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017. T. LXX, Nr. 3, Cz. I. S. 439-442. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у з'ясуванні соціально-психологічної специфіки забезпечення процесу здоров'язбереження молоді в Україні та Словаччині).*

https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/2020/02/WL-3-cz-I-2017.pdf

3.3. Zavatska N.Ye., Smyrnova O.O., Taldonova L.O., Danko D.V., Balybina O.V., Zaporozhska V.A., Myroshnichenko A.S. Problems of managing interaction of general education institutions with higher education institutions on youth health issues. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 2. С. 55-64. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей управління взаємодією загальноосвітніх навчальних закладів з закладами вищої освіти з питань здоров'язбереження молоді).*

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2019-50-3-2-55-64

3.4. Бохонкова Ю.О., Блискун О.О., Пелешенко О.В., Данко Д.В. Психологічні особливості прояву агресії та форми агресивної поведінки молоді в мережі Інтернет. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 3. С. 33-44.

(Особистий внесок авторки полягає у визначенні впливу інформаційного середовища на емоційну сферу та здоров'язбереження молоді).

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2019-50-3-3-33-44

3.5. Завацька Н.Є., Попович І.С., Данко Д.В., Піддубняк С.В. Засоби соціально-психологічної корекції суїцидонебезпечних станів особистості та її саморегуляції у міжособистісних конфліктах. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 1 (51). С. 111-118. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті засобів соціально-психологічної корекції для забезпечення саморегуляції молоді в процесі її здоров'язбереження).*

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2020-51-1-111-118

3.6. Rohach I.M., Danko D.V. Power and activity of the health care system of the Transcarpathian region. *The unity of science: International scientific professional periodical journal.* Vienna, Austria. № 12/2019 December - № 1/January 2020. Czech Republic – Prague, 2020. P. 100-103. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті ролі психосоціальної допомоги молоді в структурі її здоров'язбереження).*

3.7. Bartosh O.P., Danko D.V., Kozubovska I.V., Povidaichyk O.S. Training of social work bachelors to apply technologies of medical social work. *Wiadomości Lekarskie*, 2021. Vol. LXXIV, Issue 7. P. 1634-1641. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті соціально-психологічних особливостей застосування технологій здоров'язбереження молоді у соціальній роботі).*

DOI: 10.36740/WLek202107115

3.8. Спицька Л.В., Турбан В.В., Завацька Н.Є., Крижановський О.М., Омелянюк С.М., Данко Д.В. Соціальне функціонування особистості в умовах сучасного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 2 (55).

С. 64-71. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні ролі здоров'язбереження молоді в успішності її соціального функціонування).*

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-55-2-64-71

3.9. Byelov D.M., Danko D.V. Paradigm as a legal category in the conditions of the military invasion. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2022. № 2. P. 17-20. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті соціально-психологічного дискурсу життєздійснення молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму).*

https://journal-vjhr.sk/wp-content/uploads/2023/02/VJHR_2_2022_Last.pdf

3.10. Palagusyntes R., Shumytska H., Novosad K., Katsora O., Dzhuhan O., Danko D. Encouraging Labor Intellectualization as a Tool for Intellectual Capital Development. *International Journal of Computer Science and Network Security.* 2022. Vol. 22, No. 11. P. 101-108. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні значення інтелектуалізації праці у векторі здоров'язбереження молоді).*

https://doi.org/10.22937/IJCSNS.2022.22.11.14

3.11. Бугайова Н.М., Андрющенко І.О., Данко Д.В. Подолання дистресу як складової психологічного здоров'я особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 2 (58). С. 225-233. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті соціально-психологічних особливостей подолання дистресу як складової ментального здоров'я молоді).*

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-58-2-225-233

3.12. Kovalchuk Z.Ya., Kolisnyk R.Ya., Danko D.V., Toba M.V., Tsarenok L.B., Kaskov I.O., Soroka O.M. Personal reflection and responsibility in the conditions of continuous social changes. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 131-135. *(Особистий внесок авторки полягає*

у визначенні ролі особистісної рефлексії для здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму).

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2023-62-3-1-131-135

3.13. Bartosh O., Danko D., Kanyuk O., Hodovanets N., Myhalyna Z. Research-based learning in the education process of a higher education institution. *Amazonia Investiga.* 2023. Vol. 12 (64). P. 208-216. **(Web of Science Core Collection)** *(Особистий внесок авторки полягає у з'ясуванні соціально-психологічної специфіки формування здоров'язбережувальних компетенцій у навчальному процесі закладу вищої освіти).*

https://doi.org/10.34069/AI/2023.64.04.20

3.14. Литвиненко О.Д., Завацька Н.Є., Модестова Т.В., Данко Д.В., Вишневська О.П. Критерії ефективності міжкультурної адаптації молоді та її здоров'язбереження в процесі її соціалізації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 2 (64). С. 183-197. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні соціально-психологічних критеріїв ефективності здоров'язбереження молоді в процесі її соціалізації).*

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-64-2-5-183-197

3.15. Popovych I., Savchuk O., Matusiak H., Kruglov K., Kryzhanovskyi O., Danko D., Huzar V. Self-attitudes in the structure of motivational orientation of young. *Journal of Physical Education and Sport*. 2024. Vol. 24 (issue 10). P. 1342-1351. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті значення самоставлення в структурі здоров'язбереження молоді).*

DOI:10.7752/jpes.2024.10258

https://www.efsupit.ro/images/stories/octombrie2024/Art%20258.pdf

3.16. Halian I., Popovych I., Charkina O., Halian A., Danko D., Zaverukha O., Haponenko L., Kryzhanovskyi O. Relationship between emotional intelligence and coping strategies in young' behavior during extreme competitive situations. *Journal of Physical Education and Sport*. 2024. Vol. 24 (issue 11). P. 1518-1527. **(Scopus)**

(Особистий внесок авторки полягає у з'ясуванні впливу емоційного інтелекту на здоров'язбереження молоді в екстремальних ситуаціях).

DOI:10.7752/jpes.2024.11278

https://efsupit.ro/images/stories/november2024/Art%20278.pdf

3.17. Данко Д.В., Завацький В.Ю. Диференціація соціально-психологічних чинників ПТСР у молоді в структурі її здоров'язбереження. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 3 (65). Т. 2. С. 134-145. *(Особистий внесок авторки полягає у диференціації соціально-психологічних чинників стресових розладів у молоді в структурі її здоров'язбереження).*

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2024-65-3-2-134-145

3.18. Popovych I., Kryzhanovskyi O., Zavatskyi V., Tkachenko N., Hrytsuk O., Kolly-Shamne A., Danko D. Self-regulatory behavior styles of juniors in achieving winning outcomes. *Journal of Physical Education and Sport*. 2025. Vol. 25 (issue 1). P. 11-20. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні випливу саморегулятивних стилів поведінки молоді на процес її здоров'язбереження).*

DOI:10.7752/jpes.2025.01002

https://efsupit.ro/images/stories/january2025/Art%202.pdf

3.19. Popovych I., Danko D., Yakovleva S., Haponenko L., Shcherbyna O., Kryzhanovskyi O., Hoian I. Emotional intelligence in the structure of self-control among junior athletes. *Journal of Physical Education and Sport*. 2025. Vol. 25 (issue 2). P. 241-250. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті впливу самоконтролю на процес здоров'язбереження молоді).*

DOI:10.7752/jpes.2025.02027

https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/eb78f7aa-56a2-4e9d-b631-06342511be3c/content

3.20. Данко Д.В. Принципи формування здорового способу життя молоді та її психологічного здоров'я в умовах сучасних викликів трансформаційного

соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 1 (66). С. 107-119.

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-66-1-107-119

3.21. Данко Д.В. Проблема здоров'язбереження молоді у векторі інституційної та ментальної цілісності соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 2 (67). С. 251-260.

https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-67-2-251-260

3.22. Бохонкова Ю., Сербін Ю., Завацька Н., Данко Д. Атрибутивний стиль як захисний механізм поведінки студентів-активістів. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2025. № 13. С. 280-304. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні особливостей атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки в структурі здоров'язбереження студентської молоді).*

https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-12

4. Статті у матеріалах науково-практичних конференцій та інших виданнях:

4.1. Данко Д.В. Історичні аспекти медико-соціальної роботи. *Актуальні проблеми сучасної соціології, соціальної роботи та професійної підготовки фахівців: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Ужгород, 16 вересня 2016 р.). Ужгород: УжНУ, 2016. С. 51-53.

4.2. Данко Д.В., Рогач І.М. Емеріх Емеріхович Данко – видатна особистість, талановитий лікар, організатор медичної служби на Закарпатті. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2016. Вип. 1 (53). С. 148-151. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

4.3. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до професійної медико-соціальної діяльності. *Сучасна система освіти і*

виховання: досвід минулого − погляд у майбутнє: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 7-8 жовтня 2016 р.). К.: Київська наукова організація педагогіки і психології, 2016. С. 55-58.

4.4. Данко Д.В., Сойма Н.Д. Підготовка майбутніх соціальних працівників до застосування медико-соціальних технологій в роботі з «дітьми групи ризику». *Науковий вісник Ужгородського університету*. *Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2016. Вип. 2 (39). С. 71-74. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей формування здоров'язберігаючих компетенцій в учнівської молоді групи ризику в процесі соціальної роботи).*

4.5. Данко Д.В. Формування інституту медико-соціальної роботи і професійної підготовки фахівців. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Харків, 13-14 січня 2017 р.). Х.: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2017. С. 21-24.

4.6. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до використання технологій медико-соціальної роботи у професійній діяльності. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: зб. наук. статей за матеріалами V Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 30-31 березня 2017 р.). Хмельницький: ХНУ, 2017. С. 77-78.

4.7. Данко Д.В. Нові аспекти викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я в рамках кредитно-модульної системи. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2017. Вип. 1 (55). С. 152-154.

4.8. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до медико-соціальної роботи в країнах Західної Європи. *Розвиток порівняльної професійної педагогіки у контексті глобалізаційних та інтеграційних процесів: зб. наук. статей за матеріалами VI Міжнародного науково-*

методологічного семінару (м. Київ, м. Хмельницький, 18 травня 2017 р.). К.; Хмельницький: Термінова поліграфія, 2017. С. 128-132.

4.9. Козубовська І.В., Данко Д.В. Формування готовності іноземних студентів-медиків до міжкультурного спілкування. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота.* 2017. Вип. 1 (40). С. 136-138. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей соціального функціонування молоді в умовах трансформаційного соціуму).*

4.10. Рогач І.М., Палко А.І., Данко Д.В., Гаджега І.І., Качер Е.І., Ремез А.-М. Стан харчування учнів молодших класів загальноосвітніх навчальних закладів Закарпатської області. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2018. № 4 (42). С. 35-38. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті різновекторних особливостей процесу здоров'язбереження учнівськогої молоді).*

4.11. Рогач І.М., Данко Д.В., Ряшко В.І. Микола Георгійович Вітенбергер – ювелір медичної справи. До 110-річчя від дня народження. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). С. 167-169. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті історичної спадщини забезпечення здоров'язбереження молоді).*

4.12. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика населення Закарпатської області. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2019. № 1 (9). С. 75-78. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті соціально-психологічних та соціально-демографічних особливостей молоді Закарпатської області).*

4.13. Данко Д.В., Данко В.Й., Рогач І.М. Евтаназія та біоетика: окремі медичні та правові аспекти співвідношення. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2019. № 55, Т. 1. С. 73-77. *(Особистий внесок авторки полягає у з'ясуванні питань здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму).*

4.14. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення Закарпатської області. *Економіка і*

право охорони здоров'я. 2019. № 2 (10). С. 91-94. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті значення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму).*

4.15. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до медико-соціальної роботи. *Сучасні тенденції розвитку освіти і науки в інтердисциплінарному контексті. Діалог культур як чинник інтеграції*. Варшава – Ужгород – Херсон: Просвіт, 2019. С. 67-69.

4.16. Данко Д.В., Булеза Б.Я. Медико-соціальні аспекти підготовки майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: зб. наук. статей за матеріалами VII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 11-12 квітня 2019 р.). Хмельницький: ХНУ, 2019. С. 38-40. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні соціально-психологічної специфіки формування здоров'язберігаючої компетентності в процесі соціальної роботи).*

4.17. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика госпіталізації населення в заклади охорони здоров'я Закарпатської області. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 3 (56). С. 52-55. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті значення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних соціогенних викликів).*

4.18. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика територіальної доступності сільському населенню гірської і передгірської зон проживання первинної та долікарської медичної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 4 (82). С. 30-36. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні необхідності здоров'язбереження сільської молоді гірської і передгірської зон проживання).*

4.19. Данко Д.В. Геополітичні, демографічні та соціально-економічні характеристики Закарпатської області, як важливі чинники реформи системи охорони здоров'я в регіоні. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 4 (57). С. 17-22.

4.20. Миронюк І.С., Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика забезпеченості сільського населення передгірської та гірської географічних

зон Закарпаття долікарською медичною допомогою. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2019. №3-4 (33-34). С. 46-52. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей здоров'язбереження сільської молоді гірської і передгірської зон Закарпаття).*

4.21. Рогач І.М., Данко Д.В. Результати дослідження серед закладів охорони здоров'я гірської зони їх доступності та якості медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 2 (59). С. 23-28. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті доступності та якості надання соціально-психологічної допомоги молоді в структурі її здоров'язбереження).*

4.22. Рогач І.М., Данко Д.В. Геополітичні особливості Закарпатської області як важливий чинник структурної перебудови системи охорони здоров'я регіону. *Матеріали 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету* (м. Ужгород, 25 лютого 2020 р.). Ужгород: ФОП «Сабов А.М.», 2020. С. 64-65. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні необхідності надання соціально-психологічної допомоги молоді в структурі її здоров'язбереження в умовах сучасних соціогенних викликів).*

4.23. Рогач І.М., Данко Д.В. Спроможність реформованої системи охорони здоров'я Закарпаття до надання доступної медичної допомоги населенню. *Eurasian scientific congress: The 5th International scientific and practical conference* (Barcelona, Spain, May 17-19, 2020). Barcelona, Spain: Barca Academy Publishing, 2020. P. 170-176. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні значення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму).*

4.24. Рогач І.М., Данко Д.В. Гірська та передгірська географічні зони Закарпатської області як території з особливими умовами в забезпеченні населення доступною медичною допомогою. *Perspectives of world science and education: The 9th International scientific and practical conference* (Osaka, Japan, May 20-22, 2020). Osaka, Japan: CPN Publishing Group, 2020. P. 852-858.

(Особистий внесок авторки полягає у розкритті психосоціальної специфіки здоров'язбереження молоді Закарпатської області як території з особливими умовами проживання).

4.25. Данко Д.В. До питання формування лікарень в гірській географічній зоні України в умовах формування госпітальних округів. *Scientific achievements of modern society: The 11th International scientific and practical conference* (Liverpool, United Kingdom, June 24-26, 2020). Liverpool, United Kingdom: Cognum Publishing House, 2020. P. 223-226.

4.26. Данко Д.В. Відношення працівників закладів охорони здоров'я гірської георгафічної зони до заходів реформування системи охорони здоров'я України. *Actual trends of modern scientific research: The 1st International scientific and practical conference* (Munich, Germany, July 19-21, 2020). Munich, Germany: MDPC Publishing, 2020. P. 81-86.

4.27. Корнієнко В.В., Завацька Н.Є., Данко Д.В., Гєтта О.М. Концептуалізація вивчення проблеми розвитку психологічного реабілітаційного потенціалу особистості. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм*: *зб. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєвєродонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. С. 57-61. *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні специфіки психологічного потенціалу молоді в її здоров'язбереженні).*

4.28. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Право людини на життя: міжнародні нормативне регулювання та практика національного правозастосування. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* 2022. Вип. 73, Ч. 2. С. 188-196. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті права людини на життя у векторі її здоров'язбереження).*

4.29. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Право людини на штучне запліднення: сучасні аксіологічні підходи. *Право в умовах війни: пріоритети, завдання, функції: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародного круглого*

столу (м. Ужгород, 14 жовтня 2022 р.). Ужгород: Ужгородський національний університет, 2022. С. 13-24. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті сучасних аксіологічних підходів до проблеми здоров'язбеоеження молоді).*

4.30. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Біоюриспруденція – фундаментальна частина сучасного загальнотеоретичного правознавства. *Аналітично-порівняльне право*: *Електронне наукове видання.* 2022. № 4. С. 59-62. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті різновекторності проблеми забезпечення здоров'язбереження молоді).*

4.31. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Конституційне право людини на життя. *Функціонування судових і правоохоронних органів в умовах війни: конституційні та міжнародно-правові маркери: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародного круглого столу* (м. Ужгород, 27 жовтня 2022 р.). Ужгород: Ужгородський національний університет, 2022. С. 24-31. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті значення права людини на охорону її здоров'я).*

4.32. Данко Д.В. Організаційно-психологічні умови та принципи формування у молоді мотивації до здоров'язбереження. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього: зб. наук. статей за матеріалами щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 12 червня 2024 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. С. 27-29.

4.33. Данко Д.В. Психологічний аспект проблеми здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму. *Актуальні питання відновлення ментального здоров'я у психологічному вимірі: зб. наук. статей за матеріалами І Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Київ, 11 жовтня 2024 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. С. 144-146.

4.34. Данко Д.В. Сучасні науково-прикладні підходи до здоров'язбереження молоді. *Життєві виклики сучасного суспільства в умовах воєнного часу: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Київ, 05-06 листопада

2024 р.) / за ред. С.Д. Максименка, В.В. Турбан. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. С. 26-28.

4.35. Данко Д.В. Корекція психоемоційних травм молоді в умовах трансформаційного соціуму. *Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської інтернет-конференції з міжнародною участю* (м. Кропивницький, 11 січня 2025 р.). К., 2025. С. 14-21.

4.36. Данко Д.В. Проблема здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку суспільства. *Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 20 травня 2025 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 16-18.

ЗМІСТ

ВСТУП	32
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ	46
1.1. Аналіз підходів до категорії здоров'я та проблеми здоров'язбереження молоді в умовах соціогенних викликів	46
1.2. Соціально-психологічні витоки проблеми здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку сучасного соціуму	59
1.3. Підготовка фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження	74
Висновки до розділу	84
РОЗДІЛ 2. КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДИСКУРС	88
2.1. Здоров'язбереження молоді у векторах інституційної та ментальної цілісності соціуму	88
2.2. Соціально-психологічні та організаційно-технологічні принципи та умови здоров'язбереження молоді в трансформаційному соціумі	97
2.3. Структурно-функціональна модель формування готовності молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціумі	110
Висновки до розділу	116
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ	

МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ	120
3.1. Аналіз структурної організації системи здоров'язбереження молоді: соціально-економічні, демографічні та регіональні позиції	120
3.2. Визначення психологічних предикторів здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму	154
3.3. Функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої картини здоров'я молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму	176
3.4. Дослідження соціально-психологічної специфіки атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді у вимірі її здоров'язбереження	195
3.5. Виявлення структурно-змістовних особливостей мотивації молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціумі	215
Висновки до розділу	230
РОЗДІЛ 4. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ	242
4.1. Змістовно-процесуальні засади побудови багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму	242
4.2. Результати формувального етапу дослідження та їх узагальнення	275
Висновки до розділу	297
ВИСНОВКИ	303
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	309

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму з загрозами демографічного, екологічного, соціально-економічного та суспільно-політичного характеру зростає значущість і переосмислюється сутність категорій здоров'я загалом та ролі системи його охорони у вирішенні питань здоров'язбереження молоді. Крім того, значно посилюються вимоги щодо підготовки нової генерації фахівців соціономічного профілю, здатних якісно та ефективно виконувати завдання зі збереження, зміцнення та відновлення здоров'я молоді.

Констатовано, що здоров'я молоді в будь-якому суспільстві та за будь-яких соціально-економічних та політичних ситуацій є актуальною проблемою та предметом першочергової важливості, оскільки воно визначає майбутнє країни, генофонд нації, науковий та економічний потенціал суспільства і, поряд з демографічними показниками, є чутливим показником соціально-економічного розвитку країни в цілому.

Слід зазначити також, що кризові явища в соціальній сфері сприяли зміні мотивації освітньої діяльності учнівської та студентської молоді, знизили її творчу активність, уповільнили фізичний та психічний розвиток, викликали низку відхилень у соціальній поведінці тощо. З цих причин проблема здоров'язбереження молоді постає особливо актуальною у всіх сферах її життєдіяльності.

Водночас, в умовах сучасної глобальної духовно-екологічної кризи, одним із проявів якої є погіршення здоров'я молоді, зростає інтерес до проблеми здоров'язбереження не тільки в її загальнонауковому і філософсько-антропологічному вимірах, а й в соціально-психологічному.

Проблема збереження та зміцнення здоров'я молоді є міждисциплінарною і розглядається на перетині багатьох наук, таких як медицина, психологія, педагогіка та інших. Так, у нейропсихологічному плані всі вищі психічні функції сприймаються як функціональні системи, мають

унікальну динамічну структуру, яка перебудовується протягом життя (О. Кокун, Л. Лисогор, О. Мельник, О. Павлюк, О. Петяк, С. Тихонова та ін.). Для вивчення таких складних структур використовується системний підхід до дослідження психічної діяльності, який передбачає розгляд співвідношень різних психологічних процесів між собою у їхній спільній структурній організації, що дозволяє оцінити динаміку та результати регуляторної діяльності психіки. Водночас, багато сучасних психологічних досліджень спрямовані на виділення та вивчення окремих психологічних чинників здоров'я (А. Борисюк, І. Бурлакова, К. Максименко, К. Седих та ін.)

В останні роки активізувалися наукові пошуки щодо проблеми здоров'я учнівської молоді в системі освіти (А. Грись, Н. Добровольська, Т. Комар, Т. Щербан та ін.), що є предметом професійного інтересу фахівців соціономічного профілю. Зокрема, обґрунтовано особливості підліткового віку, як періоду інтенсивного та цілеспрямованого розвитку особистості; розкрито питання формування фізичного, психічного та соціального компонентів здоров'я неповнолітніх (С. Гаркуша, Н. Завацька, У. Михайлишин, Л. Черновська та ін.); розглядаються різні здоров'язберігаючі психолого-педагогічні технології (Т. Антоненко, Ю. Бистрова, Ю. Бойчук, Т. Кондес, А. Турубарова та ін.).

Крім того, впродовж останніх десятиліть спостерігається значний інтерес вітчизняних та зарубіжних науковців до проблеми професійної підготовки фахівців соціономічної сфери до здоров'язбережувальної діяльності (О. Бойко, В. Васильєв, О. Гуренко, Н. Кабаченко, А. Капська, О. Карпенко, І. Ковчина, І. Мельничук, Л. Міщик, В. Поліщук та ін.), зокрема: висвітлено різні аспекти проблеми становлення інституту медико-соціальної роботи і підготовки фахівців до цього виду професійної діяльності (І. Булах, Л. Вакуленко, І. Грига, Л. Кнодель, Г. Мешко, С. Стеценко та ін.). Серед зарубіжних дослідників варто відзначити наукові напрацювання в цьому напрямку Дж. Донеллі, Дж. Кінгсона, М. Пейна, Ю. Хеймінга та ін. Широко

розглядаються питання соціальної роботи з дітьми групи ризику (В. Бочелюк, Н. Левченко, Н. Максимова, К. Мілютіна, І. Парфанович та ін.).

Дослідження та розробки в зазначеному векторі інтенсивно ведуться в межах проблем фізичної культури молоді, яка мешкає в умовах несприятливих чинників довкілля, а формування методів пропаганди здорового способу життя серед молоді здійснюється науковцями та практиками системи охорони здоров'я, представниками педагогічного середовища; проводиться активна робота щодо залучення студентської молоді до науково-дослідної роботи, зокрема з питань стану та розвитку установок на здоров'язбереження; створюються гуртки, спортивні та туристичні клуби; проводяться заходи оздоровчо-туристської та краєзнавчої спрямованості. При цьому потенціал психологічної науки не використовується повною мірою, зокрема з точки зору вивчення соціально-психологічних особливостей мотивації та готовності молоді до здоров'язбереження; невирішеними залишаються завдання пошуку та прогнозування інноваційних методів, прийомів, технологій, відповідних форм організації навчальної діяльності, що має вагоме прикладне значення для формування здорового способу життя молоді та її здоров'язбереження.

Загалом, аналіз наукової літератури щодо існуючої наразі практики вирішення проблеми здоров'язбереження молоді виявив низку протиріч: між потребою в розробці цілісної системи її здоров'язбереження та відсутністю соціально-психологічних технологій для її вирішення; усвідомленням зазначеного вікового періоду як завершального етапу в формуванні особистісно значущих якостей та обмеженістю соціально-психологічних досліджень, які розкривають специфіку забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму; рівнем наукової розробленості соціально-психологічних технологій здоров'язбереження молоді та здатністю використовувати результати наукових досліджень у практиці роботи освітніх та інших установ; прагненням фахівців (психологів, педагогів, соціальних та медичних працівників) і батьків до збереження та зміцнення здоров'я молоді та здатністю ефективно взаємодіяти, забезпечуючи

максимальний ефект у векторі вирішення проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Актуальність означеної проблематики, її складність, багатовимірність та недостатня розробка теоретичних і практичних аспектів, із урахуванням соціального контексту розвитку держави та спрямованості до умов сучасної освіти України, зумовили вибір теми дисертаційного дослідження *«Соціально-психологічні основи здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму».*

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження відповідає науково-дослідній темі кафедри психології Ужгородського національного університету МОН України «Соціально-психологічні складові психічного здоров'я особистості в кризових умовах сучасності» і комплексним науково-дослідним темам кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля МОН України «Соціокультурні та психологічні аспекти адаптації особистості в сучасному соціумі», «Соціально-психологічні основи розвитку адаптаційного потенціалу особистості засобами інноваційних психотехнологій в умовах трансформаційних змін сучасного суспільства». Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (протокол № 5 від 31 січня 2025 р.).

Об'єкт дослідження – здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Предмет дослідження – соціально-психологічні основи здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Мета дослідження полягає в концептуальному визначенні соціально-психологічних основ здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму; розкритті змістовно-процесуальних засад

багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

2. Здійснити концептуалізацію проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму в соціально-психологічному дискурсі.

3. Запропонувати структурно-функціональну модель формування готовності молоді до здоров'язбереження в умовах трансформаційного соціуму.

4. Дослідити соціально-психологічну специфіку здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

5. Розкрити змістовно-процесуальні засади побудови та реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

6. Провести оцінку ефективності впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму.

Теоретико-методологічну основу дослідження становили: принципи системно-інтегративного (В. Бочелюк, С. Гарькавець, Є. Гейко, І. Пасічник, К. Седих, K. Lorenz, J. Schaefer, I. Stengers, S. Taylor, K. Wilber та ін.), суб'єктно-діяльнісного (Г. Костюк, С. Максименко, І. Пасічник, Я. Раєвська, В. Роменець, В. Турбан, О. Чебикін, В. Чернобровкіна та ін.), процесуально-динамічного (Ю. Бохонкова, І. Гоян, Г. Калмиков, Ю. Швалб та ін.), інформаційно-комунікативного (В. Барко, Л. Засєкіна, Л. Калмикова, З. Кіреєва, В. Корнієнко, У. Михайлишин, М. Орап та ін.), особистісно-компетентнісного (І. Ващенко, О. Лосієвська, Л. Онуфрієва, В. Рибалка,

Н. Токарева, О. Цільмак та ін.), аксіологічного (Є. Карпенко, З. Карпенко та ін.) підходів в психології; генетичний підхід до становлення особистості на різних вікових етапах (В. Волошина, А. Грись, З. Ковальчук, С. Максименко, І. Пасічник та ін.); концепції розвитку особистості як активного суб'єкта життєдіяльності (І. Волженцева, Н. Добровольська, Т. Комар, Т. Траверсе, Н. Чепелєва та ін.); наукові погляди на природу та ґенезу цінностей і ціннісних орієнтацій молоді у векторі її здоров'язбереження (О. Бондаренко, М. Боришевський, Н. Завацька, О. Литвиненко, О. Фурман, Р. Шевченко та ін.); підходи до технології формування здорового способу життя (О. Кононенко, Л. Пілецька, І. Попович, Л. Руденко та ін.) та основ функціонування здоров'язберігаючих технологій (І. Бурлакова, Т. Кондес, А. Курова, К. Максименко, О. Максименко та ін.); сучасні підходи до підготовки майбутніх фахівців соціономічного профілю (О. Безпалько, Р. Вайнола, Ж. Вірна, С. Миронець, О. Пометун, Л. Хоружа, Т. Щербан та ін.) та здоров'язбережувальної діяльності особистості у закладах вищої освіти, як можливості ефективної професійної підготовки (О. Антонова, В. Бабич, Н. Башавець, Л. Безугла, О. Бойко, А. Борисюк, С. Кім, Р. Левін, Г. Мешко, Т. Осадченко, Н. Поліщук та ін.); методологічні положення і принципи активного соціально-психологічного навчання (О. Бондарчук, Л. Заграй, О. Лукашов, О. Сафін, А. Склярук, О. Сорока, А. Турубарова, С. Яковлева, Т. Яценко та ін.); теорія технологізації соціально-психологічної роботи з молоддю в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму (К. Андросович, О. Блискун, Ю. Завацький, А. Капська, А. Коваленко, С. Омелянюк, Н. Фалько та ін.).

Для досягнення поставленої мети та розв'язання висунутих завдань використано комплекс **методів дослідження**:

– *теоретичні*: теоретичний, порівняльний аналіз та синтез сучасних наукових й емпіричних досліджень з проблеми визначення соціально-психологічних основ здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів

трансформаційного соціуму, а також їх узагальнення, класифікація та систематизація;

– *емпіричні:* включене спостереження; бесіда; експертне оцінювання; анкетування, нестандартизоване інтерв'ю, біографічне інтерв'ю («Життєві події, що впливають на мотивацію до здоров'язбереження у молоді» (Д. Данко)); метод фокус груп; контент-аналіз; психодіагностичні методики: шкала оцінки психічного статусу (Mini-mental State Examination, MMSE) (M. Folstein), «Коректурна проба» (варіант із кільцями Ландольта); особистісна шкала проявів тривоги (Teilor's Manifest Anxiety Scale, TMAS), шкала зниженого настрою – субдепресії (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), тест агресивності Баса-Даркі (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI), методика діагностики самооцінки (Т. Дембо, С. Рубінштейн); опитувальник атрибутивного стилю для дорослих (ОАСД) (C. Peterson та ін., адаптація Л. Малімон, Т. Дучимінської), опитувальник «Стратегії копінг-поведінки» (СКП) (С. Фолкман, Р. Лазарус), опитувальник «Ставлення до здоров'я» (Р. Березовська), тест «Визначення рівня самоактуалізації особистості» (САМОАЛ) (Е. Шостром), тест тривожності (Б. Філіпс); проєктивні методики: «Соціометрія» (Я. Морено), «Незакінчені речення» та ін.;

– *методи математичної обробки даних* із їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистичну обробку даних і графічну презентацію результатів дослідження здійснено за допомогою пакета статистичних програм SPSS (версія 25.0.1.0).

Організація і база дослідження. Дослідження проводилося в період 2016-2025 рр. на базі загальноосвітніх навчальних закладів, закладів вищої освіти, установ і підприємств різної форми власності всіх регіонів України (Науково-практичного центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ), Українського Північно-Східного інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми), Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя),

Центру розвитку підприємництва та реалізації бізнес-ідей» (м. Київ), Ужгородського національного університету, Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, Західноукраїнського національного університету, Національного університету «Запорізька політехніка», Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини).

Емпіричне дослідження було проведено на контингенті учнівської та студентської молоді (208 респондентів) віком від 16 до 24 років, з яких 115 респондентів перебували в стресовому/постстресовому станах та 93 респондента − без стресових впливів у поточному стані.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечено методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних позицій, використанням взаємодоповнювальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних і якісних методів аналізу отриманих емпіричних даних, застосуванням методів математичної статистики.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає у тому, що:

– *вперше: здійснено* концептуалізацію проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму в соціально-психологічному дискурсі, зокрема через її *розкриття* у векторах інституційної та ментальної цілісності соціуму; *визначення* соціально-психологічних та організаційно-технологічних принципів та умов здоров'язбереження молоді в трансформаційному соціумі; *розроблено та операціоналізовано* структурно-функціональну модель формування у молоді готовності до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, що містить мотиваційно-ціннісний, інтелектуальний та діяльнісний компоненти та відповідні їм критеріальні показники і рівні сформованості (низький, середній,

високий); *розкрито* соціально-психологічні особливості здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму з позиції структурної організації системи здоров'язбереження молоді (соціально-економічні, демографічні, регіональні аспекти); *визначено* психологічні предиктори здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму (інформаційні, активаційні, особистісні, соціально-психологічні); *виявлено* особливості функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої картини здоров'я молоді в трансформаційному соціумі (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях); *розкрито* соціально-психологічну специфіку атрибутивного стилю (оптимістичного, песимістичного) як захисного механізму, що реалізується через конструктивні або деструктивні поведінкові стратегії молоді у вимірі її здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму; *виокремлено* структурно-змістовні особливості мотивації молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціумі (типологію, умови та механізми);

– *розкрито* змістовно-процесуальні засади багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, із залученням системно-інтегрованого, комплексного та технологічного підходів, у межах якої розроблено й імплементовано навчально-методичний та організаційно-технологічний супровід цього процесу з виокремленням й обґрунтуванням соціально-психологічних технологій здоров'язбереження молоді на різних етапах її професіоналізації та необхідністю підготовки фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження в умовах трансформаційного соціуму;

– *поглиблено та уточнено*: уявлення про сучасні підходи до вивчення конструкту здоров'язбереження та його змістовні і структурні особливості; про соціально-психологічну сутність процесу забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму;

– *набули подальшого розвитку:* методологічне та методичне забезпечення вивчення феномену здоров'язбереження молоді; підходи до соціально-психологічних засобів і технологій ефективного забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання методичного інструментарію при проведенні системних досліджень феномену здоров'язбереження молоді; у розробці та реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми, спрямованої на забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму; визначенні та обґрунтуванні соціально-психологічних умов ефективної реалізації розробленої багаторівневої програми, з урахуванням змісту, форм, методів цілісного освітнього процесу і позанавчальної роботи та на засадах системно-інтегрованого, комплексного і технологічного підходів.

Отримані наукові дані та вироблені на їх основі рекомендації можуть бути використані психологами, соціальними працівниками, фахівцями інших галузей, які займаються проблемами здоров'язбереження молоді. Матеріали дослідження можуть бути застосовані при підготовці освітньо-професійних та освітньо-наукових програм в освітніх компонентах із проблеми здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму. Розроблена багаторівнева соціально-психологічна програма може бути рекомендована для впровадження у закладах освіти, консультаційних центрах, центрах соціально-психологічної адаптації, центрах психо-соціальної допомоги з метою підвищення ефективності процесу здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Результати дослідження **впроваджено** у консультаційну та методичну роботу Науково-практичного центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ) (довідка № 786/36 від 02.08.2024 р.); у науково-методичну роботу Українського Північно-Східного інституту прикладної та клінічної медицини

(м. Суми) (довідка № 0708-1 від 07.08.2024 р.); у консультаційну роботу Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ) (довідка № 17-06-24Ф від 17.06.2024 р.); у діяльність Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя) (довідка № 01-22/768 від 07.08.2024 р.); у консультаційну роботу ГО «Фонд розвитку підприємництва та реалізації бізнес-ідей» (м. Київ) (довідка № 14-03-24Ф від 14.03.2024 р.); у наукову та навчально-методичну роботу Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (довідка № 787/15.17 від 05.08.2024 р.); у консультаційну та методичну роботу кафедри психології Ужгородського національного університету (довідка № 3375/01-14 від 26.08.2024 р.); у навчально-методичну та наукову роботу Західноукраїнського національного університету (довідка № 126-36/1932 від 16.08.2024 р.); в навчально-методичну та науково-педагогічну роботу Національного університету «Запорізька політехніка» (довідка № 39/01/2463 від 13.08.2024 р.); у наукову та методичну роботу Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького (довідка № 01-15/1212 від 12.08.2024 р.); в освітній та виховний процес Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка (довідка № 1018/33-01.03 від 13.08.2024 р.); в освітній процес та науково-методичну роботу Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини (довідка № 1286/01 від 14.08.2024 р.) та застосовано при викладанні професійно-орієнтованих дисциплін «Соціальна психологія», «Психологічне консультування», «Психологія особистості», «Психогігієна», «Психологія стресу», «Екстремальна психологія», «Психологічна корекція», «Психологія особистості», «Психологія соціальної роботи» і спецкурсів.

Особистий внесок авторки. Розроблені наукові положення та отримані емпіричні дані є самостійним внеском авторки в розробку проблеми визначення соціально-психологічних основ здоров’язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. В опублікованих зі

співавторами працях доробок авторки становить 50%. Розробки та ідеї, що належать співавторам, у дисертації не використовуються.

Положення та висновки кандидатської дисертації на тему «Підготовка майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності» в докторській дисертації не використовуються.

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи було представлено на науково-практичних конференціях, конгресах, у проєктах, на семінарах, у програмах, круглих столах різного рівня, зокрема *міжнародних*: науково-практичній конференції «Актуальні проблеми сучасної соціології, соціальної роботи та професійної підготовки фахівців» (Ужгород, 2016 р.), науково-практичній конференції «Сучасна система освіти і виховання: досвід минулого − погляд у майбутнє» (Київ, 2016 р.), науково-практичній конференції «Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості» (Харків, 2017 р.), VI науково-практичній конференції «Розвиток порівняльної професійної педагогіки у контексті глобалізаційних та інтеграційних процесів» (Київ, Хмельницький, 2017 р.), National scientific and practical conference with international participation «Organizational and legal optimization bases of the healthcare system in Ukraine and abroad in modern conditions» (Полтава, 2017 р.), IV науково-практичній конференції «Сучасні тенденції розвитку освіти і науки в інтердисциплінарному контексті» (Варшава, Ужгород, Херсон, 2019 р.), 5th International scientific and practical conference «Eurasian scientific congress» (Barcelona, Spain, 2020), 9th International scientific and practical conference «Perspectives of world science and education» (Osaka, Japan, 2020), 11th International scientific and practical conference «Scientific achievements of modern society» (Liverpool, United Kingdom, 2020), 1st International scientific and practical conference «Actual trends of modern scientific research» (Munich, Germany, 2020), VII науково-практичній конференції «Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм» (м. Сєвєродонецьк,

2021 р.), VIII науково-практичній конференції, присвяченій пам'яті професора Ващенко Ірини Володимирівни «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Сєвєродонецьк, 2021 р.), круглому столі «Право в умовах війни: пріоритети, завдання, функції» (Ужгород, 2022 р.), круглому столі «Функціонування судових і правоохоронних органів в умовах війни: конституційні та міжнародно-правові маркери» (Ужгород, 2022 р.), IX науково-практичній конференції «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Київ, 2023 р.), семінарах-тренінгах у межах Програми «Справедливість для всіх» Агентства США з міжнародного розвитку (USAID): «Формування резильєнтності (життєстійкості), як особистий ресурс в умовах війни» (Київ, 2023 р.), «Удосконалення комунікативних здібностей: технології розвитку soft skills» (Київ, 2023 р.), «Синергія інтелекту та тіла: науково-педагогічна компетентність» (Київ, 2024 р.), «Психологія професійного мислення: готовність до змін» (Київ, 2024 р.), «Соціально-правовий аналіз булінгу та мобінгу, як найпоширеніших явищ дискримінації в суспільстві» (Київ, 2024 р.), I науково-практичній конференції імені Володимира Рєпкіна «Психолого-педагогічні основи розвивального навчання: теорія, практика, перспективи» (Лубни, 2025 р.), програмі «Бізнес в цифровому середовищі» (Funded by the European Union) (Київ, 2025 р.), науково-практичній конференції «Психічне здоров'я та життєстійкість в умовах війни: інноваційні підходи та доказові інтервенції для України» (Івано-Франківськ, 2025 р.); *з міжнародною участю:* науково-практичній конференції «Життєві виклики сучасного суспільства в умовах воєнного часу» (Київ, 2024 р.), інтернет-конференції «Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів» (Кропивницький, 2025 р.); *всеукраїнських:* науково-практичних конференціях «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців» (Хмельницький, 2017 р., 2019 р.), науковому круглому онлайн-столі «Наукова спадщина української психології: єдність

минулого та теперішнього» (Київ, 2024 р.), І науково-практичній конференції «Актуальні питання відновлення ментального здоров'я у психологічному вимірі» (Київ, 2024 р.), науково-практичній конференції «Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації» (Львів, 2024 р.), науковому круглому онлайн-столі «Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це» (Київ, 2025 р.); *регіональних:* 74-й підсумковій науковій конференції професорсько-викладацького складу факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету (Ужгород, 2020 р.); доповідалися та обговорювалися на розширених засіданнях кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (2024-2025 рр.).

Публікації. Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено в 71 публікації авторки, з яких: 3 монографії (з яких 1 одноосібна), 10 навчально-методичних праць, 22 статті у наукових фахових виданнях із психології (з яких 7 статей – у наукометричній базі Scopus, 1 стаття – у наукометричній базі Web of Science Core Collection, 4 статті – в інших міжнародних періодичних наукометричних виданнях), 36 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій та інших виданнях.

Структура й обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 304 найменувань (з них 124 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 346 сторінках, із них 308 сторінок основного тексту. Робота містить 32 таблиці на 22 сторінках, 9 рисунків на 5 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ

1.1. Аналіз підходів до категорії здоров'я та проблеми здоров'язбереження молоді в умовах соціогенних викликів

Охорона здоров'я молоді − один із пріоритетних напрямів соціальної політики держави в період реформування економічної, медичної та соціальної сфер, адже за даними офіційної статистики останніми роками в умовах соціогенних викликів відзначено прогресуюче погіршення стану здоров'я молодих людей, що загрожує економічному, соціальному розвитку, національній безпеці та обороноздатності країни в цілому (В. Барко, О. Крижановський, С. Миронець та ін.) [2; 98; 113 та ін.].

З цих позицій у вирішенні проблеми здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку сучасного соціуму важливими є визначення категорії «здоров'я».

Категорія «здоров'я» у філософському трактуванні розглядається як явище соціального буття, соціально заданий стандарт, норма (В. Будз, І. Гоян, М. Журба та ін.) [19; 20; 36; 73 та ін.]. В аксіологічній парадигмі здоров'я трактується як цінність, яка може диктувати цілі, наміри та дії як окремих людей, так і цілих соціальних інститутів (Є. Карпенко, З. Карпенко та ін.) [83; 84 та ін.].

Існує й безліч визначень поняття «здоров'я», в яких автори наголошують на різних його аспектах: лікарі, фізіологи − на функціонуванні організму,

психофізіологічних особливостях (Н. Жигаренко, О. Межиковський, М. Овчаренко, Ю. Хунов та ін.) [14; 117 та ін.], психологи − на нормальному, гармонійному особистісному розвитку (А. Борисюк, Н. Добровольська, Т. Комар, Л. Онуфрієва, Л. Черновська та ін.) [10; 11; 17; 65-68; 89-95;120; 176; 192; 193; 194; 195; 210; 235 та ін.]. Проте, для практичної роботи необхідною вбачається конкретизація та операціоналізація зазначеної категорії, а також включення до неї соціальних, особистісно-моральних та інших аспектів.

Наголошено, що здоров'я молодої людини є показником якості її життя та багато в чому визначається способом життя, як сукупності типових для суспільства, соціальної групи або індивіда способів життєдіяльності, що розглядаються в єдності з об'єктивними умовами. При цьому представники наукового напряму «психологія здоров'я» (С. Котенко, Л. Кузьо, В. Лехан, І. Рогач, В. Штифурак та ін.) [97; 100; 103; 141-151; 178 та ін.], який стрімко розвивається і є вкрай затребуваним відзначають, що одним із центральних, але слабко розроблених питань психології здоров'я є ставлення до здоров'я: як домогтися того, щоб збереження здоров'я стало провідним; йдеться й про необхідність формування мотивації збереження здоров'я.

Слід підкреслити, що важливим аспектом здоров'язбереження молоді є її психічне та психологічне здоров'я.

Термін «психічне здоров'я» неоднозначний, він пов'язує дві галузі – медичну і психологічну. В останні десятиліття на перетині медицини та психології виникла особлива наукова галузь – психосоматична медицина, в основі якої лежить розуміння того, що будь-яке соматичне порушення завжди так чи інакше пов'язане зі змінами психічного стану.

В свою чергу, психічні стани стають головною причиною соматичного захворювання або поштовхом, що веде до хвороби. Іноді особливості психіки впливають на перебіг хвороби, іноді фізичні недуги викликають психічні переживання і психологічний дискомфорт.

Говорячи про різницю між психічним і психологічним здоров'ям, слід виокремити такі особливості – психічне здоров'я, по суті, має відношення до

окремих психічних процесів та механізмів; психологічне здоров'я характеризує особистість загалом, перебуває у безпосередньому зв'язку з проявом людського духу.

Якщо для психічного здоров'я норма – це відсутність патології, симптомів, що заважають адаптації молодої людини в соціумі, то для визначення норми психологічного здоров'я важлива наявність певних особистісних характеристик, а напрямок дій психолога йде у бік придбання молодою людиною корисних властивостей, які сприяють успішній соціально-психологічній адаптації.

Крім того, норма психологічного здоров'я передбачає не лише успішну соціально-психологічну адаптацію, а й продуктивний розвиток молодої людини на благо собі та суспільству, в якому вона живе.

Здоров'я розглядається як динамічна рівновага молодої людини з навколишнім природним та соціальним середовищем, що дозволяє їй повноцінно виконувати соціальні функції; як одна з умов повноцінного її функціонування [1; 79 та ін.]. Показано, що психологічне здоров'я розглядається поряд з поняттями психічного здоров'я, психологічного благополуччя, які мають соціально-психологічний контекст. Саме в контексті розгляду психологічного здоров'я через категорію психологічного благополуччя це поняття набуває соціального забарвлення (N. Bradburn, E. Diener) [196; 208; 209 та ін.]. У зв'язку з цим у дослідженні проаналізовано феномен психологічного благополуччя.

Поняття психологічного благополуччя, прийнятого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як основний критерій здоров'я, розглядається як стан повного фізичного, розумового та соціального благополуччя. На думку експертів ВООЗ, благополуччя більшою мірою обумовлено самооцінкою та почуттям соціальної приналежності, ніж біологічними функціями організму та пов'язане з реалізацією фізичних, духовних та соціальних потенцій людини.

У сучасній психології поняття психологічного благополуччя розглядається у контексті суб'єктивної категорії (Ю. Завацький та ін.) [77; 78 та ін.]. При цьому вказується на доцільність включення до поняття суб'єктивного благополуччя двох компонентів – когнітивного та емоційного.

Когнітивний компонент благополуччя виступає як система уявлень про окремі сторони власного буття, емоційний − як домінуюче емоційне підґрунтя ставлення до цих аспектів.

Психологічне благополуччя розглядається також у контексті проблеми набуття молодою людиною щастя (М. Аргайл та ін.) [186 та ін.]. Так, М. Аргайл, розглядає щастя як усвідомлення своєї задоволеності життям або як частоту та інтенсивність позитивних емоцій [186].

О. Кронік [85] розуміє щастя як форму переживання повноти буття, пов'язаного з самоздійсненням.

Щастя можливе у разі високої оцінки людиною значущості світу та своїх можливостей. На підставі цього людина знаходить щастя індивідуальним способом, обумовленим принципами саморегуляції (життєвими стилями) людиною своєї мотивації до світу: максимізації корисності світу (стиль життя – гедонізм); мінімізації потреб (аскетизм); мінімізації складності (споглядальний стиль); максимізації здібностей (діяльнісний характер самовдосконалення чесноти).

У зарубіжній психології проблема психологічного благополуччя характеризується дещо більшою розробленістю. Термін «психологічне благополуччя» використовується зарубіжними авторами в дещо іншому, ніж «психічне здоров'я», контексті: як один із проявів позитивного повноцінного функціонування людини (N. Bradburn) [196]. Вперше до такого визначення (positive psychological well-being), відмежувавши його від терміну «психічне здоров'я», прийшов N. Bradburn, який розробив структурну модель та психодіагностичну методику (The affect balance scale) дослідження [196].

Саме вони стали основною теоретичної бази розуміння феномену психологічного благополуччя. Автор ототожнює психологічне благополуччя із суб'єктивним відчуттям щастя та загальною задоволеністю життям.

Головним у моделі психологічного благополуччя за N. Bradburn є баланс, що досягається постійною взаємодією двох видів афекту – позитивного та негативного [196]. Події повсякденного життя, відбиваючись у свідомості, накопичуються у вигляді відповідного (позитивного або негативного) афекту. Різниця між ними є показником психологічного благополуччя і відображає загальне відчуття людиною задоволеності життям.

Високий рівень задоволеності життям демонструють люди з переважанням позитивного афекту над негативним. Якщо сума негативних переживань перевищує позитивний афект – спостерігається низький рівень задоволеності життям. При цьому, як стверджує N. Bradburn, позитивний та негативний афекти між собою не пов'язані. З даних про рівень позитивного афекту не можна зробити висновки, яким є рівень негативного афекту, і навпаки.

Виходячи з концепції N. Bradburn, E. Diener вводить поняття «суб'єктивне благополуччя» за своєю суттю синонімічне «психологічному благополуччю» N. Bradburn [208; 209].

На думку E. Diener, суб'єктивне благополуччя складається з трьох основних компонентів: задоволення, приємні емоції, неприємні емоції. При цьому автор наголошує на тому, що стан суб'єктивного благополуччя ґрунтується на когнітивній та емоційній сторонах самоприйняття [208; 209].

Когнітивна сторона відбиває інтелектуальну оцінку задоволеності різними сторонами життя, емоційна – наявність поганого чи гарного настрою. Як і N. Bradburn, E. Diener ототожнює суб'єктивне благополуччя з переживанням щастя.

На думку E. Diener, кожен із компонентів психологічного благополуччя може поділятися на окремі елементи: задоволення – незадоволення такими областями як любов, дружба, шлюб тощо; неприємні емоції можна розглядати

як конкретні емоції сорому, страху, провини; приємні − як гордість, радість та ін. [208; 209]. Це дозволяє розглядати поняття благополуччя не тільки на глобальному рівні, а й на більш приватному (наприклад, в контексті нашого дослідження – як задоволеність освітнім середовищем, освітніми послугами тощо).

З погляду E. Diener, найбільш адекватним методом дослідження суб'єктивного благополуччя може бути метод самозвіту, оскільки він може визначатися лише з погляду внутрішнього досвіду досліджуваного. E. Diener вважає суб'єктивне благополуччя структурною одиницею психологічного благополуччя та зазначає на його впливі на стан психічного здоров'я загалом [208; 209].

Західні концепції, що стосуються психологічного благополуччя, згідно з R. Ryan [268] можна розділити на дві основні групи: гедоністичну (що стосуються дихотомії «задоволеність-незадоволеність») і евдемоністичну (що розглядає психологічне благополуччя як показник особистісного зростання).

R. Ryan відносить теорії N. Bradburn та E. Diener до гедоністичних теорій та підкреслює обмеженість їх гедоністичної концепції, посилаючись на евдемоністичні концепції психологічного благополуччя психологів гуманістичного спрямування [184; 185; 198; 243; 271 та ін.].

Евдемоністичний погляд на природу психологічного благополуччя представлений роботах C. Ryff [269]. C. Ryff виділяє шість основних компонентів психологічного благополуччя: самоприйняття, позитивне ставлення до оточуючих, автономія, управління довкіллям, життєві цілі та особистісне зростання і відповідно до цих компонентів пропонує психодіагностичний опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» [270].

Таким чином, аналіз концепцій психологічного благополуччя дозволив визначити основні положення щодо аналізу здоров'я молоді загалом:

- психологічне благополуччя є одним із проявів позитивного функціонування людини (N. Bradburn) [196];

- психологічне благополуччя носить суб'єктивний характер і зумовлений ступенем задоволеності життям та співвідношенням позитивних та негативних емоцій (E. Diener) [208; 209];

- психологічне благополуччя зумовлене рівнем особистісного зростання людини (C. Ryff) [269].

- психологічне благополуччя включає когнітивний та емоційний рівні (Ю. Завацький та ін.) [77; 78 та ін.];

- психологічне благополуччя може виявлятися у різноманітних просторах буття: біологічному, соціально-психологічному, соціально-культурному та духовно-практичному (Т. Комар, Л. Черновська та ін.) [1; 89-95; 194; 195 та ін.].

У роботі психологічне благополуччя розглядається як усвідомлений стан, що виявляється на когнітивному та емоційному рівнях повноцінного функціонування молодої людини у різноманітних просторах буття.

Аналізуючи поняття здоров'я та поняття психологічного здоров'я, слід зазначити, що психологічне здоров'я – це динамічний стан внутрішнього благополуччя (узгодженості) особистості, яке становить її сутність і дозволяє актуалізувати свої індивідуальні та віково-психологічні можливості на будь якому етапі розвитку.

Відповідаючи на запитання, що таке психологічне здоров'я, дослідники виокремлюють й такі риси психологічно здорової особистості: соматичне здоров'я; розвиток самоконтролю та засвоєння реакцій, адекватних різним ситуаціям у житті молодої людини; вміння розводити реальні та ідеальні цілі, межі між різними підструктурами Я; вміння регулювати свої вчинки та поведінку в межах соціальних норм [153 та ін.].

В цілому, проведений аналіз дозволяє виділити низку суттєвих ознак, які доцільно використовувати при описі психологічного здоров'я особистості:

- усвідомленість і осмисленість молодою людиною себе, світу в цілому, своєї взаємодії зі світом;

- повнота «включеності», переживання та проживання сьогодення, «перебування у процесі»;

- здатність до вдосконалення найкращих виборів у конкретній ситуації та в житті в цілому;

- здатність не лише проявити себе, слухати іншу людину, а й брати участь у співтворчості з іншою людиною;

- глибинна подієвість, як здатність молодої людини перебувати у повноцінному контакті, що сприяє вдосконаленню учасників взаємодії, справжньому діалогу та його організації;

- почуття свободи, життя «у відповідності з собою» як стан усвідомлення та дотримання своїх головних інтересів і найкращого вибору в ситуації;

- відчуття своєї дієздатності – «Я можу»;

- соціальний інтерес або соціальне почуття (в термінології А. Адлера [182]), тобто зацікавлене урахування інтересів, думок, потреб і почуттів інших людей;

- стан стійкості, стабільності, визначеності в житті та оптимістичний, життєрадісний настрій як інтегральний наслідок всіх перерахованих вище якостей та властивостей психологічно здорової особистості. Цей стан не варто плутати зі станом ригідності, зашореності стереотипами і шаблонами. Навпаки, це стан гнучкого, але стійкого балансу в динамічному, зі значним ступенем невизначеності, життєвому світі [80; 263; 295 та ін.].

Розглядаючи поняття психологічного здоров'я у єдності біологічного (фізичного, фізіологічного), психічного та соціального, можна стверджувати, що психологічне здоров'я передбачає стійке, адаптивне функціонування людини на вітальному, соціальному та екзистенційному рівнях життєдіяльності.

Так, психологічне здоров'я на вітальному рівні життєдіяльності передбачає усвідомлене, активне, відповідальне ставлення молодої людини до своїх біологічних потреб.

В цілому, здоров'я вітального рівня життєдіяльності характеризується динамічною рівновагою всіх функцій внутрішніх органів, що адекватно реагують на вплив зовнішнього середовища, які прагнуть підтримки гомеостатичного стану всього організму в цілому.

Психологічне здоров'я соціального рівня життєдіяльності визначається системою соціальних відносин, до яких вступає молода людина як суспільна істота. При цьому найбільш значущими для молодої людини стають умови протікання соціальних відносин, що визначаються нормами моралі, права, ціннісними орієнтаціями.

Критеріями соціального здоров'я виступають:

- рівень соціальної адаптації та адекватність реакцій молодої людини на зовнішні впливи;

- адекватне сприйняття соціальної дійсності, інтерес до навколишнього світу, спрямованість на суспільно корисну діяльність, альтруїзм, відповідальність, емпатія, безкорисливість, культура споживання;

- здатність до цілепокладання та досягнення поставленої мети.

Підтримка здоров'язбереження є важливою умовою вітальної, тобто, самозбережувальної поведінки молодої людини. Нажаль, останніми роками все частіше спостерігаються негативні тенденції щодо зниження рівня здоров'я молоді. Не останню роль у цьому процесі відіграє недостатня увага до важливості дотримання принципів здорового життя в суспільстві [207; 248].

Відомо, що у визначенні поняття «здорового способу життя» враховують два відправних чинника – генетичну природу людини та її відповідність конкретним умовам життєдіяльності. З цих позицій здоровий спосіб життя є способом життєдіяльності, що відповідає генетично обумовленим типологічним особливостям людини, конкретним умовам життя, і спрямований на формування, збереження та зміцнення здоров'я та на повноцінне виконання людиною її соціально-біологічних функцій [21; 297 та ін.].

При цьому акцент робиться на індивідуалізації поняття, тобто за наявності основоположних рекомендацій щодо побудови здорового способу життя; у кожної людини він має бути суто індивідуальною, мати власні специфічні особливості.

Так, у розробці програми здорового способу життя для кожної молодої людини необхідно враховувати як її типологічні особливості (тип темпераменту, морфофункціональний тип, що переважає, механізми вегетативної нервової регуляції тощо), так і віково-статеву приналежність, національність і соціальну обстановку, в якій вона перебуває, сімейне положення тощо. Крім того, у вихідних даних важливе місце мають займати особистісно-мотиваційні особливості молоді, її життєві орієнтири.

Як провідні положення, що лежать в основі здоров'язбереження молоді, було визначено такі:

- активним носієм здорового способу життя є конкретна людина як суб'єкт та об'єкт власної життєдіяльності та соціального статусу;

- в реалізації здорового способу життя людина виступає в єдності своїх біологічного та соціального початку;

- в основі здоров'язбереження лежить особистісно-мотиваційна установка молодої людини на втілення своїх соціальних, фізичних, інтелектуальних та психічних можливостей і здібностей;

- здоровий спосіб життя є найбільш ефективним засобом та методом забезпечення здоров'я, первинної профілактики хвороб та задоволення життєво важливої потреби в здоров'ї.

В цілому, здоров'я вітального рівня життєдіяльності характеризується динамічною рівновагою всіх функцій внутрішніх органів, що адекватно реагують на вплив зовнішнього середовища, які прагнуть підтримки гомеостатичного стану всього організму в цілому.

Рівень соціального функціонування молодої людини характеризується складною системою суб'єкт-об'єктних відносин, що містять як суб'єктні, так і об'єктні характеристики.

До суб'єктних характеристик можна віднести закономірності психічної організації молодої людини, які у функціонуванні емоційно-вольової і когнітивних сфер дають основу для формування особистості, інтегровані ціннісно-моральною системою у її світогляді.

Об'єктні характеристики також мають певні закономірності, що проявляються в суспільних відносинах, заданих нормами культурного середовища, соціальною та державною організаціями чи субкультурними цінностями. Тому єдиних критеріїв соціальної норми не існує, кожне культурне середовище формує свої норми, а показником соціального здоров'я є рівень адаптивності до норм того соціуму, в якому людина перебуває.

Соціальним імунітетом на суб'єктному рівні є інтеріоризовані суспільні та культурні норми, представлені в структурі цінностей та еталоні міжособистісних відносин, порушення або невиконання яких фруструє молоду людину, виявляючись у зовнішньому чи внутрішньому конфлікті, що викликає тривогу, яка сигналізує про можливість виникнення проблем із соціальним здоров'ям.

Екзистенційний рівень життєдіяльності також має свої критерії та показники здоров'я. Насамперед, до них можна віднести наявність сенсу життя, що визначає прагнення молодої людини до ідеалу. Екзистенційний ідеал визначається як мета людського існування.

Здоров'я представляється молоді як ресурс, який забезпечує довге і безтурботне життя. Так, у відповідях молодих людей переважає зовнішня мотивація і лише 5% респондентів вбачають можливість актуалізації свого потенціалу для самореалізації.

Привертає увагу стереотипність уявлення молоді про здоров'я, яке нав'язується оточенням, засобами масової інформації. Що стосується респондентів з порушеним здоров'ям, то варто зазначити, що здоров'я вони визначають для себе як запоруку успішної діяльності, гарної кар'єри та життя взагалі, а не як запоруку довгого безтурботного життя (думка респондентів).

Як зазначалося вище, здоров'я людини – це важлива категорія, що прирівнюється до національного досягнення. Значимість розробки тематики збереження та зміцнення здоров'я молоді обумовлена розумінням важливості стану здоров'я для творчої, активної, соціально-корисної та продуктивної діяльності особистості [107; 163].

Проте слід констатувати, що продовжує збільшуватись кількість молодих людей, які перебувають на спостереженні з такими захворюваннями, як цукровий діабет, анемія, бронхіальна астма, хвороби сечовивідних шляхів, уроджені вади системи кровообігу, спостерігається зростання захворюваності на туберкульоз тощо.

В даний час у структурі патологій у молоді найбільшу питому вагу займає ендокринна патологія; особливу тривогу викликає «омолодження» цукрового діабету; зростає кількість молодих людей із зайвою масою тіла. Багато авторів зазначають, що основною умовою зміни ситуації зі здоров'ям молоді, яка навчається, може стати оздоровлення її способу життя [154; 164].

Складна проблема сучасності щодо збереження та зміцнення здоров'я потребує для свого вирішення координації у застосовуванні технологій навчання, дотримання періодичності в організації циклів діяльності, збільшення навчальних можливостей молоді, правильного розподілу обсягу та структури навчального матеріалу в індивідуальному плані тощо. Однак, у практиці роботи закладів освіти часто переважають однобічні підходи до проблеми здоров'я, коли концентрується увага не на технологіях навчання, що зберігають здоров'я, а на окремих видах захворювань [213; 240 та ін.].

Збереження та зміцнення здоров'я молоді визначається складними, множинними та різноспрямованими чинниками, що ускладнює виявлення в цьому процесі закономірних зв'язків [107].

Розробка психологічної моделі збереження та зміцнення здоров'я молоді – система відповідних наукових уявлень. Модель має структуру з точним фіксованим зв'язком елементів. Психологічна модель збереження та зміцнення здоров'я в освітніх закладах різного типу та виду має включати:

цінності, мету, завдання, функції, аспекти, інтерактивні форми, рівні ставлення молоді до свого здоров'я. У моделі, відповідно до обґрунтованих суб'єктів зазначеного процесу, виокремлюють чотири основні аспекти збереження та зміцнення здоров'я: особистісний, командний, освітній, діяльнісний.

Ефективними є форми збереження та зміцнення здоров'я молоді – це консультації, бесіди, інструктажі, тренінги, семінари-практикуми, дні відкритих дверей, конференції та ін. Залучення молоді до проблеми збереження свого здоров'я – це, насамперед, процес її соціалізації та виховання, усвідомлення нового, вищого рівня комфорту [72; 166].

Наразі заклади вищої освіти мають величезний вплив на свідомість, підсвідомість, формування особистісних якостей, комунікативних властивостей молоді; мають можливість правильно спрямовувати, допомагати, керувати діями молодих людей щодо здорового способу життя та здоров'я загалом [222; 267 та ін.].

У цьому зв'язку слід зазначити, що здоровий спосіб життя молодої людини формується суспільними проявами та самим індивідом за важливими критеріями: соціальним, мотиваційним, агітаційним, психологічним, фізіологічним, емоційним.

Основними умовами формування здорового способу життя, спрямованого на збереження та зміцнення здоров'я молоді, є: правова та політична підтримка; інформаційна підтримка; підтримка інституту сім'ї; підвищення якості освіти; підвищення економічного благополуччя молоді; забезпечення зайнятості.

Робота зі здоров'язбереження молоді має будуватися на засадах безперервності, комплексності та мати поетапний характер, що включає оцінку стану способу життя молоді; оцінку рівня поінформованості молоді про засади здорового способу життя; розроблення соціально-психологічних програм формування здоров'язбереження різних категорій молоді (з урахуванням віку, освіти, рівня культури, достатку, поінформованості);

навчання фахівців з питань здоров'язбереження молоді; створення матеріально-технічних умов та методичної бази для здоров'язбереження молоді; встановлення критеріїв ефективності заходів у напрямку хдоров'язбереження та проведення їх моніторингу.

Таким чином, віл успішності формування та закріплення у свідомості молоді принципів здоров'язбереження залежить вся подальша діяльність молодої людини.

1.2. Соціально-психологічні витоки проблеми здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку сучасного соціуму

Проблеми здоров'я та здорового способу життя тривалий час привертають увагу медиків, психологів, соціологів, філософів, педагогів. Висвітлюються філософсько-методологічні аспекти цих проблем; зокрема наразі сформувалася науково-прикладна галузь соціологічного знання – соціологія здоров'я [19; 20; 73 та ін.].

Особлива увага вчених приділена вивченню впливу способу життя на здоров'я. Так, у теоріях суспільного розвитку як ключові розглядаються питання ставлення людини до буття, сенсу життя, співвідношення духовного та тілесного, насолоди та аскетизму, споживання та володіння, розумного та нерозумного, раціонального та ірраціонального, зв'язок зі світом та навколишнім середовищем, прагнення до самозбереження та щастя (Є. Вдовиченко, І. Гоян, Ю. Завацький та ін.) [30; 36; 77; 78 та ін.].

Значний внесок у розвиток цієї проблеми розробкою динаміки соціального здоров'я суспільства, ролі держави у зміцненні здоров'я молоді зробили вітчизняні та зарубіжні вчені [30; 246; 255 та ін.].

Водночас, недостатньо вивченими є питання формування соціально здорової поведінки молоді, особливості детермінації цього феномену, шляхи

оптимізації державної політики у сфері формування здорового способу життя молодої людини та розгляд цих питань з позиції соціальної психології.

Слід зазначити, що здоровий спосіб життя – категорія загального поняття «спосіб життя», що включає сприятливі умови життєдіяльності молодої людини, рівень її культури та гігієнічних навичок, що дозволяють зберігати і зміцнювати здоров'я, попереджати розвиток його порушень і підтримувати оптимальну якість життя.

Спосіб життя визначається не тільки наявністю або відсутністю шкідливих звичок, а й, головним чином, рівнем благополуччя, рівнем культури, освіти, медичної освіченості тощо.

Формування у молоді здорового способу життя – одне з основних завдань суспільної охорони здоров'я. Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, спосіб життя ґрунтується на ідентифікованих видах та особливостях поведінки, що визначаються міжособистісними характеристиками людини, соціальною взаємодією та соціально-економічними й екологічними умовами життя.

Важливими у зазначеному контексті є дослідження вікових особливостей молоді з психолого-антропологічних позицій. Найбільш популярною в соціально-філософському осмисленні феномену «молодь» є позиція згідно з якою молодь є об'єктивним суспільним явищем, що виступає завжди як специфічна вікова група. Біологічна та соціальна природа та сутність молоді на будь-якому етапі історичного руху втілені в тій частині людства, яка є сукупним суб'єктом певної конкретно-історичної форми суспільства. Процес присвоєння природи та сутності цієї частини людства здійснюється молоддю відповідно до таких загальних законів, як закон відтворення суспільного життя, закон нерівномірності та закон стадійності розвитку. Досягнення молоддю стану повного присвоєння природи та сутності цієї частини людства є момент утвердження молоді як цілісного та всебічного суб'єкта і об'єкта громадського руху. Вікові кордони цього періоду об'єктивно

зумовлені тривалістю розвитку людини, а вікові градації у межах цих кордонів − тривалістю окремих стадій розвитку [130; 286 та ін.].

Говорячи про цілі у сфері сталого розвитку, слід зазначити, що основною метою є забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю молоді, та підкреслити, що стратегічною метою закладів освіти має стати створення середовища, яке сприяє фізичному та моральному оздоровленню молоді, підтримці рівня наявного здоров'я, його зміцненню, формуванню навичок здорового способу життя, вихованню культури здоров'я, що підвищує стресостійкість молоді загалом.

Аналіз наукових досліджень показує, що вчені розглядають фізкультурно-оздоровчу роботу як заходи, що здійснюються суб'єктами сфери фізичної культури та спорту для розвитку фізичної культури молоді. При цьому здоровий спосіб життя має на увазі таку поведінку молодої людини, яка відображає певну життєву позицію і спрямована на збереження та зміцнення здоров'я й заснована на виконанні норм, правил та вимог особистої та загальної гігієни [39; 71; 174].

Коло ціннісних орієнтацій та мотивів молоді для залучення до занять фізичною культурою та спортом досить широке та різноманітне. Наприклад, це можуть бути орієнтації на головну цінність людини – здоров'я, на профілактику захворювань, фізичну рекреацію, на здоровий спосіб життя, на розвиток фізичних якостей та гарну статуру, на отримання позитивних емоцій, на можливість особистих досягнень, загартування характеру, бажання випробувати себе, самоствердитися та самовдосконалитися.

У сучасних соціально-економічних умовах перед закладами освіти, поряд із підготовкою висококваліфікованих фахівців, ставиться завдання збереження та зміцнення соціально-психічного здоров'я молоді, адже соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві, істотно впливають на всі сторони життєдіяльності молодої людини, включаючи її здоров'я [74; 131; 156; 157 та ін.]. Соціальні потрясіння (стресогенність суспільства) обмежують

розвиток молодої людини, викликають порушення у розвитку психологічного здоров'я.

У молодому віці людина має певне психологічне здоров'я, але через перебування в стресогенному середовищі може втратитися чіткість усвідомлення особистістю цінності свого здоров'я. У зв'язку з цим актуальною є проблема збереження та підтримки здоров'я молодої людини.

Особливо слід зазначити дослідження, що розглядають проблему збереження та підтримки здоров'я молоді, зокрема психологічного, в руслі гуманістичної психології (А. Маслоу, К. Роджерс та ін.) [243; 271 та ін.], наукові ідеї якої розвиваються вченими, які прийшли до усвідомлення того, що психологічне здоров'я виступає стратегічною метою сучасної освіти; збереження та підтримку психологічного здоров'я молоді виникає в результаті включеності особистості до пізнавальної та ціннісно-орієнтаційної діяльності, при прояві особистістю самостійної моральної волі у питаннях здорового способу життя, пошуку ефективного способу реагування на життєві ситуації.

Дослідники зазначають, що освітнє середовище є психолого-педагогічною реальністю, що містить умови, створені для збереження та підтримки психологічного здоров'я особистості та виділяють різні аспекти освітнього середовища, що містяться в соціальному та просторово-предметному оточенні молодої людини (Ж. Вірна, О. Лосієвська, Т. Ткач, Т. Щербан та ін.) [31; 105; 167; 179 та ін.].

Нагадаємо, що термін «психічне здоров'я» було запроваджено Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Воно визначається як стан психічної сфери, якій властиві детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між відображенням обставин дійсності та ставленням індивіда до неї, адекватність реакцій організму на соціальні, психологічні та фізичні умови життєдіяльності, завдяки здатності контролювати свою поведінку, планувати і здійснювати свій життєвий шлях.

Не менш важливим аспектом здоров'я є соціальне здоров'я, яке розуміється як оптимально-адекватні умови соціального середовища, що

перешкоджають виникненню соціально зумовлених захворювань, соціальній дезадаптації та визначають стан соціального імунітету, гармонійний розвиток особистості в соціальній структурі суспільства.

Вагомим у цьому контексті є здійснення соціально-психологічною службою закладів освіти специфічних здоров'я-орієнтованих функцій: соціалізаційної, культурологічної, профілактичної, корекційно-реабілітаційної та зміцнення здоров'я.

Виділення соціалізаційної функції визначається необхідністю вирішення психолого-педагогічного завдання щодо включення молоді до системи суспільних відносин, в якій відбувалися б найменші втрати її здоров'я, здійснювалася її успішна адаптація до соціальних умов та можливість максимальної реалізації соціального та біологічного потенціалу особистості [130; 286 та ін.]. З іншого боку, важливо забезпечити самостійне відтворення молоддю системи суспільних відносин, зорієнтованих на гуманістичні цінності, включаючи цінності здоров'я та здорового способу життя.

Найбільш яскраво соціалізаційна функція здоров'язберігаючої псхолого-педагогічної системи проявляється у виховній діяльності. Підвищення життєздатності молоді як відмітної ознаки та результату здійснення соціалізаційної функції здоров'язберігаючої психолого-педагогічної системи закладу освіти досягається в процесі реалізації принципу взаємозв'язку валеологічної освіти та валеологічного виховання молоді.

Культурологічна функція полягає у створенні сприятливих умов для оволодіння молоддю на науковій основі досвідом збереження та зміцнення власного здоров'я, формуванням позитивної, гуманістичної свідомості особистості.

Культура здоров'я характеризується сформованістю у молодих людей структури уявлень (засвоєної інформації про світ, яка використовується молодою людиною для розуміння світу та на основі якої вона вибудовує свою діяльність у світі), структури суб'єктивного ставлення (суб'єктивно

забарвлене особистістю відображення взаємозв'язків власних потреб з об'єктами та явищами світу); структури стратегії та технології взаємодії (сукупність методів, прийомів, необхідних для виконання певної діяльності).

Профілактична функція зорієнтована на попередження захворювань, функціональних порушень та відхилень у розвитку особистості. Вона реалізується за допомогою комплексу виховних, гігієнічних, соціально-психологічних заходів, що усувають причини виникнення, насамперед, хвороб, зумовлених факторами ризику освітнього процесу. Тому механізми функції включають відомий комплекс психогігієнічного та психопрофілактичного обґрунтування навчально-виховного процесу; застосування здоров'язберігаючих методів навчання; створення комфортного соціально-психологічного клімату у закладі освіти; дотримання санітарно-гігієнічних норм під час використання аудиторій, меблів та устаткування; забезпечення оптимального рухового навантаження; здійснення валеологічного просвітництва учасників освітнього процесу.

Корекційна функція зорієнтована на подолання відставання, неуспішності, усунення порушень, наприклад у поведінці, усунення дефектів, аномалій. Тому суть корекційної функції полягає у подоланні негативних властивостей, тобто того, що сформувалося, придбано, але суперечить особистісним та суспільним потребам. Корекційна робота включає використання методів і засобів з усунення, мінімізації у молоді фізичних, психологічних, моральних відхилень у розвитку від норми.

Мета реабілітаційної психології полягає у створенні комфортного простору навколо молодої людини; діяльність викладача та куратора при цьому має бути спрямована на відновлення впевненості молодої людини у своїх можливостях, на створення ситуації успіху. Реабілітаційна функція спрямована також на відновлення втрачених особистісних властивостей, тобто на те, що було раніше, але втрачено з тих чи інших причин.

Узагальнено, що у соціально-психологічному вимірі проблема здоров'язбереження молоді здебільшого розглядається та обговорюється за нижченаведеними напрямами.

Навчальна діяльність. У ході професійної підготовки, вивчення дисциплін соціономічного блоку (наприклад, психології розвитку, педагогічної психології, корекційної педагогіки та психології та ін.) молодь опановує компетенції, необхідні для становлення професіоналізму. Студенти пізнають особливості вікового розвитку, соціальну ситуацію розвитку, особливості сфери спілкування з однолітками та дорослими, особливості інтеграції до соціуму, створення умов адаптації в ньому, а також розглядають питання збереження та підтримки соціального та інших видів здоров'я, розробки корекційно-розвивальних програм у разі потреби. Студенти розкривають актуальність цих тем на семінарських заняттях у доповідях, рефератах, презентаціях, практико-орієнтованих проєктах тощо.

Наукова діяльність. Питання здоров'язбереження знаходять своє відображення у виборі та розкритті тем при написанні курсових та випускних кваліфікаційних робіт. Крім того, на Днях науки студенти мають можливість представити наукові доповіді, засновані на практичних дослідженнях.

Молодь залучена до діяльності студентського наукового співтовариства, де під керівництвом викладачів бере участь у конкурсах наукових студентських робіт, у міжнародних, всеукраїнських та внутрішньовузівських науково-практичних конференціях. Тематика багатьох робіт пов'язана зі збереженням і підтримкою соціально-психічного здоров'я молоді, розробкою здоров'язберігаючих технологій і має виражений прикладний характер.

Практико-орієнтована діяльність. Отримані знання, вміння та навички в період освоєння теоретичних дисциплін, обміну досвідом із практикуючими психологами, соціальними психологами, педагогами-психологами, соціальними педагогами застосовуються та закріплюються у період навчальної та виробничої практики. У ході проходження практики (в освітніх закладах, соціальних установах тощо) студентам необхідно показати якісне

оволодіння компетенціями професіонала, уміння взаємодіяти та організовувати спільну роботу з усіма учасниками навчально-виховного процесу: з дітьми, їхніми батьками, освітянами, вихователями, керівництвом установ. Студенти виступають із повідомленнями на педагогічних нарадах, на батьківських зборах, проводять індивідуальні бесіди з батьками та педагогами, учнями та вихованцями, проводять позакласні заходи. Основними питаннями таких розмов є особливості вікового розвитку, особливості взаємодії суб'єктів освітнього, виховного процесів, формування культури здоров'я, умови збереження психічного та фізичного здоров'я всіх учасників психолого-педагогічної взаємодії, застосування здоров'язберігаючих технологій, формування здорового способу життя та ін.

Студенти-психологи також діагностують рівень психічного здоров'я, стан психологічного клімату в учнівському та педагогічному колективах, розробляють корекційно-розвивальні програми, формулюють рекомендації щодо пропаганди та профілактики здорового способу життя та збереження психічного та фізичного здоров'я учасників навчально-виховного процесу.

Робота центрів соціально-психологічної допомоги, в межах роботи яких проводяться такі заходи, передбачає: проведення психологічної діагностики адаптації, індивідуальні консультації з молоддю, організацію роботи клубу спілкування, роботу в межах напряму – за здоровий спосіб життя молоді, проведення Днів психічного здоров'я, психологічні консультації молоді, соціально-психологічний супровід професійної орієнтації молодих людей, які перебувають у складній життєвій ситуації тощо.

Підвищуючи комунікативну компетентність забезпечується ефективне спілкування, яке надає позитивний і результативний вплив на багатогранність психічного розвитку молодої людини та розвитку її особистості, сприяє збереженню та зміцненню психічного здоров'я молоді.

Виховна робота, спрямована на здоров'язбереження, сприяє активному залученню молоді до заходів соціально-психологічної спрямованості: Тиждень толерантності, Тиждень психічного здоров'я та ін. Вони не лише

формують соціально-психологічну компетентність молоді, а й створюють умови для збереження та зміцнення її здоров'я.

Суспільна діяльність. Передусім мається на увазі організація волонтерських об'єднань, мета яких – практикоорієнтована професійна діяльність. Членом даного об'єднання може стати кожна молода людина. Так, студенти на чолі з викладачами організують та проводять акції, наприклад «Уроки доброти», «Серце віддаю дітям», проводять свята в освітніх закладах міста тощо.

Таким чином, вивчення проблеми збереження і зміцнення здоров'я є соціальним замовленням, а здоров'язберігаючий ресурс освітньої установи, в свою чергу, як механізм вирішення цієї проблеми − цікавим об'єктом дослідження. Він виступає інтегративним явищем, і тому необхідні міждисциплінарні дослідження (на стику соціології, медицини, психології, педагогіки), з урахуванням як фізичного, так й психологічного, соціального статусу сучасної молоді. Прикладний характер такого підходу очевидний, а реалізація його результатів є актуальним завданням.

Слід наголосити, що наразі заклади освіти мають стати осередками соціального та психологічного оздоровлення молоді.

Науково-технічний прогрес сучасного суспільства супроводжується як інтенсифікацією його інтелектуально-творчого потенціалу, так й низкою пов'язаних із ним криз, що загрожують цивілізації.

Виступивши в якості потужного перетворюючого агента, людина на глобальному рівні порушила природне середовище, що вимагає пошуку нових шляхів адаптації до сформованих екологічних умов. техногенного середовища. Зміна історично сформованих умов існування людини закономірно викликала порушення природного ходу еволюційного процесу в тих популяціях виду, які найбільш схильні до негативних впливів сучасного техногенного середовища. Крім цього, основними причинами кризисного стану здоров'я є падіння рівня життя більшості сімей, погіршення їх

харчування, недостатній рівень медичного обслуговування, низький рівень валеологічної культури тощо.

Слід зазначити, що збереження здоров'я молоді в умовах освітньої установи регулюється існуючою юридично-правовою базою, що регламентує функціонування центрів охорони здоров'я дітей та молоді, центрів соціальних служб для сімей, дітей та молоді, психолого-педагогічних консультацій, шкіл санаторного типу.

Проте, на думку вчених, завдання здоров'язбереження молоді має вирішуватися з урахуванням усіх його складових: екогенетичної, соціально-економічної та культурологічної [110; 118; 170; 299 та ін.]. Оскільки ці механізми здоров'язбереження генетично не детерміновані, їх слід формувати у нового покоління дітей, перш за все на основі розвитку досвіду адекватного і глибокого пізнання себе.

Зауважимо, що значення пізнання і самопізнання для молодої людини відзначалися мислителями різних епох і народів (Сократ, С. Франк та ін.). В соціально-психологічних та психолого-педагогічних дослідженнях встановлено вплив самопізнання, самовизначення, самовиховання на різні сторони життя та діяльності молодої людини, на її розвиток. Разом із тим, питання розвитку досвіду самопізнання молоді для зміцнення її здоров'я не знайшли наразі достатньої теоретичної розробки у самостійних соціально-психологічних дослідженнях. Залишаються не в належній мірі вивченими соціально-психологічні умови ефективного розвитку цього процесу; не розроблено його програмно-методичне забезпечення, не досліджено механізми його впливу на збереження та зміцнення здоров'я молоді.

Отже, наразі явно позначилися протиріччя між потребами суспільства у здоровому підростаючому поколінні та підходами, що зберігаються в освітніх закладах, які не забезпечують належною мірою охорону здоров'я молоді; потребою суспільства в цілеспрямованій підготовці молоді до усвідомлених дій, спрямованих на зміцнення здоров'я, та відсутністю розроблених у теорії та практиці соціально-психологічних умов, що забезпечують цей процес

шляхом самопізнання молоддю особливостей і пристосувальних реакцій власного організму. Необхідність вирішення цих протиріч визначає важливість ефективного розвитку досвіду самопізнання молоді в аспекті її здоров'язбереження.

Ефективний розвиток у молоді досвіду самопізнання, спрямований на її здоров'язбереження, можливий, якщо в освітньому процесі реалізується комплекс соціально-психологічних умов: усвідомлення молодою людиною особливостей власних адаптивних реакцій, зокрема до умов регіону; розуміння молоддю взаємозв'язку власного організму з чинниками життєвого середовища; сформованість у молоді умінь самопізнання для вибору та застосування в повсякденному житті раціональних методів, спрямованих на підвищення захисних властивостей організму.

Проведений теоретичний аналіз дозволив виділити декілька основних напрямів у вивченні питань здоров'язбереження молоді: розробка умов створення здоров'язберігаючої системи організації освітнього процесу; виявлення негативних екологічних чинників та умов освітнього процесу для здоров'язбереження молоді; вивчення навчального навантаження та методів оздоровчої роботи з молоддю та ін.

Вивчення проведених досліджень надали можливість зробити висновок, що одним із проявів у порушенні природного перебігу еволюційного процесу в популяціях людини виступає різке погіршення здоров'я. Крім того, вченими підтверджено, що на сьогодні в закладах освіти більшості регіонів поки не створені умови для збереження і зміцнення здоров'я молоді.

Слід зазначити, що часто несприятливий вплив на здоров'я молоді надають умови, пов'язані з організацією освітнього процесу: відсутність наукової організації режиму праці та життєдіяльності відповідно до вимог валеології, наявність нервово-психічного навантаження як наслідок несприятливого соціально-психологічного клімату в колективах і складних міжособистісних відносин; дефіцит рухової активності, надмірні навантаження та ін.

Проведений аналіз даних про стан здоров'я сучасної молоді підтверджує гостроту аналізованої проблеми. Так, майже 75% молодих людей потребують різних лікувально-оздоровчих заходах, причому близько 9% − обстеження та лікуванні в стаціонарних умовах; 12% молодих людей необхідна санаторна реабілітація. За даними медичної статистики, більше половини старшокласників споживають алкогольні напої.

Дослідники вказують, що невирішені в практиці освітніх установ питання збереження та зміцнення здоров'я молоді необхідно вирішувати в паритетних відносинах освіти і здоров'я.

Узагальнення наукових досліджень надає можливість зробити висновок, що питання здоров'язбереження молоді мають вивчатися в різних аспектах, виходячи з того, що здоров'я − це, перш за все, джерело для повсякденної життєдіяльності. Саме повсякденна діяльність молодої людини, спрямована на збереження власного здоров'я, може реально вплинути на його покращення. Завдання збереження та зміцнення здоров'я молоді можуть бути успішно реалізовані саме в освітньому процесі, де активна роль належить молодій людині, а фахівець виступає лише помічником. Крім того, один із реальних шляхів здоров'язбереження молоді – це ефективний розвиток у молоді досвіду самопізнання.

Проведений теоретичний аналіз наукової літератури показав, що вчені розглядають «самопізнання» як складову «пізнання»; в інших дослідженнях відзначаються відмінності між цими поняттями. Так, у філософському трактуванні самопізнання розглядається як вид пізнання, який активно вивчався вченими з часів Сократа. На думку М. Фуко, самопізнання − окремий випадок турботи про себе, «увага до себе», «турбота про свою душу», здатність «вдосконалювати свою душу за допомогою розуму» [218].

Теоретико-методологічний аналіз досліджуваної проблеми дозволив уточнити, що в соціально-психологічних дослідженнях самопізнання розуміється вченими по-різному: як компонент самосвідомості людини, форма рефлексивної свідомості людини; як умова для вибудовування власної

поведінки; як основа для самовдосконалення та формування об'єктивної самооцінки людини, як механізм особистісного зростання, етап саморефлексії; сукупність і послідовність дій, спрямованих на знання про себе і побудову образу «Я».

Працюючи над уточненням об'єкта самопізнання, вчені вийшли на усвідомлення того, що цю категорію можна розглядати по-різному: у широкому трактуванні − як пізнання людиною себе в цілому (індивід, індивідуальність та особистість); у вузькому значенні – як пізнання тільки певної грані себе, наприклад, як індивіда чи особистості.

У ході самопізнання в широкому трактуванні відбувається розуміння суб'єктом різних сторін свого життя і діяльності, усвідомлення своєї індивідуальності у всій сукупності її якостей − унікальності, цілісності, відповідальності тощо, свого соціального статусу, переломних, критичних етапів свого життя.

Беручи до уваги висловлювання, пов'язані з необхідністю самопізнання «тілесних сфер особистості», своєї фізичної істоти, враховуючи, що самопізнання на рівні біологічного індивіда (організму) дає можливість вибудовувати не тільки траєкторію духовного розвитку, а й «образ свого тіла», ми розглядаємо категорію «самопізнання» у вузькому сенсі.

У цьому випадку йдеться про усвідомлення себе як природної істоти − індивіда, продукту філогенетичного та онтогенетичного розвитку, що характеризується сукупністю статево-вікових і психофізіологічних особливостей.

Зіставивши різні точки зору, слід узагальнити, що цілям дослідження найбільше відповідають визначення, що розглядають самопізнання молодої людини як її творчу діяльність, орієнтовану на отримання і накопичення знань про себе, спрямовану на виявлення і розуміння сильних і слабких сторін організму шляхом порівняння з нормативними показниками, характерними для юнацького віку.

У роботі зазначено, що самопізнання як вид пізнання, має чуттєвий та раціональний рівні. Чуттєве самопізнання може бути представлене в його різних формах (відчуття, сприйняття, уявлення) і є результатом безпосередньої взаємодії молодої людини зі своїм організмом, що обумовлює конкретність, індивідуальність і ситуативність одержуваного знання про себе і свій організм.

Раціональне самопізнання молодої людини (його форми: поняття, судження і висновок) передбачає можливість об'єктивації індивідуальних знань про себе і свій організм і їх узагальнення.

Звернення до робіт вчених дозволило уточнити методи самопізнання, якими виступають самоспостереження, самоаналіз, пояснення, синтез, порівняння, самооцінка, прийняття себе, самовипробування, самоконтроль, самокорекція, саморегуляція.

У будь-якій сфері діяльності одним із важливих її результатів є придбання суб'єктом діяльності певного особистісно-значущого досвіду.

Нагадаємо, що у філософії досвід розцінюється як емпіричне пізнання дійсності, єдність умінь та знань. У психології досвід розглядається як якість особистості, сформована під впливом її діяльності, навчання і виховання.

Уточнено, що досвід самопізнання молоддю розуміється як система, що динамічно розвивається, та включає в себе мотиваційно-ціннісний, когнітивний, поведінковий компоненти, та проявляється на суб'єктивному рівні діяльності і сприяє ефективній адаптації молодої людини до умов життєвого та природного середовища з метою збереження та зміцнення здоров'я.

Мотиваційно-ціннісний компонент досвіду самопізнання молодої людини вбирає в себе мотиви самопізнання і збереження здоров'я, ціннісні орієнтації на зміцнення здоров'я, установку на здоровий спосіб життя і відповідальність за свою поведінку і життєдіяльність.

Когнітивний компонент складається з систематизованих знань про організм, його функціональні особливості та можливості, знань про методи

самопізнання та методи, спрямовані на зниження негативних впливів соціального та природного середовища.

Поведінковий компонент поєднує такі вміння та навички молодої людини: самоспостереження, самоаналіз, самовипробування, самоконтроль, самокорекцію, саморегуляцію, самооцінку, самозміну.

Відповідно до цілей нашого дослідження, до загальних ознак розвитку досвіду самопізнання молоді в напрямку її здоров'язбереження, слід віднести цілеспрямованість, усвідомленість, насиченість, які є відображенням властивостей досвіду самопізнання (динамічності, незавершеності, відносної стійкості (на конкретний період), цілеспрямованості).

Слід зазначити, що розвиток досвіду самопізнання не є самоціллю, він повинен мати для суб'єкта, що пізнає себе, практичну значущість, яка виступає як передумова особистої зацікавленості в отриманні достовірного результату − використання знання про себе з метою здоров'язбереження і зміцнення власного здоров'я.

На це спрямовані функції аналізованого процесу: інформаційна, діагностична, прогностична, адаптивна, коригуюча, саморегулююча та розвивальна.

Так, інформаційна функція звернена на отримання і накопичення знань про себе, про свій організм, його можливості та особливості.

Діагностична функція спрямована на виявлення відхилень у морфофункціональному розвитку від статево-вікової норми.

Прогностична функція відповідає за побудову прогнозу подальшого збереження та зміцнення власного здоров'я.

Адаптивна функція дозволяє зрозуміти та оцінити характер взаємовідносин власного організму з життєвим середовищем.

Коригуюча функція спрямована на зміну своєї поведінки та життєдіяльності, орієнтуючи молодь на здоровий спосіб життя.

Найважливішими функціями розвитку досвіду самопізнання є коригуюча, саморегулююча та розвивальна. Вони спрямовані на кінцевий

результат − на зміну поведінки молодої людини для збереження та зміцнення здоров'я на основі самопізнання.

1.3. Підготовка фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження

Наразі все більшого значення у вітчизняній суспільній практиці набуває соціально-психологічна робота, яка покликана об'єднати елементи психосоціальної допомоги і профілактики, медичної та соціальної роботи, що обумовлено складним періодом суспільно-політичного розвитку, який переживає наразі Україна, і який породжує та актуалізує низку соціальних проблем, в результаті чого має місце погіршення фізичного та психічного здоров'я молодих людей, зростання рівня їх захворюваності [16; 22; 76; 133; 177; 290 та ін.].

У зв'язку з цим зростає роль соціально-психологічної роботи як специфічного цілісного напряму діяльності, мета якого полягає в задоволенні психосоціальних потреб кожного члена суспільства, зокрема молоді; вирішенні проблем праці, побуту, духовного і фізичного розвитку молодої людини шляхом залучення до цього державних, громадських інституцій, використання всього потенціалу суспільних можливостей.

Допомоги з боку фахівців соціономічного профілю (психологів, соціальних працівників, лікарів та інших спеціалістів) потребують різні категорії молоді, в тому числі й ті, які мають виражені психосоціальні та медико-соціальні проблеми, що взаємно потенціюють одна одну, й вирішення яких неможливе в межах однобічних професійних впливів.

Робота з такими молодими людьми однаково складна й малоефективна окремо як для медичних працівників, так і для психологів або соціальних працівників, оскільки перед ними неминуче постають проблеми, що виходять

за межі їхньої фахової компетенції і перешкоджають успішній реалізації професійних функцій.

В цих умовах зростає об'єктивна потреба в діяльності комплексного характеру − соціально-психологічній роботі, в межах якої фахівці реалізують спеціальні профілактичні та реабілітаційні програми для особливих категорій молоді (алко- та наркозалежних, психічно хворих, Віл-інфікованих) у наркологічних і психіатричних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом; організують реабілітаційну роботу у медико-соціальних реабілітаційних закладах; здійснюють соціально-психологічну підтримку при посттравматичних стресових розладах та ін.

На сучасному етапі в більшості країн світу створені і функціонують спеціалізовані заклади, де фахівцями соціономічного профілю надається низка соціально-психологічних послуг.

Соціально-психологічна робота є особливо актуальною сьогодні в Україні, оскільки за останні роки спостерігається стрімке зростання захворюваності серед молоді. Важливість соціально-психологічної роботи зумовлена також тривалими воєнними діями. Саме завдяки соціально-психологічній та медико-соціальній роботі здійснюється реабілітація учасників бойових дій, які зазнали моральних і фізичних травм [162].

На підставі узагальнення результатів досліджень вчених з'ясовано, що соціально-психологічна робота − це вид мультидисциплінарної професійної діяльності соціально-психологічного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої, зокрема, на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Соціально-психологічна робота – це професійна діяльність, яка поєднує психологічні методи та соціальні підходи для допомоги молоді у подоланні життєвих труднощів, досягненні психологічного комфорту та гармонійного розвитку в соціумі. Вона спрямована на формування навичок адаптації,

вирішення міжособистісних проблем та покращення соціальної взаємодії, особливо в кризових ситуаціях та складних життєвих обставинах.

Вона принципово змінює комплексну допомогу в сфері охорони здоров'я, оскільки передбачає проведення системних психосоціальних впливів на більш ранніх етапах розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, попереджаючи виникнення важких ускладнень чи інвалідності. У процесі дослідження встановлено, що стратегічним напрямком у сфері соціально-психологічної роботи є впровадження технологічного підходу.

Враховуючи суть поняття «технологія соціальної роботи» та зміст психологічної діяльності, під технологією соціально-психологічної роботи розуміємо сукупність методів, прийомів і впливів, які спрямовані на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, підтримку і зміцнення здоров'я молодої людини через інститути медичного і соціального страхування, соціального забезпечення, медико-соціального обслуговування тощо [177 та ін.].

У практиці соціально-психологічної роботи найбільшого поширення набули технології соціальної роботи з хворими на ВІЛ/СНІД, алко- та наркозалежними, невиліковно та психічно хворими, інвалідами [162].

Аналіз вітчизняного досвіду підготовки фахівців соціономічного профілю у закладах вищої освіти України свідчить, що вона спрямована на формування високо освіченого фахівця, який має фундаментальні знання, вміння та навички, необхідні для професійної діяльності в різних галузях соціономічної сфери [74; 131; 156; 157 та ін.]. Що стосується підготовки до використання технологій соціально-психологічної роботи, то кожен заклад вищої освіти організує її, зважаючи на власні можливості та ресурси.

У деяких закладах з цією метою впроваджено низку спеціальних дисциплін соціально-психологічного спрямування; в інших − медико-соціальні питання є складовими фахових дисциплін із соціальної роботи. Проблемною є також практична підготовка молоді до застосування технологій соціально-психологічної роботи (ТСПР): відсутність єдиного стандарту у

вітчизняних закладах вищої освіти до її організації, питання нормативного регулювання волонтерської практики у медико-соціальних закладах і службах та ін.

Узагальнення результатів аналізу наукової літератури дає підстави розглядати готовність майбутніх фахівців соціономічного профілю до застосування технологій соціально-психологічної роботи як стійке особистісне утворення, в якому інтегровані мотиви, емоції, знання й уміння майбутнього фахівця, що зумовлюють ефективне вирішення проблем, пов'язаних з відновленням, збереженням та зміцненням здоров'я молоді. Це − здатність обирати і використовувати діагностичні та оціночні інструменти, адекватні рівню складності проблеми молодої людини; розробляти й реалізовувати програми профілактики й реабілітації молоді з урахуванням її потреб і обмежень; обирати й видозмінювати необхідні стратегії соціально-психологічної допомоги, організовувати й координувати діяльність поліпрофесійних бригад з метою індивідуального супроводу, адаптації та підтримки соціального функціонування молодої людини як клієнта соціально-психологічної роботи.

Готовність до застосування ТСПР характеризується сформованістю таких компонентів: мотиваційного, емоційно-вольового, теоретичного, практичного. Про необхідність удосконалення системи вітчизняної професійної підготовки фахівців соціономічного профілю до використання ТСПР свідчать результати проведеного нами пілотажного дослідження серед студентів-випускників і практикуючих фахівців соціономічної галузі.

Майже 80% майбутніх соціальних працівників оцінюють свої знання з ТСПР недостатніми і вважають доцільним впровадження спеціальних дисциплін у навчальний план, або збільшення годин на вивчення технологій соціально-психологічної роботи в межах наявних курсів.

Результати анкетування практикуючих соціальних працівників демонструють значний інтерес до досліджуваної проблеми, оскільки близько 74,8% фахівців беруть участь у реалізації технологій соціально-психологічної

роботи. 65,2% з них підтвердили, що під час навчання теоретично були ознайомлені з елементами цих технологій, однак вказують на доцільність більш глибокої практичної підготовки до такої діяльності.

Таким чином, вважаємо, що необхідність подальшого розвитку в Україні інституту соціально-психологічної роботи і вдосконалення підготовки фахівців для її здійснення, є очевидною.

У зв'язку з цим важливим вбачається аналіз досвіду підготовки майбутніх фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереження молоді в країнах Західної Європи [99 та ін.].

Як зазначалося вище, соціально-психологічна робота – це комплексна діяльність, в межах якої фахівці реалізують спеціальні профілактичні та реабілітаційні програми для особливих категорій осіб (алко- та наркозалежних, психічно хворих, Віл-інфікованих) у наркологічних і психіатричних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом; організовують реабілітаційну роботу у медико-соціальних реабілітаційних закладах; здійснюють соціально-психологічну підтримку молодих людей, які опинилися у складній життєвій ситуації та ін.

Оскільки підготовка фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи започаткована в Україні порівняно недавно, то, безумовно, цінними для вітчизняної системи освіти є вивчення сучасного стану фахової підготовки цих фахівців за кордоном.

Аналіз наукової літератури засвідчує, що значний досвід в цьому плані мають такі країни, як Швеція, Франція, Німеччина [86; 220].

Так, навчання соціальних працівників у Швеції відбувається за трьома освітніми рівнями: бакалаврський, магістерський та дослідницький (докторський). Структура підготовки фахівців, якої дотримуються всі заклади вищої освіти Швеції, складається з таких ступенів: базове теоретичне навчання, практика, поглиблені теоретичні курси, спеціалізації.

Навчання здійснюється диференційовано для фахівців різних напрямків: соціально-психологічна робота; соціально-педагогічна робота; патронаж та

організація допомоги населенню; догляд за хворими та людьми з обмеженими можливостями. Своєрідним керівництвом для наповнення освітніх програм та курсів є звіт Національної ради зі здоров'я та благополуччя, у якому подається детальний огляд соціальних проблем та можливих шляхів соціальних перетворень.

У цьому звіті зазначаються основні напрями соціально-психологічної роботи, соціальні проблеми та найбільш вразливі соціальні групи, з якими працюватимуть фахівці.

Зокрема, це – безробітні, бідні, молоді люди, що живуть у фостерних сім'ях, хворі (психічно хворі, алко- та наркозалежні та ін.).

З урахуванням зазначених психосоціальних проблем формується зміст теоретичних дисциплін та практичного навчання майбутніх фахівців соціономічного профілю (не менше 20 тижнів навчального плану), яке забезпечує:

- отримання досвіду роботи з клієнтом;

- інтеграцію в професійне середовище засобами соціально-психологічної роботи та формування ставлення до професії;

- проникнення в суть професії;

- усвідомлення власної ролі в соціально-психологічній роботі.

Важливою складовою навчання фахівців соціономічного профілю у Швеції є підготовка до використання технологій соціально-психологічної роботи. До навчальної програми майже всіх закладів вищої освіти обов'язково входить курс «Особи з обмеженими можливостями», адже соціально-психологічна робота з цією категорією населення Швеції є однією з пріоритетних згідно з національною соціальною політикою.

Даний курс триває 20 тижнів (30 кредитів ECTS), складається з чотирьох модулів, по 5 тижнів кожен.

Здобувачі вищої освіти можуть обирати час проходження цього курсу і допускаються до нього за умов успішного попереднього засвоєння основ соціальної роботи та психології. Мета курсу «Особи з обмеженими

можливостями» – надати майбутньому фахівцю всебічних знань з розуміння соціально-психологічних та побутових умов, за яких живе особа з обмеженими можливостями.

Модуль 1. Особи з обмеженими фізичними можливостями. Курс зосереджено на проблемі фізичних відхилень, інвалідності. Інвалідність розглядається з історичної, соціокультурної та ґендерної позиції. Студенти знайомляться з умовами та якістю життя людей з фізичними обмеженнями у контексті соціально-економічних чинників, опановують основні методи та технології роботи з цією категорією осіб.

Модуль 2. Особи із затримкою психічного розвитку (нездатні до навчання). Завдання курсу – надати студентам знання про умови та способи життя осіб із затримкою психічного розвитку; ознайомити з особливостями поведінки, специфікою потреб та чинниками, що здійснюють визначальний вплив на життєдіяльність осіб, які належать до цієї групи.

Модуль 3. Особи з хімічною та наркотичною залежністю. У цьому модулі розглядаються соціальні, біологічні та психологічні аспекти хімічної та наркотичної залежності. Подається класифікація психоактивних речовин та існуюча нормативна база у галузі протидії розповсюдженню та вживанню психоактивних речовин, а також соціальні наслідки їх вживання. Вивчаються особливості соціально-психологічної роботи та моделі допомоги особам з хімічною чи наркотичною залежністю.

Модуль 4. Соціальна психіатрія. Під час вивчення курсу поглиблюються знання з основ психіатрії, проблеми психічних відхилень та ін. Досліджують вплив соціальних чинників на якість життєвих умов осіб із психічними захворюваннями.

Отже, підготовка майбутніх фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи є невід’ємною складовою навчальних планів закладів вищої освіти Швеції.

Професійна підготовка цих фахівців у Франції базується на вузькій спеціалізації, оскільки сфера їх діяльності в цій країні дуже широка і

розвивається у трьох основних напрямках – соціальне асистування, спеціалізоване виховання, анімація.

Однак, вона охоплює й багато дотичних галузей життєдіяльності людини (соціально-психологічна робота у сфері виховання, у галузі охорони здоров'я, юриспруденції тощо). Таке широке поле втручання фахівців соціономічної сфери призвело до виникнення великої кількості соціальних професій (близько 20), перелік яких постійно розширюється.

У сучасних умовах підготовку фахівців соціономічної сфери у Франції здійснюють як недержавні, так і державні заклади.

Перші (регіональні інститути соціальної роботи, асоціації та ін.) забезпечують початкову, середню професійну та вищу професійну освіту I-II циклів у галузі соціальної роботи. Державні заклади (загальноосвітні та професійні ліцеї, університети, технологічні інститути) дають можливість для здобуття початкової, середньої та вищої професійної освіти I-III циклів.

Підготовка фахівців соціономічного профілю реалізується за такими рівнями: допрофесійна освіта, початкова професійна освіта, середня професійна освіта, вища професійна освіта (3 цикли), післядипломна професійна освіта.

На кожному рівні професійної освіти майбутні фахівці отримують кваліфікацію (5-й – найнижчий рівень кваліфікації, 1-й – найвищий).

Диплом з отриманням відповідного сертифікату про навчання отримують майбутні фахівці, які здобули початкову професійну освіту за 5-м рівнем кваліфікації, наприклад, на базі ліцею, секції медико-соціальних наук.

Теоретичне навчання складається з 6 основних блоків: «Теорія і практика соціального втручання», «Філософія діяльності і етика», «Право, законодавство і політика», «Соціальна антропологія, етнологія», «Психологія, педагогіка, інформатика, комунікація», «Здоров'я». Дворічний курс навчання містить і практичну частину.

Обсяг практичної підготовки, що складає 950 годин, орієнтований на всебічне вивчення людини в онтогенезі, з урахуванням життєвого середовища.

Практична підготовка відбувається у формі стажувань протягом 36 тижнів у соціальних закладах різних типів.

Практика майбутніх фахівців соціономічного напрямку займає 63% навчального плану (це найбільша кількість годин практики серед усіх спеціальностей, за якими готують фахівців соціономічної сфери).

В цілому наповнення навчальних блоків дисциплінами відповідно до їх змісту та організація практики належить до компетенції навчального закладу. Функції контролю, розробки регламентуючих механізмів здійснення соціально-психологічної роботи у соціономічній сфері та підготовки кадрів покладені на Національну раду з оцінювання соціальної та медико-соціальної діяльності. Медико-соціальна (клінічна) соціальна робота у Німеччині розвинулася за останні десять років у спеціальну галузь соціальної роботи, орієнтовану на американську модель «clinical social work».

Це не тільки соціальна служба у 130 лікарнях. Вона головним чином спрямована на автономізацію боротьби за життя і здоров'я окремих осіб чи груп людей, яким загрожує або які зазнали психосоціальної дезінтеграції.

Головною метою клінічної соціально-психологічної роботи є поєднання соціальних та психосоціальних аспектів з консультуванням, лікуванням і підтримкою людей, здоров'ю яких загрожує небезпека, хворих, інвалідів, з метою їх соціальної інтеграції. Клінічний соціальний працівник працює в клініках, установах, амбулаторіях, консультаціях у тісній професійній взаємодії з психологами, лікарями, ерготерапевтами і як кейс-менеджер – менеджер супроводу клієнтів.

Уже більше ніж 10 років університети і спеціальні вищі навчальні заклади Німеччини пропонують навчання та підвищення кваліфікації для фахівців соціономічного профілю, діяльність яких спрямована на захист і підтримку здоров'я молоді.

Підготовка фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи здійснюється на рівні магістерської програми клінічної соціально-психологічної роботи – спеціалізований напрямок соціально-психологічної

роботи, що орієнтований на осіб, які працюють в благодійних організаціях, надають консультації з психосоціальних питань, обслуговують і лікують: наприклад в установах, що допомагають дітям і підліткам, працюють у галузі дитячої, юнацької психіатрії, у добових клініках, у соціальних психіатричних службах, терапевтичних практиках. Той, хто хотів би наразі стати магістром клінічної соціально-психологічної роботи, повинен мати не лише бакалаврську освіту, а й досвід роботи за спеціальністю. Це є необхідною передумовою для того, щоб бути зарахованим для підвищення кваліфікації.

Особи, які навчаються, наприклад, повинні вміти обговорювати власні приклади (випадки) та застосовувати психосоціальні методи діагностики. Від клінічних фахівців (зокрема, соціальних працівників) вимагається не лише мати фахові знання, а й уміти складати аналізи клінічних спостережень. Вони потрібні для систематичної ідентифікації психосоціальних проблем, щоб знайти відповідний спосіб втручання.

Основу для їх складання становлять: біографічні дані; аналіз стану в певний момент; специфічні особливості здоров’я; культурні звички; гендерні аспекти, міграція, вік тощо. Подальша практика їм не потрібна: навчання, що розраховане на три роки, поєднується з професійною діяльністю. Загалом такі фахівці мають прослухати 2700 навчальних годин, не залишаючи робочих місць.

Отже, незважаючи на наявні здобутки світового та вітчизняного досвіду у вивченні проблеми здоров’язбереження молоді, єдину концепцію її забезпечення в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму наразі не створено, а актуальність дослідження соціально-психологічної специфіки здоров’язбереження молоді за цих умов визначається як запитами психологічної практики, так і необхідністю переосмислення проблеми в контексті сучасного теоретико-методологічного базису соціальної психології.

Висновки до розділу

У розділі проведено аналіз підходів до категорії здоров'я та проблеми здоров'язбереження молоді в умовах соціогенних викликів; розкрито соціально-психологічні витоки проблеми здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку сучасного соціуму; наведено вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження.

Підкреслено, що охорона здоров'я молоді − один із пріоритетних напрямів соціальної політики держави в період реформування економічної, медичної та соціальної сфер, адже за даними офіційної статистики останніми роками в умовах соціогенних викликів відзначено прогресуюче погіршення стану здоров'я молодих людей, що загрожує економічному, соціальному розвитку, національній безпеці та обороноздатності країни в цілому (В. Барко, О. Крижановський, С. Миронець та ін.).

Зазначено, що у вирішенні проблеми здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку сучасного соціуму важливими є визначення категорії «здоров'я». Показано, що категорія «здоров'я» у філософському трактуванні розглядається як явище соціального буття, соціально заданий стандарт, норма (В. Будз, І. Гоян, М. Журба та ін.). В аксіологічній парадигмі здоров'я трактується як цінність, що може обумовлювати цілі, наміри та дії як окремих людей, так і цілих соціальних інститутів (Є. Карпенко, З. Карпенко та ін.). Підкреслено, що існує й безліч визначень поняття «здоров'я», в яких автори наголошують на різних його аспектах: лікарі, фізіологи − на функціонуванні організму, психофізіологічних особливостях (Н. Жигаренко, О. Межиковський, М. Овчаренко, Ю. Хунов та ін.), психологи − на нормальному, гармонійному особистісному розвитку (А. Борисюк, Н. Добровольська, Т. Комар, Л. Онуфрієва, Л. Черновська та ін.). Проте, для практичної роботи необхідною вбачається конкретизація та

операціоналізація зазначеної категорії, а також включення до неї соціальних, особистісно-моральних та інших аспектів, адже значимість розробки тематики збереження та зміцнення здоров'я молоді обумовлена розумінням важливості стану здоров'я для творчої, активної, соціально-корисної та продуктивної діяльності особистості (М. Лук'янченко, М. Савчин, Л. Терлецька, Т. Титаренко та ін.).

Наголошено, що здоров'я молодої людини є показником якості її життя та багато в чому визначається способом життя, як сукупності типових для суспільства, соціальної групи або індивіда способів життєдіяльності, що розглядаються в єдності з об'єктивними умовами. При цьому представники наукового напряму «психологія здоров'я» (С. Котенко, Л. Кузьо, В. Лехан, І. Рогач, В. Штифурак та ін.), який стрімко розвивається і є наразі вкрай затребуваним, відзначають, що одним із центральних, але слабко розроблених питань психології здоров'я є проблема ставлення до здоров'я: як домогтися того, щоб збереження здоров'я стало провідним, тобто йдеться про необхідність формування мотивації молодої людини до здоров'язбереження. Крім того, в теоріях суспільного розвитку як ключові розглядаються питання ставлення молоді до буття, сенсу життя, співвідношення духовного та тілесного, насолоди та аскетизму, споживання та володіння, раціонального та ірраціонального, прагнення до самозбереження та щастя (Є. Вдовиченко, І. Гоян, Ю. Завацький та ін.). Водночас, недостатньо вивченими є особливості детермінації феномену здоров'язбереження, шляхи оптимізації державної політики у сфері здоров'язбереження молоді та розгляд цих питань з позиції соціальної психології.

Показано, що поряд із важливістю психічного та психологічного здоров'я молоді, не менш важливим аспектом є соціальне здоров'я, яке розуміється як оптимально-адекватні умови соціального середовища, що перешкоджають виникненню соціально зумовлених захворювань, соціальній дезадаптації та визначають стан соціального імунітету та гармонійний розвиток особистості в соціальній структурі суспільства. Вагомим у цьому

контексті є забезпечення специфічних здоров'яорієнтованих функцій: соціалізаційної, культурологічної, профілактичної, корекційно-реабілітаційної та зміцнення здоров'я.

Актуалізовано проблему підготовки фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження. В цьому аспекті проаналізовано вітчизняний та зарубіжний досвід такої роботи (О. Єжова, А. Бєсєдіна, Т. Бережна, Дж. Донеллі, А. Капська, Дж. Кінгсон, Л. Кнодель, І. Козубовська, М. Пейн, Н. Пилюк, Ю. Хеймінг та ін.).

Узагальнено, що соціально-психологічну роботу з молоддю в напрямку її здоров'язбереження доцільно розглядати як вид мультидисциплінарної професійної діяльності, яка поєднує психологічні методи та соціальні підходи для допомоги молоді у подоланні життєвих труднощів, досягненні психологічного комфорту та гармонійного розвитку в соціумі. Вона спрямована на формування навичок адаптації, вирішення міжособистісних проблем та покращення соціальної взаємодії, особливо в кризових ситуаціях та складних життєвих обставинах, а також на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Наголошено, що стратегічним напрямком у сфері соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереження молоді є впровадження технологічного підходу. Показано, що готовність майбутніх фахівців соціономічного профілю до застосування технологій соціально-психологічної роботи слід розглядати як стійке особистісне утворення, в якому інтегровані мотиви, емоції, знання й уміння, що зумовлюють ефективне вирішення проблем, пов'язаних з відновленням, збереженням та зміцненням здоров'я молоді; це − здатність обирати і використовувати діагностичні та оціночні інструменти, адекватні рівню складності проблеми; розробляти й реалізовувати програми профілактики й реабілітації, з урахуванням потреб і обмежень молодої людини; обирати й видозмінювати необхідні стратегії соціально-психологічної допомоги, організовувати й координувати діяльність

поліпрофесійних бригад, з метою індивідуального супроводу, адаптації та підтримки соціального функціонування та успішної інтеграції молоді у соціум. Зазначено, що готовність до застосування технологій соціально-психологічної роботи характеризується сформованістю мотиваційного, емоційно-вольового, теоретичного, практичного компонентів.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 43; 48; 49; 50; 56; 58; 63; 87; 88; 112; 149; 190].

РОЗДІЛ 2

КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДИСКУРС

2.1. Здоров'язбереження молоді у векторах інституційної та ментальної цілісності соціуму

Проблема здоров'язбереження молоді є предметом вивчення науковців і практиків, адже майбутнє країни багато в чому залежить від того, наскільки дієздатним і життєздатним буде молоде покоління, який спосіб мислення та поведінки складеться в молодіжному середовищі, якою мірою воно зможе ввібрати досвід культури, сприйняти традицію та цінності народу, стати повноцінним суб'єктом, що реалізує свій особистісний потенціал [110; 118; 132; 169; 170 та ін.]. Проте системні соціокультурні трансформації соціуму та нові соціогенні виклики здебільшого негативно відбиваються на молодому поколінні, яке болісно шукає свій шлях набуття гідного життя в умовах невизначеності.

Сучасна молодь, крім власних вікових проблем у локальному соціальному контексті, опиняється під прицілом впливу різних деструктивних чинників на мезо- та макрорівнях.

Використовуючи витончені соціальні та психологічні технології за допомогою сучасних мас-медіа, Інтернет-ресурсів, соціальних мереж ці чинники часто нав'язують свідомості молодої людини спотворені форми ідентичності та самореалізації, прищеплюють культ вседозволеності, моду на

потворне тощо. Особливої ваги набули містично-ірраціональні, трансгуманітарні та патологічні практики самосвідомості, архаїчні форми мислення та поведінки.

Натомість повноцінній життєдіяльності культивується самоствердження в межах культури споживання-користування, в якій світ і суспільство постають як сфера послуг для задоволення егоїстичних бажань [223; 293 та ін.]. Нажаль, сучасна культура та освіта не встигають надати потрібну відповідь цим трансформаціям, і молодь опиняється віч-на-віч зі своїми проблемами.

Як наслідок, у молодіжному середовищі відзначається зростання таких явищ як апатія, інфантилізація, адикція, дераціоналізація свідомості, примітивізація мислення, наркотизація та ін. Для підготовки життєздатної молоді необхідна дієва система заходів та дій суспільства щодо організації відповідних умов становлення та розвитку повноцінної та здорової особистості.

Проблематика здоров'язбереження молоді виступає в числі провідних галузей психологічної науки і знаходиться у сфері докладання зусиль суміжних наукових галузей (K. Chamberlain, U. Flick, R. Fuchs, J. Gordon, M. Murray, R. Schwarzer, H. Stam та ін.) [215; 221; 250; 281; 282 та ін.].

При цьому довгий час велика частина досліджень обмежувалася межами проблеми психічного здоров'я, в трактуваннях якої переважало поняття про складне, багатофакторне явище, що визначає репродуктивні та творчі функції, як окремих індивідів, так і цілих спільнот (B. Evans, E. Fromm, J. Hewison, M. Murray, K. Schou, S. Wilkinson та ін.) [172; 232; 250 та ін.].

Основною ознакою психічного здоров'я визнавалася відсутність хворобливих проявів. Разом з тим, багато значущих різновекторних аспектів проблематики здоров'я молоді та його збереження були розкриті недостатньо.

У домінуючих концепціях і пояснювальних схемах надавалося редукціоністське розуміння феномену здоров'я, у якому все розмаїття його проявів зводилося до біологічних чи психофізіологічних аспектів. Ці підходи

наразі визнаються недостатніми для адекватного розуміння всієї сукупності феноменів та чинників здоров'язбереження молодої людини.

Просування досліджень у цій галузі пов'язане з подоланням медичної домінанти та переходом до власне особистісного трактування в межах поняття «психологічне здоров'я». Як відзначалося вище, якщо термін «психічне здоров'я» фактично охоплює лише окремі психічні процеси та механізми; то «психологічне здоров'я» характеризує особистість загалом, свідчить про властивість розвиненої особистості. Воно є одним із найважливіших станів людини і пов'язане з її моральним розвитком молодої людини.

Сучасні дослідження виходять з принципового положення про те, що людина, будучи цілком психічно здоровою (має гарну пам'ять і розвинене мислення, ставить складні цілі, вельми діяльна, керується усвідомленими мотивами, досягає успіхів, уникає невдач тощо) може при цьому бути «особистісно неповноцінною» (не координує і не спрямовує своє життя на досягнення людської сутності, роз'єднана з нею, задовольняється сурогатами тощо) [124; 248; 293 та ін.].

Слід зазначити, що багато евристичних досліджень здоров'язбереження ведуться з позицій антропологічного підходу, екологічної психології, евдемонічного підходу [206; 208; 208; 268; 269; 270; 288 та ін.], валеології, герменевтичної психології, синергетики тощо.

Дослідники, які аналізують феномен психологічного здоров'я в онтогенетичному вимірі, наголошують на таких показниках, як характеристики спілкування, замкнутість, тривожність, агресивність, спотворена мотивація, неадекватна самооцінка тощо [9; 21; 32; 297].

Як критерії здорової особистості розглядаються такі характеристики, як прагнення до самоактуалізації, позитивні смисложиттєві орієнтації, адекватне самоставлення, оптимізм та ін. [184; 185; 196 та ін.].

Проблема психологічного здоров'я виступає однією з пріоритетних у зарубіжній психології і представляє самостійну галузь «Health psychology» (V. Elderkin, J. Gordon, M. Murray, R. Silver, H. Stam, S. Wilkinson та ін.).

Разом із тим, у цьому напрямку також відзначається тривалий психіатричний та психофізіологічний ухил, який поступився тенденцією до розширення та поглиблення наукових знань у галузі здорової особистості в межах конкретних завдань як медичної, так і психологічної практики. У сучасних роботах робляться зусилля заповнити існуючу прогалину, виявити невраховані або мало досліджені сторони та вимірювання здоров'я, пов'язані з фундаментальними аспектами існування [191].

У зв'язку з цим постало питання концептуалізації проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму у соціально-психологічному дискурсі, зокрема через її розкриття у векторі інституційної та ментальної цілісності соціуму.

Щодо становлення та розвитку молодої людини багато досліджень пов'язують психологічне здоров'я із процесом її повноцінної самореалізації. Ці роботи здебільшого склалися під впливом наукової традиції, закладеної у руслі гуманістичної психології (Е. Еріксон, А. Маслоу, Р. Мей, Р. Оллпорт, Е. Фромм, В. Франкл та ін.) [172; 184; 185; 212; 219; 243; 244 та ін.]. Відповідно до цієї традиції, феномен здоров'я сприймається як атрибутивна ознака повноцінно функціонуючої особистості, яка безперешкодно реалізує свою самість.

Представники цього напряму базовими у психологічному здоров'ї вважають самоприйняття особистості, її зрілість, самоактуалізацію. Тим часом розвиток нових напрямів пов'язується з переглядом егофільних положень гуманістичної психології. Нові підходи формуються лінією подолання самоцентричної домінанти (від «самість») на користь соціокультурної детермінації.

У цьому зв'язку невипадково на перший план виходять комплексні, гуманітарно-центричні роботи, які прагнуть розкрити різноманіття форм, шляхів і механізмів реалізації особистості, її сутності як здорового соціального суб'єкта в його бутті зі світом [207].

Ми розглядаємо здоров'язбереження молоді як ефект та результат її продуктивної соціалізації, формування адекватної картини світу, позитивної самосвідомості та конструктивних патернів життєдіяльності.

У процесуальному плані психологічне здоров'я відбивається і зміцнюється в ході самореалізації, що досягає свого головного завдання, а саме розвитку особистісного потенціалу молодої людини як дієздатного суб'єкта різнобічної діяльності (навчальної, професійної, наукової, спортивної, культурної, дозвіллєвої та ін.).

Успішна самореалізація молоді може бути ресурсом та показником якісної побудови освітньої практики та життєвого середовища, що забезпечує повноцінне психологічне здоров'я майбутнього покоління [196].

Новизна запропонованої постановки проблеми полягає у концептуальному переході від егоцентричної парадигми розуміння психологічного благополуччя та здоров'я до культуроцентричної парадигми з опорою на життєво-діяльнісний план особистості як повноцінного суб'єкта. У соціально-психологічному дискурсі здоров'я молоді залежить від стану психосфери, від домінуючих у суспільстві відносин.

Наразі молоде покоління вступає у світ, переповнений протиріччями та деформаціями, у світ невизначеності та роз'єднаності, глибинного розпаду культурних норм та традиційних цінностей [191; 196].

У соціо-культурному вимірі сучасне суспільство дедалі більше поринає у вир ірраціональних пристрастей, глобальної деконструкції ментальних основ цивілізації. Зростання неусвідомленості того, що відбувається, перешкоджає руху вперед, оскільки свідомість і культура виявляються перекинутими в сьогоднішній день і майбутнє вже залишається за межею рефлексії.

Для більшості людей і, перш за все, для молоді, час згорнувся до меж видимого життя, відчуття далекого (але досяжного) майбутнього змінилося розчаруванням, що не дає сенсу і надії на завтрашній день. Почуття епохи роз'єднаності, майбутньої порожнечі простежується наразі й в гуманітарних дослідженнях [196].

Свого часу видатний психолог-гуманіст В. Франкл [219] описав ноогенний невроз як типову психологічну недугу людини, викликану ціннісним вакуумом і втратою сенсу життя; сьогодні ця недуга стала також реальністю і для сучасного соціуму.

У соціально-економічному вимірі до кінця минулого століття вчені констатують наявність системної трансформації соціальної структури у зв'язку з демонтажем моделі «суспільства соціального благополуччя» («Welfare state») з заміною на модель «суспільства споживання», основу якого становить масовий споживач-користувач [207].

На психологічному рівні така трансформація викликає низку змін у структурі особистості, що призводять до непомірного розростання потребнісної сфери за рахунок зменшення вершинної ціннісно-смислової сфери. Наголошується на зрушенні потреб на цінності [191].

Життя людини стає залежним від споживання різних «благ» в умовах уміло сфабрикованого ринку попиту та пропозицій. Індивід усвідомлює свою вагомість та значущість, свою гідність, якщо продукує певний тип споживчої поведінки, а не знання, уміння, особисті переконання, ідеали та цінності. Останні також пропонуються йому як готовий товару за подібну ціну.

У науковій літературі наголошується на важливому наслідку суспільства споживання, що деформує провідну діяльність, а саме підміна понять «праця» та «творчість» категорією «послуги». Продуктивна праця сходить нанівець. Життєвий успіх індивіда вимірюється не тим, скільки він зробив, а тим, скільки він спожив [207].

Особливо боляче такі трансформації відбиваються на молодому поколінні, яке прагне зайняти своє місце в житті в умовах невизначеності. В цих умовах сучасна молодь як ніколи потребує розуміння того, як з цим жити, на що можна спертися в цьому житті, щоб не тільки знайти, а й не втратити себе.

На сучасному етапі молодим людям життєво важливо, щоб їм передавали досвід вирішення проблем, відкривали шляхи розвитку, пояснювали суиність

того, що відбувається. В усі часи цю роль виконувала система освіти, виховання та культура загалом. В надії знайти для себе потрібні відповіді сучасна молодь масово йде в світ інформаційних технологій та соціальних мереж, стаючи легкою здобиччю для різноманітних асоціальних проєктів.

Як зазначалося, у суспільстві масового споживання світ цінностей підмінюється «кошиком потреб», а простір живого соціального спілкування замінюється мережею віддалених комунікацій, що віщує «кінець соціального» [196].

Для відтворення потреб у такому мережевому квазісуспільстві потреба в послугах освітніх та виховних закладів відпадає, оскільки просуваються більш ефективні інструменти впливу і, насамперед, засоби масової інформації та різні комунікативні Інтернет-технології, які прагнуть реально виховувати і формувати свідомість сучасної молоді, експлуатуючи одну з головних потреб молодої людини − її пізнавальну потребу, яка виражається в допитливості.

Сучасні засоби масової інформації та Інтернет, використовуючи всю міць новітніх інформаційно-комунікаційних технологій, опанували цей рефлекс. Замкнувши на себе цікавість і допитливість молоді, вони ведуть її недосвідчену свідомість у світ нескінченних та безперервних інформаційних потоків, готових відповідей та вирішення всіх проблем.

Заволодіваючи сенсорно-перцептивним апаратом психічної діяльності, сучасні засоби масової інформації та Інтернет стали частиною людського сприйняття. Створивши видимість об’єктивного відображення реальності, вони заслонили собою дійсність і створили свою реальність.

Вчені, розглядаючи основні функції засобів масової інформації та Інтернету в сучасному світі споживання, відзначають, що наразі ми маємо справу з безпрецедентними засобами масової реклами, дезінформації, маніпуляції тощо [98 та ін.].

Фахівці говорять про згубність впливу інформаційних технологій на розвиток психіки сучасної молоді. Вже відзначаються масові випадки інформаційної залежності, інтоксикації та інформоманія. Безконтрольний,

необмежений Інтернет призводить до порушення здатності самостійно мислити, пізнавати, приймати рішення тощо. Логіка інформаційного споживання вимагає наростаючих інформаційних вражень.

Таким чином, світ інформаційних технологій у суспільстві споживання – це світ масової залежності та маніпуляцій. Тим часом саме в цьому світі відбувається наразі реальне виховання та формування молодої людини.

Вчені різних галузей знаходять вагомі пояснювальні версії соціокультурним деформаціям, що відбуваються в молодіжній свідомості на різних рівнях гуманітарної рефлексії [1; 106; 173; 276 та ін.].

На соціальному рівні суперечності та трансформації, що виникли в останню чверть століття пояснюються зміною парадигм суспільного устрою, коли замість моделі суспільства «соціального благополуччя» активно просувається модель «суспільства споживання» з усіма наслідками.

На психологічному рівні зміни пов’язані з переробкою самої людини, перетворення її з носія культурних цінностей на носія потреб з набором необхідних компетенцій обслуговування інших і себе. На цьому рівні йдеться про проєкт дегуманізації особистості, спрямований на втрату її здатності бути суб’єктом.

Загалом для розвитку психологічно здорової молоді необхідна ціннісно-смислова нормативна реконструкція соціо-культурного простору функціонування вітчизняної культури та системи освіти сучасного суспільства. Необхідно подолати ціннісний вакуум, який стирає часову перспективу та смислову конструкцію суспільства. Але для цього саме суспільство має пройти шлях самосвідомості, зрозуміти себе, усвідомити свій цивілізаційний шлях і вибір, зрозуміти, яким йому бути.

Для сучасної молоді наявність ціннісної шкали – це гарантія її національної та соціокультурної ідентичності, а для суспільства та країни – це гарантія успішного майбутнього. У тому випадку, якщо суспільство усвідомлює і приймає свій ціннісний імпульс, визначає для себе систему необхідних смислових координат, то й для становлення здорової, життєздатної

молоді може бути знайдена адекватна система заходів та дій щодо організації відповідних умов розвитку та зростання. За всіх часів важлива роль у цьому відводилася системі освіти.

Для молоді сучасний заклад освіти має стати сферою продуктивної самореалізації, в якій кожному надаються рівні можливості та умови сформувати свій професійний, культурний, громадянський образ, вибудувати своє майбутнє [106; 173 та ін.]. При цьому саме система освіти потребує суттєвого посилення своєї соціалізаційної функції відповідно до нових викликів часу, в умовах розвитку нових форм і практик формування свідомості, у тому числі на базі новітніх гуманітарних та комунікативно-інформаційних технологій.

Отже, розкрито проблему здоров'язбереження молоді у векторі інституційної та ментальної цілісності соціуму. Визначено сучасні підходи до здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку суспільства.

Проведено аналіз соціокультурних деформацій, які негативно позначаються на психологічному статусі сучасної молоді. Предметом аналізу виступав феномен здоров'язбереження молоді як феномен інституційної та ментальної цілісності соціуму. Щодо становлення і розвитку молодої людини цей феномен розглядався як ефект та результат її продуктивної соціалізації, формування адекватної картини світу, позитивної самосвідомості та конструктивних патернів життєдіяльності.

Наукова рефлексія проблеми виконана на основі методології соціокультурної детермінації психологічного розвитку особистості та соціальних груп.

Наведено аналіз досліджень та підходів у галузі здоров'язбереження. Показано провідні тенденції деформації психосфери та молодіжної свідомості. Описано основні рівні ідентифікації соціокультурних викликів здоров'ю молодого покоління: культурний, історично-формаційний, соціально-політичний, політико-економічний, соціологічний, психологічний.

Наголошено на необхідності концептуального переходу від егоцентричної парадигми розуміння проблеми здоров'язбереження психологічного благополуччя загалом до культуроцентричної парадигми з опорою на життєво-діяльнісний план молодої людини як повноцінного суб'єкта життєдіяльності та життєздійснення.

Отримані результати стали важливою підставою для аналізу соціально-психологічних та організаційно-технологічних принципів та умов здоров'язбереження молоді та розробки комплексних заходів щодо його зміцнення та підтримки в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

2.3. Соціально-психологічні та організаційно-технологічні принципи та умови здоров'язбереження молоді в трансформаційному соціумі

Як показав попередній аналіз, молодь – це соціально-демографічна група, яка переживає період становлення соціальної зрілості, входження у світ дорослих та адаптацію до автономного самостійного життя. З одного боку, від цієї соціально-демографічної групи залежить майбутнє оновлення суспільства, з іншого, специфічні соціальні та психологічні риси зазначеної соціальної групи зумовлені віковими особливостями, процесом становлення світогляду, духовного світу, соціалізації, специфікою положення в соціальній структурі суспільства тощо [119; 175; 228; 256 та ін.].

Внаслідок вікових та соціально-психологічних особливостей молодь тяжіє до нових видів діяльності, порівняно легко опановує складні професії, відрізняється безкорисливістю та чуйністю, особливою емоційною сприйнятливістю, прагненням до ідеалу, максимального прояву сил та здібностей [191; 196; 207; 248].

Кордони молодіжного віку рухливі. Вони залежать від соціально-економічного розвитку суспільства, рівня добробуту та культури, умов життя людей. Вплив цих чинників реально проявляється в тривалості життя, розширенні меж молодіжного віку від 16 до 30 років. Нижній кордон визначається тим, що саме в цьому віці людина вперше отримує право вибору в соціальному плані: продовжити навчання у школі, вступити до технічного або гуманітарного коледжу чи працювати. До 30-ти років людина, як правило, досягає фізичної та професійної зрілості, завершується формування її сім'ї, вона займає певне положення в суспільстві.

Соціально-психологічний рівень розвитку молодої людини визначається, зокрема, інтелектуальним розвитком та психологічним здоров'ям, яке значною мірою залежить від підтримки здорового способу життя.

Підтримка здорового способу життя є важливою умовою вітальної, самозбережувальної поведінки молодої людини. Нажаль, останніми роками все частіше спостерігаються негативні тенденції зниження рівня здоров'я молоді. Не останню роль у цьому процесі відіграє недостатня увага до важливості дотримання принципів здорового життя в суспільстві.

Тим часом, підтримка здоров'я молодого покоління – першорядне завдання сучасності, яке потребує комплексного підходу до пошуку рішень із залученням фахівців різних наукових сфер. Проблеми підтримки здорового життя можна розглядати з позиції медицини, психології, валеології, соціальної роботи, з використанням різних визначень і класифікацій, що склалися у тих чи інших наукових підходах.

На процес здоров'язбереження молоді впливає цілий комплекс передумов, серед яких слід визначити: об'єктивні соціальні та суспільно-економічні умови життя суспільства; конкретні обставини життєдіяльності, у яких здійснюється сімейно-побутова та навчально-професійна діяльність молодої людини; індивідуально-типологічні, спадкові чинники; особистісно-

мотиваційні чинники, що визначаються світоглядом та культурою молодої людини та ступенем її орієнтації на здоров'я і здоровий спосіб життя.

Якщо за першими трьома позиціями ми маємо в наявності встановлені умови зовнішнього середовища, суспільства та обставин життя молодої людини, на які найчастіше немає можливості вплинути і суттєво змінити, то з останньою позицією цього переліку ситуація інша.

Саме особистісно-мотиваційні чинники більшою мірою впливають на систему дій та відносин, що опосередковують здоров'я, а зрештою – на тривалість життя кожної людини. Причому це стосується не тільки хронологічної тривалості життя, а й його якості, що багато в чому визначається рівнем здоров'я людини.

Відомо, що у визначенні поняття «здоровий спосіб життя» враховують два відправних чинника – генетичну природу людини та її відповідність конкретним умовам життєдіяльності.

З цих позицій здоровий спосіб життя є способом життєдіяльності, що відповідає генетично обумовленим типологічним особливостям молодої людини, конкретним умовам життя, і спрямований на формування, збереження та зміцнення здоров'я та на повноцінне виконання молодою людиною її соціально-біологічних функцій.

Нижче наведено принципи організації та змісту процесу здоров'язбереження молоді.

Принцип відповідальності за своє здоров'я. Згідно з цим принципом, тільки розумне ставлення до здоров'я дозволяє молодій людині на довгі роки зберегти бадьорість, високу працездатність, соціальну активність та досягти довголіття. Забезпечення здорового способу життя можливе лише за умови, що людина сама захоче бути здоровою. Необхідно, щоб людина у своїй поведінці постійно пам'ятала: міцне та надійне здоров'я є головною умовою втілення у життя її фізичних, психічних та розумових можливостей. Щоб бути здоровою або повернути здоров'я, потрібні значні зусилля, які не можна нічим замінити. Як правило, людина вдається до цих зусиль, якщо вона має життєво

важливу мету, мотивацію, яка у кожної молодої людини своя (соціальний успіх, любов, сім'я та ін.).

Принцип комплексності. Згідно з цим принципом, не можна зберігати здоров'я частинами. Здоров'я означає узгоджену дію всіх систем організму та особистості, а зміна в будь-якій з них обов'язково позначиться на здоров'ї молодої людини загалом.

Принцип індивідуалізації, який означає, що кожна людина унікальна як з точки зору біологічної (генотипічної), так і психологічної та соціальної. Тому у кожної молодої людини має бути своя програма здорового способу життя, в якій мають бути враховані певні особливості, а саме:

- генотипічні чинники (тип статури, особливості обміну речовин, характер вегетативної регуляції, біоритмологічні показники тощо);

- психологічні чинники (тип темпераменту, екстра- або інтравертованість, самопсихорегуляція та ін.);

- соціальні чинники (приналежність до конкретної соціальної групи та взаємовідносини молодої людини з оточуючими);

- сімейно-побутовий статус;

- рівень культури молодої людини, її життєві пріоритети (тут особливого значення набуває виховання культури здоров'я, здорових потреб та прищеплення навичок здорового способу життя).

Принцип розмірeності. Для тренування функціональних систем слід використовувати помірні навантаження. Під «помірними» розуміються такі, що викликають середній ступінь стомлення, наслідки якого не мають тривати понад 24-36 годин. Найменші навантаження (психічні, інтелектуальні, фізичні), як правило, сприяють зростанню резервів організму, а значні можуть призвести до перевтоми. Про помірність навантажень слід говорити з погляду організму в цілому, а не тільки системи, яка найбільш навантажується.

Принцип раціонального чергування навантаження та відпочинку. При цьому важливо так будувати своє життя, щоб подальший відпочинок повною мірою відповідав характеру виконаної перед цим роботи. Наприклад, після

великого обсягу виконаної інтелектуальної роботи має бути спеціально організована фізична праця (за ефектом «активного відпочинку» вона стимулює більш активне відновлення інтелектуального потенціалу). Таке розумне чергування дозволяє організму раціонально не тільки витрачати, а й відновлювати свій потенціал. Нехтування цим принципом призводить до накопичення в організмі наслідків невідновлення з розвитком перевтоми. Найчастіше це проявляється у різних формах порушень психічної діяльності (неврозах).

Принцип оптимальної організації життєдіяльності. За умови правильного планування своєї діяльності молода людина зможе в оптимальні для себе терміни і з відповідною інтенсивністю навантаження виконати всі необхідні справи відповідно до їх дійсних пріоритетів.

Принцип валеологічної самоосвіти. Здоров'язбереження та формування здорового способу життя має своєю кінцевою метою вдосконалення умов життя та життєдіяльності на основі валеологічного навчання та виховання, що включають вивчення організму та особистості, освоєння гігієнічних навичок, знання чинників ризику та вміння реалізувати на практиці весь комплекс засобів та методів забезпечення здорового способу життя.

Принцип «сьогодні і все життя», згідно з яким здоров'я не дається людині наперед, воно вимагає постійних і завзятих зусиль.

У зв'язку з цим формування мотивації та правильного розуміння здорового способу життя у молоді потребує зусиль. Оскільки ефект цих зусиль проєктується на майбутнє і не кожна молода людина може вирішити це завдання самостійно, необхідна націленість системи виховання та освіти на формування у молоді здорового способу життя. Основними психологічними аспектами формування у молоді здорового способу життя є мотивація та установки на здоров'я та здоровий спосіб життя.

Соціальне здоров'я молодої людини визначається ступенем її навчально-професійної самореалізації. Зокрема, професійне самовизначення соціального рівня характеризується потягом до співпраці, бажанням

дотримуватись норм, працьовитістю. Сенс життя на цьому рівні визначається прагненням до довірчих відносин, захищеності і відповідальності. Професійна діяльність характеризується прагненням до соціальної стабільності, що є наслідком життєвого та професійного вибору з уникненням фруструючих ситуацій та марної діяльності.

Про психологічне здоров'я на соціальному рівні життєдіяльності свідчить високий рівень гармонізації молодою людиною своїх взаємин із суспільством. У процесі гармонізації своїх взаємин із суспільством молода людина усвідомлює свої соціальні потреби, розширює засоби та способи їх реалізації. Саме тоді вона формує власну автономність, самодетермінацію, самоуправління, реалізує закладені природою здібності.

Психологічне здоров'я на екзистенційному (глибинному) рівні життєдіяльності передбачає орієнтацію молодої людини на свій глибинний внутрішній світ, формування довіри до внутрішнього досвіду, оновлених, духовних відносин із зовнішнім світом.

Екзистенційний рівень життєдіяльності також має свої критерії та показники здоров'я. Насамперед, до них можна віднести наявність сенсу життя, що визначає прагнення молодої людини до ідеалу, здійснення якого пов'язане, як правило, з боротьбою ідеалу та дійсності.

Екзистенційний ідеал визначається як мета людського існування. Екзистенційний ідеал покликаний визначати те, що є вічне і незмінне в людській природі, відтіняючи собою тимчасові цінності кінцевого буття. Він сприяє пошуку сенсу життя, пов'язаного з розв'язанням екзистенційних дихотомій (життя – смерть; свобода – відповідальність; сенс – безглуздість; самотність – любов; совість – закон), що, в свою чергу, активізує процес самопізнання молодої людини.

Присутність екзистенційних дихотомій, з одного боку, вказує на наявність глибинних внутрішніх конфліктів, що супроводжуються наростаючою тривогою і несвідомими страхами, але, з іншого боку, при їх позитивному вирішенні, − є можливість особистісного зростання, де

здійснення вибору та прийняття відповідальності за нього визначає спрямованість особистості в цілому.

Негативне вирішення дихотомій найчастіше пов'язане з явищем «спалення совісті», коли молода людина в своєму нестримному прагненні до споживання та задоволення обирає шлях зовнішнього благополуччя.

Отже, ще раз підкреслимо різницю між психічним та психологічним здоров'ям. Психічне здоров'я має відношення до окремих процесів та механізмів психіки: мислення, пам'яті, відчуття, сприйняття, емоцій, волі та ін. Психологічне здоров'я характеризує особистість в цілому, її ставлення до світу, себе, власного життя.

Психологічне здоров'я, як сукупність особистісних утворень, забезпечує успішне функціонування молодої людини в ускладнених умовах, зберігаючи свій соціально-особистісний статус, реалізуючи власний особистісний потенціал. Психологічно здорова молода людина успішно адаптується в суспільстві, стверджує власні ідеали, використовує конструктивні стратегії на своєму шляху до акме, як стану, що охоплює значний етап її життя і демонструє, наскільки вона відбулася як особистість, як громадянин, як професіонал в певній галузі діяльності.

Водночас, акме особистості відрізняється більшою чи меншою варіативністю та індивідуальністю. Головна проблема акмеології – не тільки хронологічна довжина повноцінної зрілості, як стан людини, здатний перетворити будь-який життєвий період у період розквіту, наповнений психологічним здоров'ям.

Говорячи про психологічне здоров'я та хвороби важливо відзначити, що психологічних захворювань немає – є психічні розлади, фізичні недуги. Психологічне здоров'я визначається тим, як людина ставиться до свого духовного, фізичного здоров'я та розвитку.

До чинників, несприятливих для психологічного здоров'я молоді, належать поширення куріння, алкоголізму, наркоманії та токсикоманії. Слід особливо зазначити, що на вживання психоактивних речовин впливають

багато чинників, провідними з яких є соціальні та психологічні (цікавість, завоювання популярності, полегшення контактів, прагнення до наслідування, конфлікти, страх перед життєвими труднощами тощо). Вживання наркотиків завдає суттєвої шкоди суспільству та особистості, а одним із наслідків наркоманії є фізична та соціальна деградація молоді − найактивнішої частини населення, а чинником, що багато в чому визначає спосіб і стиль життя молодих людей, стає криміналізація та комерціалізація їхнього дозвілля.

Молода людина має стати суб'єктом власного здоров'я; від її волі залежить те, які вона створюватиме технології та як використовуватиме техніки продукування власного здоров'я.

Зважаючи на вищезазначене важливим є визначення соціально-психологічних та організаційно-технологічних принципів і умов формування у молоді мотивації до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

На думку сучасних дослідників залучення молодої людини до здорового способу життя слід починати з формування в неї мотивації здоров'я.

Формування мотивації має базуватися на двох важливих принципах – віковому та діяльнісному.

Перший принцип свідчить про те, що формування мотивації потрібно розпочинати з раннього дитинства.

Другий принцип стверджує, що мотив здоров'я слід створювати через оздоровчу складову стосовно себе, тобто формувати нові якості шляхом вправ.

Стиль здоров'язбереження визначається різними мотивами, провідними з яких є:

- мотивація самозбереження (сутність мотиву зводиться до того, що молода людина не здійснює будь-яких дій, якщо вони загрожують її здоров'ю та життю);

- мотивація підпорядкування етнокультурним вимогам (молода людина підпорядковується етнокультурним вимогам оскільки хоче бути рівноправним членом суспільства та жити з його членами в гармонії);

- мотивація отримання задоволення від здоров'я (відчуття здоров'я приносить молодій людині радість, тому вона робитиме все, щоб бути завжди в бадьорому стані та гармонійному настрої);

- мотивація можливості самовдосконалення (у здорової людини фізичні, психічні, інтелектуальні можливості набагато більші, ніж у нездорової);

- мотивація можливості маневрувати (здорова людина може змінювати професії, переміщатися з однієї кліматичної зони в іншу, вона почувається вільною, незалежно від зовнішніх умов);

- мотивація можливості сексуальної реалізації (сексуальна потенція чоловіка та жінки перебуває в прямій залежності від здоров'я, так само, як і можливість народження фізіологічно повноцінного потомства);

- мотивація досягнення максимально можливої комфортності (молода людина почувається максимально комфортно, розкуто, якщо відсутній будь-який фізичний чи психічний дискомфорт).

Вище ми відзначали особливе місце системи освіти в збереженні та покращенні здоров'я молоді.

Наразі в державному управлінні сфера здоров'язбереження молоді розглянута в національних проєктах, робота яких ведеться в галузі освіти, науки, профілактики та охорони здоров'я, пропаганди здорового способу життя, покращення морально-психологічного стану, фізичної культури та спорту, а також сприяння духовному розвитку особистості.

В останні десятиліття значно розширилася проблематика вивчення можливостей застосування засобів фізичної культури в оздоровчих цілях.

Водночас, не можна не констатувати той факт, що молодь має надзвичайно низький рівень знань як про фізичну культуру взагалі, так і здоровий спосіб життя зокрема. Тим часом, в умовах функціонування і розвитку постіндустріального та інформаційного суспільства необхідно формувати дбайливе ставлення до невідновних ресурсів здоров'я з позицій багатофакторності вибору.

Формування готовності молоді до здоров'язбереження можливе за таких організаційно-психологічних умов:

- всебічне використання морального потенціалу фізичної культури та спорту, як засобів формування культури здоров'я особистості;

- єдність формування знань, умінь і навичок, переконань, ціннісних орієнтацій;

- збереження індивідуальних пріоритетів у створенні для кожного власної здоров'язберігаючої траєкторії, профілактики, зміцнення здоров'я.

Зміст здоров'язбереження молоді відбиває результат поширення індивідуального чи групового стилю поведінки, спілкування, організації життєдіяльності, закріплених як зразків, до традиційного рівня.

Основними елементами здоров'язбереження виступають:

- дотримання режиму праці та відпочинку, харчування і сну, гігієнічних вимог;

- організація індивідуального доцільного режиму рухової активності;

- відмова від шкідливих звичок;

- культура міжособистісного спілкування та поведінки в колективі;

- змістовне дозвілля, що надає розвивальний вплив на особистість.

Таким чином, можна зробити висновок, що здоров'я багато в чому залежить від способу життя.

В сфері інноваційної діяльності в галузі фізичної культури та спорту необхідно приділяти велику увагу пошуку нових організаційних форм фізкультурно-оздоровчої роботи з молоддю в рамках навчального процесу та поза навчальний час. Відповідно до сучасних підходів, основним завданням фізкультурно-оздоровчої роботи у навчальному закладі є формування у молоді потреби до занять фізичною культурою та до ведення здорового способу життя. Це сприяє підвищенню у молоді функціонального стану, розвитку фізичних якостей, формуванню рухових умінь та навичок. Фізкультурно-оздоровча робота допомагає емоційному, інтелектуальному, духовно-

моральному та естетичному розвитку особистості, формуванню її творчих здібностей загалом [33; 34; 115].

Виявлено та обґрунтовано комплекс соціально-психологічних умов, спрямований на ефективний розвиток досвіду самопізнання молоді як основи її здоров'язбереження, який включає:

- усвідомлення молодою людиною особливостей свого організму та його адаптивних здібностей до умов регіону;

- розуміння молодою людиною взаємозв'язку свого організму з чинниками життєвого середовища;

- сформованість у молоді умінь самопізнання для вибору та застосування у повсякденному житті раціональних методів, спрямованих на підвищення захисних властивостей організму.

Запровадження першої умови зумовлено тим, що розвиток досвіду самопізнання неможливий без знань молодою людиною про себе та особливості свого організму.

При цьому усвідомлення молоддю особливостей організму пов'язане не тільки з накопиченням певної інформації про себе і про можливості свого організму, але й з переробкою та засвоєнням інформації, розумінням її сутності, систематизацією, поясненням особливостей регіону та механізмів адаптації, аналізом та оцінкою адаптивних реакцій.

До відмінних особливостей функціонування організму вчені відносять його індивідуальні, статеві, морфофункціональні, адаптивні властивості. Адаптивні реакції молодої людини розглядаються як притаманний їй комплекс морфофізіологічних, інформаційних і поведінкових особливостей, що виявляються у відповідь на вплив чинників природного та життєвого середовища. Тому сам факт появи адаптаційних реакцій молодої людини свідчить про вплив на даний момент часу певних чинників середовища конкретного регіону.

Усвідомлення молодою людиною своїх можливостей призводить до розуміння нею шляхів посилення або зниження цього впливу і виступає для

неї об’єктивними показниками адаптації до певних регіональних умов та здоров’язбереження загалом.

Регуляторами адаптації виступають потреби, мотиви, воля, здібності, існуючий досвід здоров’язбереження, а адаптація пов’язана з функціонуванням механізмів захисту, появою нових знань, умінь і звичок.

Вибір другої умови (розуміння молодою людиною взаємозв’язку свого організму з чинниками життєвого середовища) визначався необхідністю осмислення взаємного зв’язку організму та зовнішнього середовища.

В енциклопедичному словнику довкілля трактується як сукупність абіотичних і біотичних умов, чинників середовища, в яких перебуває людський організм.

Під чинником середовища розуміється будь-яка умова середовища, рушійна сила процесів, на які молода людина реагує пристосувальними (адаптивними) реакціями.

Розуміння взаємозв’язку свого організму з чинниками життєвого середовища розцінюється як процес включення додаткових знань про взаємний вплив організму та його життєвого середовища у колишній досвід самопізнання молодої людини.

В результаті цього процесу молода людина розуміє, що для її здоров’язбереження необхідне нормальне функціонування організму, можливе тільки в такому життєвому середовищі, чинники якого не надають вираженого негативного впливу на її організм.

Крім того, процес, що розглядається, дозволяє молодій людині встановлювати причинно-наслідкові зв’язки, осягати на цій основі сутність, зміст і значення впливу певного середовища на свій організм.

У процесі розуміння молода людина вчиться вибудовувати ланцюг явищ, що випливають з певних обставин, які виникають при впливі чинника середовища, опановує додаткові вміння урахування сили цього впливу, моделювання у своїй свідомості його результату та оцінки його значення для свого організму.

Це призводить до того, що молода людина розуміє шляхи усунення контакту з негативним чинником середовища або зниження його впливу по відношенню до себе.

Вибір третьої соціально-психологічної умови − сформованості у молодої людини умінь самопізнання для вибору та застосування у повсякденному житті раціональних методів, спрямованих на підвищення захисних властивостей організму. Необхідність її введення пов'язана з тим, що тільки реалізація практики придбаних знань, спрямованих на пізнання себе і власного організму, може спричинити зміну у поведінці та життєдіяльності.

Набуті раніше знання є лише основою для появи нових умінь самопізнання, самоспостереження, самоаналізу, самопояснення, самооцінки, порівняння себе з іншими, самоприйняття, самовипробування, самоконтролю, самокорекції, саморегуляції.

Порівнюючи власні дії з вибору способів зміцнення здоров'я зі зразками дій, що пропонуються, або з раніше існуючими діями в досвіді, молоді люди вносять поправки у власну поведінку та спосіб життя.

Накопичуючи і виробляючи вміння самопізнання, молоді люди починають доцільно і усвідомлено застосовувати ті методи, які дають більший ефект у підвищенні захисних властивостей організму в конкретній ситуації. Такі методи є раціональними. Регулярне застосування раціональних методів, спрямованих на підвищення захисних властивостей організму, сприяє в результаті збереженню і зміцненню здоров'я молоді.

Розглянуті методи включають зміну стилю і способу життя, оптимальне поєднання режиму різних видів діяльності і відпочинку, раціональне харчування, оптимізацію рухової активності, регулярні заняття фізичною культурою, загартовування, дотримання правил особистої гігієни, регулярне спостереження за зміною здоров'я.

Наведені соціально-психологічні умови становлять єдиний комплекс. З одного боку, вони є відносно самостійними, а з іншого, − взаємопов'язаними і комплементарними. Відсутність однієї з них суттєво позначається на

ефективності розглянутого процесу розвитку у молоді досвіду самопізнання як основи її здоров'язбереження.

Отже, зміст здоров'язбереження молоді відбиває результат поширення індивідуального/групового стилю поведінки, спілкування, організації життєдіяльності. Здоров'язбереження багато в чому залежить й від ціннісних орієнтацій молоді, світогляду, соціального та морального досвіду.

2.3. Структурно-функціональна модель формування готовності молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціуму

Аналіз генези поглядів на здоров'язбереження молоді надає нам чіткі уявлення про те, що цей процес носить міждисциплінарний характер та включає досягнення багатьох галузей наукового знання (медицини, психології, педагогіки та ін.).

Так, проведений аналіз показав, що формування здорового способу життя має здійснюватися в межах всебічної взаємодії учасників освітнього процесу. Така взаємодія будується з урахуванням індивідуальних, вікових особливостей, на основі дотримання як загальнопедагогічних принципів, так і приватних принципів, що забезпечують ефективність формування здорового способу життя. При цьому основною перешкодою успішного формування здорової особистості є невідповідність змісту навчання та виховання тим соціальним вимогам, які пред'являються до особистості молодої людини.

Слід наголосити на необхідності побудови освітнього процесу на основі природного прагнення кожної молодої людини до розвитку та звернути увагу на внутрішній світ молодої людини, на ті процеси, які відбуваються під час навчання, на те, як вона працює, що переживає, які труднощі долає на шляху власного розвитку. При цьому мета виховання полягає не в забезпеченні відповідності особистості заздалегідь заданим нормам, а всебічне вивчення та

визначення її прагнення до розвитку. Важливими є спадкові властивості та сили особистості.

Було доведено особливе значення фізичного виховання в процесі формування здоров'язбереження молоді, що виступає найважливішим засобом всебічного розвитку особистості, і яке тісно пов'язане з розумовим, моральним та естетичним вихованням, що відображає квінтесенцію поняття здоровий спосіб життя. Підтверджується інтегративна взаємопов'язаність фізичної, розумової, моральної та естетичної складових здорової гармонійно розвинутої особистості. Завдання виховання та освіти у цьому зв'язку є загальними − сприяти більшій усвідомленості в діях молодих людей та стійкості їх переконань щодо цінності здоров'я та здоров'язбереження. Таким чином, слід підкреслити соціальну значущість формування здорового способу життя тв здоров'язбереження загалом.

Молода людина, готуючись увійти в доросле життя, наслідує зразки поведінки дорослих. Від того наскільки така поведінка адекватно її уявленням про здоровий спосіб життя, настільки вона прагне повторювати подібні дії. Створення ситуацій відповідно до здорової життєдіяльності вирішує проблему формування здорового образу життя.

Стверджуючи значущість здоров'язбереження, основним завданням його формування слід вважати розвиток стійкої мотивації молоді для ведення здорового способу життя.

Наявність такої мотивації можлива за умови глибокого теоретичного підготування з питань збереження та зміцнення власного здоров'я.

Формування здорового способу життя засобами виховання має скеровуватися, зрештою, на гармонійний розвиток форм і функцій організму молодої людини, всебічну досконаліть її фізичних здібностей, зміцнення здоров'я, забезпечення творчого довголіття, виховання моральних, вольових і естетичних якостей особистості, сприяння розвитку інтелектуальних здібностей.

У питаннях, що стосуються формування здорової особистості, особливе місце слід відвести особистому прикладу дорослих людей, які в повсякденному житті оточують молодь. Коли молода людина бачить відчутну користь від здорового способу життя, тоді вона прагне відтворити цей досвід. Тому треба показати їй такі приклади. У свою чергу, сучасні уявлення про здоров'язбереження та здоровий спосіб життя детерміновані наявністю великої кількості визначень поняття здоров'я, що включає три компоненти − фізіологічний, психологічний і соціальний.

При цьому здоров'я розглядається як цілісний динамічний стан у процесі реалізації генетичного потенціалу в умовах конкретного соціального та економічного середовища, що дозволяє молодій людині різною мірою здійснювати її біологічні та соціальні функції.

Отже, здоровий спосіб життя є інтегративною якістю в структурі особистості молодої людини, що представляє сукупність теоретичних знань і форм поведінки, які сприяють виконанню навчальних, суспільних і побутових функцій в оптимальних для здоров'я умовах, і виражає орієнтованість молодої людини на те, щоб формувати, зберігати і зміцнювати власне здоров'я.

Якісне вирішення проблеми здоров'язбереження молоді можна досягти за умови використання соціально-психологічних технологій. Це обумовлено тим, що технологічний підхід ставить за мету так побудувати процес виховання та навчання, щоб було гарантовано досягнення поставленої мети – здоров'язбереження молоді.

Таким чином, соціально-психологічна технологія здоров'язбереження молоді − це послідовна цілеспрямована система взаємодії суб'єктів освітнього процесу, що включає науково обґрунтовану сукупність форм, методів і способів діяльності, спрямована на створення умов для збереження та зміцнення здоров'я, прилучення до здорового способу життя [171; 177 та ін.].

Сенс технологічного підходу до здоров'язбереження молоді полягає у побудові навчально-виховного процесу, гарантоване досягнення поставленої мети. Ефективність позитивного спрямованого на здоров'язбереження молоді

впливу різних оздоровчих заходів, що складають соціально-психологічну технологію, визначається не лише якістю кожного з цих прийомів і методів, а й їх грамотною вбудованістю в загальну систему, спрямовану на формування готовності молоді до здоров'язбереження.

Хаотичний набір методів, що мають те чи інше відношення до заявленої мети, не становить жодної технології.

Концептуалізація проблеми здоров'язбереження молоді як інтегративної якості особистості, дозволила розробити концептуальну соціально-психологічну модель формування її готовності до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Модель являє собою відображення системи особистісних характеристик молодої людини (вікових, гендерних, психологічних, психосоматичних), в якій інтегровані ціннісне ставлення, теоретичні знання (про компоненти і чинники, що впливають на здоров'я, значення рухової активності і раціонального харчування, способи профілактики захворюваності тощо) і практичні уміння (раціональна організація праці та відпочинку, загартовування та фізичний розвиток організму, толерантна взаємодія в соціумі, аутотренінг тощо) ведення здорового способу життя та здоров'язбереження.

У цій концептуальній моделі відзначається взаємозв'язок таких компонентів: мотиваційно-ціннісного, інтелектуального та діяльнісного.

Мотиваційно-ціннісний компонент готовності молоді до здоров'язбереження проявляється в усвідомленій спрямованості особистості на збереження та зміцнення власного здоров'я і має такі критеріальні показники: усвідомлення цінності здоров'я, наявність стійкої мотивації до ведення здорового способу життя, прийняття здорового способу життя як умови успішної, творчої життєдіяльності, що сприяє гармонійному розвитку особистості.

Інтелектуальний компонент готовності до здоров'язбереження зводиться до оволодіння сукупністю теоретичних знань у сфері здорового

способу життя. Критеріальними показниками є наявність достатніх теоретичних знань і умінь до ведення здорового способу життя, можливість реалізації здоров'язберігаючого потенціалу навчальних дисциплін, наявність пізнавальної активності в освоєнні способів збереження та зміцнення власного здоров'я.

Діяльнісний компонент готовності до здоров'язбереження зводиться до реалізації молоддю індивідуальної стратегії ведення здорового способу життя. Його критеріями є: ступінь сформованості умінь молодої людини зберігати і зміцнювати власне здоров'я; адекватно оцінювати рівень стану та ступінь функціонування всіх систем організму; систематично проводити профілактичні та оздоровчі процедури; ефективно планувати режим дня; протистояти впливу на здоров'я негативних чинників.

Загальна готовність молоді до до здоров'язбереження передбачає сформованість усіх її складових компонентів.

Ступінь сформованості визначається рівнями готовності: низьким, середнім та високим.

Узагальнена модель процесу розвитку соціальної відповідальності особистості в умовах трансформаційного соціуму наведено на рис. 2.1.

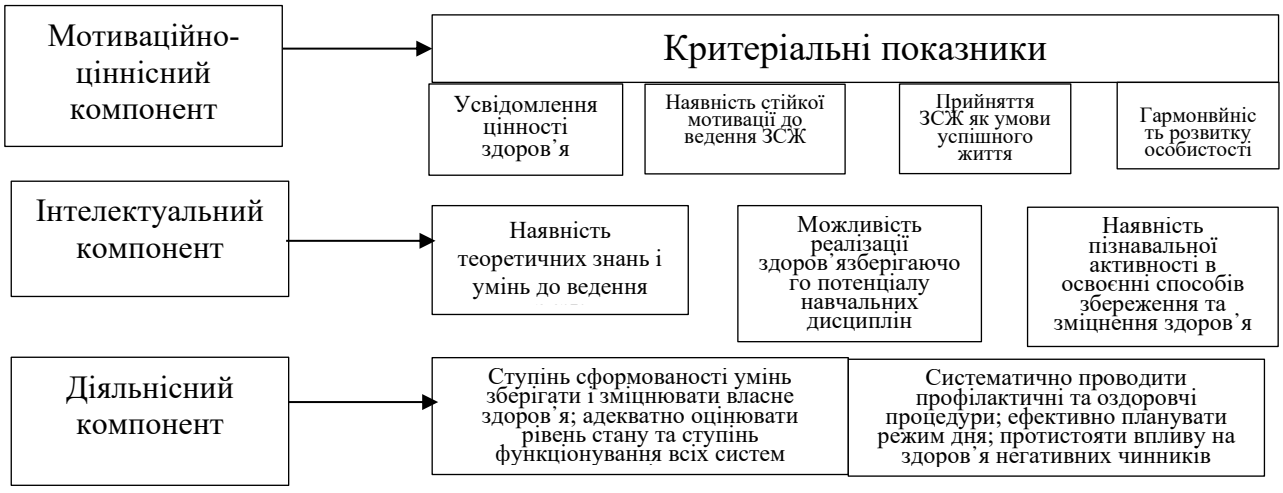

Рис. 2.1. Соціально-психологічна модель формування готовності молоді до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму

Обґрунтовано використання соціально-психологічних технологій здоров'язбереження молоді на різних етапах її професіоналізації та необхідність підготовки фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження.

Отже, для ефективного забезпечення здоров'язбереження молоді має здійснюватися урахування особистісних характеристик молодої людини, які інтегрують ціннісне ставлення до здоров'я, теоретичні знання та практичні навички здорового способу життя; а в основі формування готовності молоді до здоров'язбереження буде лежати така концептуальна соціально-психологічна модель, яка орієнтує освітній процес на ведення здорового способу життя в межах комплексного підходу в розгляді здоров'я та здорового способу життя в цілому.

Висновки до розділу

У розділі проблему здоров'язбереження молоді артикульовано у векторах інституційної та ментальної цілісності соціуму; розкрито соціально-психологічні та організаційно-технологічні принципи та умови здоров'язбереження молоді в трансформаційному соціумі; запропоновано соціально-психологічну модель формування готовності молоді до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Проведено аналіз соціокультурних деформацій, які негативно позначаються на соціальному та психологічному статусі сучасної молоді та впливають на її здоров'язбереження в цілому. Показано, що у парадигмі становлення і розвитку молодої людини феномен здоров'язбереження слід розглядати як ефект та результат її продуктивної соціалізації, формування адекватної картини світу, позитивної самосвідомості та конструктивних патернів життєдіяльності, а наукова рефлексія проблеми має здійснюватися на основі методології соціокультурної детермінації соціально-психологічного розвитку особистості та соціальних груп.

Описано основні рівні ідентифікації соціокультурних викликів здоров'язбереженню молоді: культурний, історично-формаційний, соціально-політичний, соціально-економічний, соціально-психологічний, соціологічний. Показано, що в соціально-психологічному дискурсі процес здоров'язбереження молоді залежить від стану психосфери, від домінуючих у суспільстві відносин. Зазначено, що для здоров'язбереження молоді та її гармонійного розвитку необхідна ціннісно-смислова нормативна реконструкція соціокультурного та освітнього простору функціонування молоді як гарантія її національної та соціокультурної ідентичності, а для суспільства та країни – як гарантія успішного майбутнього. Адже якщо суспільство усвідомлює і приймає свій ціннісний імпульс, визначає систему необхідних смислових координат, то й для становлення здорової, життєздатної молоді буде побудована адекватна система заходів та дій щодо організації

відповідних умов розвитку та зростання. Провідна роль у цьому відводиться системі освіти. Для молоді сучасний заклад освіти має стати сферою продуктивної самореалізації, в якій кожному надаються рівні можливості та умови сформувати свій професійний, культурний, громадянський образ, вибудувати своє майбутнє. При цьому саме вища школа потребує суттєвого посилення своєї соціалізаційної функції відповідно до сучасних викликів трансформаційного соціуму, зокрема в умовах розвитку нових форм і практик формування свідомості, в тому числі на базі новітніх гуманітарних та комунікативно-інформаційних технологій.

Констатовано, що у вирішенні проблеми здоров'язбереження молоді є певні труднощі. Так, наявні освітні програми в галузі здоров'язбереження найчастіше орієнтовані на навчання здоровому способу життя за відсутності усвідомленого бажання молодої людини бути здоровою, що є малоефективним. Тому, необхідними вбачаються методики формування мотивації та готовності молоді до здоров'язбереження і зміцнення здоров'я. У зв'язку з цим завдання створення та впровадження соціально-психологічних технологій, методів, методик формування мотивації до здоров'язбереження у молоді є актуальним та практично значущим, а розробка таких засобів потребує, зокрема, вивчення процесу формування мотивації, її структури, чинників, що впливають на її побудову.

Розкрито соціально-психологічні та організаційно-технологічні принципи та умови здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Серед провідних принципів організації та змісту здоров'язбереження молоді визначено принципи відповідальності за своє здоров'я, комплексності, оптимальної організації життєдіяльності, валеологічної самоосвіти, а також принцип «сьогодні і все життя», згідно з якими здоров'я не дається наперед, а вимагає усвідомлених, постійних і завзятих зусиль.

Виявлено та обґрунтовано комплекс соціально-психологічних умов, спрямований на ефективний розвиток досвіду самопізнання молоді як основи

її здоров'язбереження, який включає усвідомлення особливостей свого організму та його адаптивних реакцій, зокрема до умов регіону; розуміння взаємозв'язку свого організму з чинниками життєвого середовища; сформованість у молоді умінь самопізнання для вибору та застосування у повсякденному житті раціональних методів, спрямованих на підвищення захисних можливостей організму. Наведені соціально-психологічні умови становлять єдиний комплекс. З одного боку, вони є відносно самостійними, а з іншого, − взаємопов'язаними і комплементарними. Відсутність однієї з них суттєво позначається на ефективності розглянутого процесу розвитку у молоді досвіду самопізнання, як основи її здоров'язбереження.

Концептуалізація проблеми здоров'язбереження молоді дозволила запропонувати соціально-психологічну модель формування її готовності до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Зазначено, що ця модель є відображенням системи особистісних характеристик молодої людини (вікових, гендерних, психологічних, психосоматичних), в якій інтегровані ціннісне ставлення, теоретичні знання (про компоненти і чинники, що впливають на здоров'я, способи профілактики захворюваності тощо) і практичні вміння (раціональна організація праці та відпочинку, загартовування та фізичний розвиток організму, толерантна взаємодія в соціумі тощо) щодо здоров'язбереження і ведення здорового способу життя загалом.

Показано, що в цій моделі відзначається взаємозв'язок мотиваційно-ціннісного, інтелектуального та діяльнісного компонентів, а загальна готовність молоді до здоров'язбереження передбачає сформованість всіх зазначених компонентів, ступінь сформованості яких визначається рівнями готовності (низьким, середнім, високим).

Наголошено на важливості концептуального переходу від егоцентричної парадигми розуміння проблеми здоров'язбереження молоді та її психологічного благополуччя загалом до культуроцентричної парадигми з

опорою на життєво-діяльнісний план молодої людини як повноцінного суб'єкта життєдіяльності та життєздійснення.

Отримані результати стали важливою підставою для аналізу соціально-психологічної специфіки процесу здоров'язбереження молоді та розробки комплексних заходів щодо його зміцнення та підтримки в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [3; 4; 5; 6; 51; 52; 53; 54; 59; 61; 96; 144; 150; 161; 189; 199; 205; 225].

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ

3.1. Аналіз структурної організації системи здоров'язбереження молоді: соціально-економічні, демографічні та регіональні позиції

На *першому етапі* емпіричного дослідження було проведено аналіз структурної організації системи здоров'язбереження молоді в аспекті соціально-економічних, демографічних та регіональних особливостей (в розрізі адміністративних територій та географічних зон (низинної, передгірської та гірської) Закарпатської області).

Передусім слід зазначити, що в нашій країні триває комплексна реформа охорони здоров'я [102; 116]. На цьому етапі проводиться робота з реформування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги з фінансуванням визначених медичних послуг за єдиними для країни тарифами [122; 137].

Матеріалами дослідження стали дані державної та галузевої статистичної звітності. Методами дослідження виступили статистичний та структурно-логічний аналіз, а також анкетування.

Закарпатська область, яка займає територію площею 12,8 тис км², із яких майже 80% займають гори. Вона розташована на крайньому заході країни та має кордони із такими країнами як Польща (протяжність 33,4 км), Словаччина (98,5 км), Угорщина (130,0 км), Румунія (205,4 км) та Львівською і Івано-Франківською областями. На території області 13 адміністративних

територій, 5 міст обласного значення, 11 міських, 19 селищних та 293 сільських рад.

Водний режим області формує річка Тиса, протяжність якої по Україні становить 262 км, а її наповненість залежить від природно-кліматичних умов і тісно пов'язана зі станом Карпатських лісів. На території області існують такі природоохороні об'єкти як Карпатський біосферний заповідник та такі національні природні парки: Зачарований край, Ужанський і Синевир.

При цьому Закарпатська область є курортним регіоном європейського рівня з наявністю мінеральної та термальної води, унікальної за своїм хімічним складом. Розвитку туризму європейського рівня сприяє як наявність умов для рекреації, так і наявність 1837 пам'яток історії, культури та архітектури.

У векторі характеристики області, важливої для системи здоров'язбереження, є представлення даних про населення та щільність його розселення.

Отримані дані наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Інформація про соціально-демографічні показники

Показники	2001	2014	2024
Міське, %	37,3	37,2	37,1
Сільське, %	62,7	62,8	62,9
Чоловіки, %	48,2	47,9	36,8
Жінки, %	51,8	52,1	63,2
Середня очікувана тривалість життя, роки	69,00	70,95	70,99
Середній вік, роки	34,8	36,4	37,3
Щільність розселення, осіб на 1 км²			98,5

За роки дослідження кількість постійного населення в області практично не змінилася. 37,1% проживає в містах та 62,9% в сільській місцевості. За

вказаний період значних змін набула статева структура населення області. Частка чоловіків в структурі населення скоротилася із 48,2% до 36,8% і відповідно частка жінок збільшилася з 51,8% до 63,2%. Таким чином частка жінок в статевій структурі населення області в 1,72 рази більша, ніж частка чоловіків.

Середня очікувана тривалість життя при народженні в області має тенденцію до зростання, в тому числі 66,77 років у чоловіків та 75,22 років у жінок. Також зростає середній вік населення, яке проживає в області. За роки дослідження середній вік населення області зріс на 2,5 роки.

Для досягнення мети першого етапу емпіричного дослідження була вивчена та проаналізована демографічна ситуація в області.

Отримані результати наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Демографічна ситуація на 1000 населення

Показники	**2001**	**2014**	**2024**
Кількість народжень	11,5	14,7	11,0
- у містах	10,6	14,5	10,6
- в сільській місцевості	12,0	14,8	11,3
Кількість смертей	11,1	12,0	12,2
- у містах	10,8	11,6	12,2
- в сільській місцевості	11,2	12,2	12,2
Природній приріст, скорочення (-) населення	0,4	2,7	-1,2
- у містах	-0,2	2,9	-1,6
- в сільській місцевості	0,8	2,6	-0,9

Як видно з табл. 3.2, сумарний коефіцієнт народжуваності склав 1,504 з розрахунку на одну жінку репродуктивного віку області. Із числа народжених дітей, в тому числі 31,8% в містах та 18,6%, народжені жінками, які не

перебували у зареєстрованому шлюбі; більше народжувалося хлопчиків, ніж дівчат.

На відміну від динаміки показників народжуваності за період дослідження показники смертності населення області мали тенденцію до зростання з рівнем 12,2 на 1000 наявного населення. При цьому за всі роки дослідження вказаний показник в сільській місцевості був вищим, ніж в містах.

Показники народжуваності та смертності населення в області зумовили показники його природного руху. Якщо в попередніх роках в області реєструвався природній приріст населення, то пізніше зареєстровано скорочення населення на 1,2 на 1000 наявного населення. При цьому природній убуток населення зареєстровано як в містах, так і в сільській місцевості. В містах він був у 1,78 разу вищим, ніж в сільській місцевості.

Аналізуючи структуру причин смертності населення необхідно відзначити, що основними причинами є хвороби за такими класами: хвороби системи кровообігу, новоутворення, зовнішні причини смерті, хвороби органів травлення, хвороби органів дихання, деякі інфекційні та паразитарні хвороби. При цьому за всі роки дослідження перше місце в причинах смертності населення займали хвороби системи кровообігу зі збільшенням їх рівня в структурі причин смертності з 58,62% до 61,69%. Друге місце займали новоутворення зі статистично незначущими коливаннями за роки дослідження з рівнем 12,36%.

Було проведено аналіз соціально-економічних чинників. В ході дослідження встановлено, що середньомісячна кількість економічно активного населення становила 558,2 тис. осіб, з яких 503,7 тис. були зайняті економічною діяльністю, а решта (54,5 тис.) – безробітні, тобто особи, які не мали роботи, але активно її шукали як самостійно, так і за допомогою державної служби зайнятості.

Рівень зайнятості населення становив 54,7%, а в працездатному віці – 61,6%. Рівень безробіття серед економічно активного населення становив 9,8%, працездатного віку – 10,1% (по Україні – 8,6% і 9,0% відповідно).

Кількість зареєстрованих безробітних (за даними Закарпатського обласного центру зайнятості) становила 4,6 тис. осіб. Допомогу по безробіттю отримували 81,5% осіб, які мали статус безробітного на кінець місяця. Із загальної кількості безробітних 64,8% складали жінки. Спостерігалося збільшення обсягів зареєстрованого безробіття в більшості районів області, крім Великоберезнянського, Іршавського, Міжгірського, Перечинського районів та м. Ужгород.

Вартість послуг у сфері охорони здоров'я зросли на 17,3%, у першу чергу через подорожчання на 20,3% амбулаторних послуг.

Слід зазначити, що значну роль в збереженні здоров'я відіграє ефективна діяльність служби екстреної медичної допомоги. Організаційно-правові засади забезпечення екстреною медичною допомогою визначені Законом України «Про екстрену медичну допомогу». За визначенням цього Закону, екстреною є медична допомога, що полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Крім того, метою реформи охорони здоров'я є зниження смертності і набуття інвалідності населенням в результаті впливу невідкладних станів та зміцнення впевненості громадян України в спроможності держави забезпечити доступну, своєчасну та якісну медичну допомогу у разі раптового погіршення здоров'я через хворобу чи травмування.

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України екстрена медична допомога визнана такою, що надання її в повному обсязі гарантується за рахунок державних коштів, що і визначено Порядком

реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

В ході дослідження встановлено, що мережа закладів екстреної медичної допомоги складається із Закарпатського обласного центру екстреної медичної допомоги (ЗТЦЕМД) та 14 станцій екстреної медичної допомоги (СЕМД), які входять до його складу і функціонують на території кожної адміністративної території.

Динаміка кількості штатних посад фахівців екстреної медичної допомоги в розрізі адміністративних територій за період дослідження наведено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Характеристика комплектації фахівців в розрізі адміністративних територій

Адміністративна територія	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2018 до 2024**
ЗТЦЕМД	157,25	177,75	177,75	180,75	180,75	+23,5
Берегівська СЕМД	5,5	5,5	5,5	5,50	5,50	-
Великоберезнянська СЕМД	4,5	4,5	4,5	4,50	4,50	-
Виноградівська СЕМД	5,5	5,5	5,5	5,50	5,50	-
Воловецька СЕМД	4,5	5,5	5,5	5,50	5,50	+1,0
Іршавська СЕМД	5,0	5,5	5,5	5,50	5,50	+0,5
Міжгірська СЕМД	4,5	5,5	5,5	5,50	5,50	+1,0
Мукачівська СЕМД	36,25	37,00	37,00	37,00	37,00	+0,75
Перечинська СЕМД	3,5	5,5	5,5	5,50	5,50	+2,0
Рахівська СЕМД	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	-
Свалявська СЕМД	5,5	5,5	5,5	5,50	5,50	-
Тячівська СЕМД	5,5	5,5	5,5	5,50	5,50	-

Продовж. табл. 3.3

СЕМД Ужгородського району	18,50	18,50	18,50	18,50	18,50	-
Хустська СЕМД	10,0	10,0	10,0	11,00	11,00	+1,0
Ужгородська СЕМД	43,5	43,5	43,5	45,50	45,50	+2,0
Адміністративно-управлінський персонал	-	15,25	15,25	15,25	15,25	+15,25

За період дослідження кількість штатних посад фахівців служби екстреної медичної допомоги збільшилася на 23,5 посад (14,94%), в тому числі за рахунок збільшення посад адміністративно-управлінського персоналу на 15,25 одиниць, що склало 64,89 % від загальної кількості збільшення.

Необхідно зазначити, що в адміністративних територіях з найменшою кількістю штатних посад фахівців екстреної медичної допомоги забезпечується цілодобова робота бригади екстреної медичної допомоги.

Далі вивчалося питання укомплектованості штатних посад фахівців екстреної медичної допомоги Закарпатської області фізичними особами в розрізі адміністративних територій.

Отримані результати наведено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Рівень укомплектованості штатних посад фахівців фізичними особами в розрізі адміністративних територій, (%)

Адміністративна територія	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018-2024**
ЗТЦЕМД	93,48	88,33	83,45	87,41	85,20
Берегівська СЕМД	90,91	72,73	72,73	72,73	72,73
Великоберезнянська СЕМД	88,89	88,89	88,89	88,89	88,89
Виноградівська СЕМД	109,09	90,91	90,91	90,91	72,73

Продовж. табл. 3.4

Воловецька СЕМД	88,89	90,91	90,91	72,73	72,73
Іршавська СЕМД	100,0	72,73	90,91	72,73	72,73
Міжгірська СЕМД	88,89	72,73	72,73	72,73	72,73
Мукачівська СЕМД	99,39	100,0	97,30	97,30	97,30
Перечинська СЕМД	85,71	72,73	72,73	90,91	90,91
Рахівська СЕМД	80,00	100,0	100,0	100,00	100,0
Свалявська СЕМД	90,91	72,73	72,73	90,91	54,55
Тячівська СЕМД	109,09	90,91	90,91	90,91	90,91
СЕМД Ужгородського району	81,08	81,08	81,08	75,68	70,27
Хустська СЕМД	110,0	110,0	100,0	90,91	90,91
Ужгородська СЕМД	89,00	87,36	94,25	94,51	92,31
Адміністративно-управлінський персонал	-	78,69	78,69	65,57	72,13

Отримані дані вказують на скорочення в цілому в області рівня укомплектованості штатних посад фахівців екстреної медичної допомоги. При цьому, відповідно до доказового менеджменту на 6 (42,86%) адміністративних територіях він є таким, що не дає можливості забезпечити якісну медичну допомогу. Найнижчим (54,55%) є рівень укомплектованості штатних посад фахівців екстреної медичної допомоги фізичними особами в Свалявській станції екстреної медичної допомоги. Рівень укомплектованості посад адміністративного апарату складає 72,13%. Кількість фізичних осіб фахівців, які працюють в службі екстреної медичної допомоги області виросла на 7 осіб, що становить 1,2 на 10 тис населення.

Враховуючи, що основну роботу в службі з надання екстреної медичної допомоги виконують молодші спеціалісти було вивчено та проаналізовано

наявність їх посад в розрізі підрозділів служби в розрізі адміністративних територій.

Отримані результати наведено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Штатні посади молодших спеціалістів в розрізі адміністративних територій, (абс. число)

Адміністративна територія	2014	2015	2016	2017	2018	2018 до 2024
ЗТЦЕМД	473,50	506,75	531,0	531,00	544,5	+71,0
Берегівська СЕМД	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	-
Великоберезнянська СЕМД	18,0	18,0	18,0	18,0	22,5	+4,5
Виноградівська СЕМД	37,0	37,0	37,0	37,0	41,5	+5,5
Воловецька СЕМД	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	-
Іршавська СЕМД	37,75	37,75	37,75	37,75	42,25	+4,5
Міжгірська СЕМД	29,75	32,5	36,78	36,75	36,75	+7,0
Мукачівська СЕМД	76,0	79,5	82,5	82,5	82,5	+6,5
Перечинська СЕМД	15,5	18,0	18,0	18,0	18,0	+2,5
Рахівська СЕМД	24,5	27,0	35,0	35,0	35,0	+10,5
Свалявська СЕМД	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	-
Тячівська СЕМД	68,5	68,5	72,5	72,5	72,5	+4,0
СЕМД Ужгородського району	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	-
Хустська СЕМД	32,5	32,5	36,5	36,5	36,5	+4,0
Ужгородська СЕМД	47,5	47,5	47,0	47,0	47,0	-0,5
Адміністративно-управлінський персонал	-	22,0	23,5	23,5	23,5	+23,5

Отримані в ході дослідження дані вказують на те, що кількість посад молодших спеціалістів з медичною освітою служби екстреної медичної допомоги Закарпатської області за період дослідження збільшилася на 9,55%, в тому числі за рахунок збільшення посад адміністративно-управлінського персоналу, що склало 33,01% від загальної кількості збільшення.

В розрізі адміністративних територій області відбулося збільшення вказаних посад на 64,29%, а на 28,57% – зміни не відбулися.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня укомплектованості штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою служби екстреної медичної допомоги Закарпатської області фізичними особами в розрізі адміністративних територій.

Отримані результати наведено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Рівень укомплектованості штатних посад молодших спеціалістів фізичними особами в розрізі адміністративних територій, (%)

Адміністративна територія	2014	2015	2016	2017	2018-2024
ЗТЦЕМД	111,09	110,51	109,51	109,60	108,17
Берегівська СЕМД	103,57	103,57	96,43	103,57	96,43
Великоберезнянська СЕМД	105,56	105,56	105,56	111,11	97,78
Виноградівська СЕМД	105,40	113,51	110,81	108,11	105,66
Воловецька СЕМД	88,89	96,3	111,11	103,70	103,70
Іршавська СЕМД	121,85	119,21	127,15	127,15	104,14
Міжгірська СЕМД	134,45	132,31	125,17	127,89	127,89
Мукачівська СЕМД	114,47	111,25	110,3	112,73	115,15
Перечинська СЕМД	90,32	83,33	88,89	88,89	88,89
Рахівська СЕМД	97,96	96,3	91,43	91,43	88,57
Свалявська СЕМД	111,11	105,56	105,56	105,56	105,56

Продовж. табл. 3.6

Тячівська СЕМД	118,25	122,63	118,62	120,00	122,76
СЕМД Ужгородського району	103,7	96,3	103,70	100,00	96,3
Хустська СЕМД	116,92	123,08	106,85	104,11	101,37
Ужгородська СЕМД	103,16	103,16	106,38	108,51	114,89
Адміністративно-управлінський персонал	-	95,45	93,62	89,36	85,11

Рівень укомплектованості штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою служби екстреної медичної допомоги Закарпатської області фізичними особами є високим. Відповідно значна частка молодших спеціалістів з медичною освітою працювали не на повну ставку. При цьому в 35,71% адміністративних територіях посади молодших спеціалістів з медичною освітою служби екстреної медичної допомоги укомплектовані не повністю. Штатні посади молодших спеціалістів з медичною освітою служби екстреної медичної допомоги, які належать до категорії адміністративно-управлінського персоналу укомплектовані на 85,11%.

Слід наголосити, що виконання основного стратегічного завдання діяльності зі збереження й зміцнення здоров'я та покращення якості допомоги в системі охорони здоров'я, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм і методів роботи окремих спеціалізованих служб не можливі без ефективного розвитку мережі закладів охорони здоров'я та їх забезпечення кваліфікованими кадрами.

Для прийняття ефективних управлінських рішень, в тому числі на регіональному рівні, необхідно мати детальний аналіз як наявності, так і використання всіх ресурсів охорони здоров'я, в тому числі мережі закладів та стану їх забезпечення кваліфікованими кадрами.

У сучасних умовах в системі охорони здоров'я країни здійснюється послідовна робота з оптимізації мережі закладів охорони здоров'я всіх видів медичної допомоги та їх подальшого розвитку [116].

Цьому сприяє комплексна система охорони здоров'я в країні, яка проводиться біля десяти років, а її заходи відпрацьовувалися в пілотних регіонах [102; 159].

Реформування системи охорони здоров'я України [116] передбачає структурну перебудову системи закладів охорони здоров'я та формування госпітальних округів [135]. Структурно формуючими госпітальний округ є лікарні інтенсивного лікування [139]. Кабінетом Міністрів України затверджено нормативи, які визначають території та кількість населення, що на них проживає, для формування лікарень інтенсивного лікування [139]. Крім того, необхідно відзначити, що в умовах впровадження нової системи фінансування закладів охорони здоров'я держава виступає замовником медичних послуг і, відповідно, їх фінансує [81]. При цьому для укладання договорів з Національною службою здоров'я України для їх державного фінансування заклади охорони здоров'я мають відповідати галузевим стандартам щодо забезпечення якісною медичною допомогою [121; 136].

Проте, необхідно зазначити, що державні стандарти та вимоги до закладів охорони здоров'я та вимоги до формування лікарень інтенсивного лікування часто не враховують місцеві географічні, економічні і демографічні особливості та особливості розселення населення і транспортного сполучення між населеними пунктами. Так, Закарпатська область займає територію, яка характеризується такими географічними зонами: низинна, передгірська та гірська, що впливає на основні чинники, які наведені вище, і визначає особливості формування мережі закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги.

Гірська зона, на території якої проживає 15,2% населення області, характеризується низькою щільністю розселення населення, наявністю великої кількості населених пунктів з малою кількістю населення, основну

частку якого складають особи старших вікових груп, низьким розвитком економіки та практично непрохідними дорогами в осінній, зимовий та весняний періоди року [41; 146; 148].

Ця ситуація для забезпечення доступною первинною та спеціалізованою медичною допомогою вимагає від центральної влади, в тому числі МОЗ України та Національної служби здоров'я України, розробки методичних підходів до оптимізації мережі закладів охорони здоров'я та формування лікарень інтенсивного лікування відповідно до ситуації в регіоні, адже подібна ситуація склалася і в Чернівецькій, Івано-Франківській та Львівській областях. Мають бути й інші методичні підходи до створення, особливо для населення гірських географічних зон, лікарень інтенсивного лікування, їх структури та ресурсного забезпечення. При цьому перед місцевими органами самоврядування, як власниками закладів охорони здоров'я, стоїть завдання максимального ресурсного, в тому числі кадрового, забезпечення закладів охорони здоров'я у відповідності до галузевих стандартів з об'єднанням можливостей об'єднаних громад та використанням механізмів державно-приватного партнерства в охороні здоров'я.

На сучасному етапі проведення реформи охорони здоров'я України передбачає структурну перебудову галузі з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини [158] (ПМСД) з вільним вибором сімейного лікаря [101; 134]. На рівні спеціалізованої медичної допомоги передбачено формування госпітальних округів з формуванням лікарень інтенсивного лікування [122]. Також запроваджується якісно нова система підготовки медичних працівників та забезпечення їх безперервного професійного розвитку [97].

Принципово новим для системи охорони здоров'я України є впровадження гарантованого пакету медичних послуг [138] та проведення автономізації закладів охорони здоров'я [160].

Процес реформ має поетапний характер і дає змогу вдосконалювати роботу різних ланок та рівнів охорони здоров'я, покращувати технології

надання медичної допомоги, впроваджувати нові організаційні форми, накопичувати необхідні ресурси.

При цьому існує потреба в подальшому вдосконаленні організації та управління системою охорони здоров'я. Необхідно забезпечити оптимізацію та реструктуризацію мережі закладів охорони здоров'я, пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги, розвиток екстреної медичної допомоги, формування мережі закладів реабілітаційної допомоги, впровадження сучасних медичних технологій профілактики, діагностики, лікування та реабілітації.

В умовах пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги та підготовки до реформування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги доцільним є вивчення і проведення комплексного аналізу системи надання медичної допомоги населенню Закарпатської області, як гірської території України, що має географічні особливості розселення населення в залежності від зони проживання: низинної, передгірської та гірської [146].

На початку першого етапу дослідження була проаналізована загальна мережа закладів охорони здоров'я/відокремлених підрозділів Закарпатської області з кількістю населення за адміністративними територіями з подальшим її порівнянням.

Проведений аналіз вказує на те, що в Закарпатській області функціонує розгалужена мережа закладів охорони здоров'я та їх відокремлених структурних підрозділів первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Крім того, в Тячевському районі функціонує 4 дільничні лікарні (ДЛ). Всього в області таких закладів охорони здоров'я та їх відокремлених структурних підрозділів функціонує 646. Із їх загальної кількості заклади/відокремлені підрозділи, в яких надається первинна медична допомога складають 91,18%, заклади охорони здоров'я, в яких надається спеціалізована медична допомога складають 4,95%, заклади охорони здоров'я, в яких надається високоспеціалізована медична допомога

складають 3,87%. Кількість закладів охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій області та кількість населення, яке в них проживає, між собою не корелюють.

У зрівнянні з 2014 роком кількість закладів охорони здоров'я та їх відокремлених структурних підрозділів зросла на 16, а у зрівнянні з поточним роком скоротилася на 5. У зрівнянні з 2014 роком найбільші зміни в структурі мережі закладів охорони здоров'я відбулися за рахунок збільшення на 33 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини та зменшення на 20 фельдшерсько-акушерських пунктів.

Далі детально була проаналізована мережа закладів/відокремлених підрозділів первинної медико-санітарної допомоги в розрізі географічних зон області. Отримані дані наведено в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Мережа закладів охорони здоров'я/відокремлених підрозділів в розрізі адміністративних територій та географічних зон

Адміністративні території, географічні зони	ЦПМСД	АЗПСМ	АЗПСМ		ФАПи	ФАПи в селах з населенням більше 1000 осіб
			Сільські	Міські		
Низинна зона						
м. Ужгород	1	9	-	9	-	-
м. Чоп	1	1	-	1	-	-
Берегівський район	1	24	21	3	19	-
Виноградівський район	1	9	31	4	16	-
Мукачівський район	2	36	25	11	45	7
Ужгородський район	2	28	26	2	29	2

Продовж. табл. 3.7

Передгірська зона						
Іршавський район	1	33	32	1	11	-
Перечинський район	2	9	8	1	13	3
Свалявський район	2	14	13	1	11	2
Тячівський район	3	36	30	6	25	13
Хустський район	1	27	25	2	16	5
Гірська зона						
Велико-березнянський район	1	9	8	1	24	-
Воловецький район	1	5	4	1	23	4
Міжгірський район	1	17	16	1	20	2
Рахівський район	1	25	21	4	8	-

Аналіз наведених в табл. 3.7 даних вказує на те, що в області повністю сформована система первинної медико-санітарної допомоги, заклади якої юридично розмежовані з закладами охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги, незалежно від географічної зони області. Для цього на території всіх адміністративних одиниць створені Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), до складу яких входять АЗПСМ та ФАПи. Із загальної кількості АЗПСМ 15,58% функціонує в містах та 84,42% в сільській місцевості. Із загальної кількості ФАПів 14,62% розташовані в селах з населенням більше 1000 осіб.

На адміністративних територіях, крім міста Ужгород, кількість АЗПСМ корелює з кількістю населення, яке проживає на цій адміністративній території. Вказані центри створені в тому числі у 6 створених об'єднаних територіальних громадах. Збільшилася кількість АЗПСМ. Всі самостійні

структурні підрозділи первинної медико-санітарної допомоги та ті, які входили до складу закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги, включені до ЦПМСД.

Наступним кроком першого етапу дослідження було вивчено мережу закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги Закарпатської області в розрізі географічних зон та проведено її аналіз.

Отримані дані наведено в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Мережа закладів охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій та географічних зон

Адміністративні території, географічні зони	ЦРЛ	РЛ	МЛ	ПК	ДтЛ	ДЛ	ПБ	СП
Низинна зона								
м. Ужгород	-	-	1	1	1	-	1	-
м.Чоп	-	-	1	-	-	-	-	-
Берегівський район	1	-	-	-	-	-	-	-
Виноградівський район		1	-	-	-	-	-	-
Мукачевський район	1	-	-	-	-	-	-	-
Ужгородський район	¤	1	-	-	-	-	-	-
Передгірська зона								
Іршавський район	-	1	-	-	-	-	-	1
Перечинський район	1	-	-	-	-	-	-	-
Свалявський район	1	-	-	-	-	-	-	-
Тячівський район	-	2	2	1	-	4	-	1

Продовж. табл. 3.8

Хустський район	-	1		1	-	-	-	1
Гірська зона								
Велико-березнянський район	-	1	-	-	-	-	-	-
Воловецький район	1	-	-	-	-	-	-	-
Міжгірський район	-	1		-	-	-	-	-
Рахівський район	-	1	2	-	-	-	-	-

Примітка: ЦРЛ − центральні районні лікарні, РЛ − районні лікарні, МЛ − міські лікарні, ПК – поліклініки, ДтЛ − дитячі лікарні, ДЛ − дільничні лікарні, *ПБ – пологові будинки, СП – стоматологічні поліклініки.*

За наведеними в табл. 3.8 даними в кожній адміністративній території області функціонують заклади спеціалізованої медичної допомоги, в яких надається як амбулаторно-поліклінічна, так і стаціонарна медична допомога, але структурно вони відрізняються. Так, в 5 районах функціонують центральні районні лікарні, в 9 районах районні лікарні, в 2 районах міські лікарні, в 2 районах районні поліклініки, в 3 районах районні стоматологічні поліклініки. Необхідно відзначити, що в Тячівському та Рахівському районах функціонує по 2 міські лікарні. Також в Тячівському районі функціонує 4 дільничні лікарні.

В області були закриті заклади охорони здоров’я, в яких надавалася спеціалізована медична допомога: Ужгородська районна лікарня, Ужгородська районна поліклініка та 5 дільничних лікарень (3 в Мукачевському та 2 в Рахівському районах). Також відкрита Тячівська районна стоматологічна поліклініка.

Із спеціалізованої медичної допомоги найбільший попит має амбулаторно-поліклінічна медична допомога. Тому наступним кроком

дослідження було вивчення планової потужності амбулаторно-поліклінічних закладів в розрізі адміністративних територій та географічних зон області в динаміці.

Отримані дані наведено в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Планова потужність для надання медичної допомоги в розрізі адміністративних територій та географічних зон (на 10000 населення)

Адміністративні території, географічні зони	2014	2018	2018 до 2024
Низинна зона			
м. Ужгород	179	176	- 3
Берегівський район	194	190	- 4
Виноградівський район	192	184	- 8
Мукачевський район	181	175	- 6
Ужгородський район	207	196	
Передгірська зона			
Іршавський район	248	244	- 4
Перечинський район	211	228	+ 17
Свалявський район	157	157	-
Тячівський район	196	197	+ 1
Хустський район	134	136	+ 2
Гірська зона			
Великоберезнянський район	259	258	- 1
Воловецький район	197	196	- 1
Міжгірський район	196	194	- 2
Рахівський район	209	211	+ 2

Аналіз наведених в табл. 3.9 даних вказує на те, статистично значущих відмінностей на всіх адміністративних територіях області щодо планової потужності амбулаторно-поліклінічних закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги не відбулося. Також не встановлено кореляційної залежності між географічною зоною області та плановою потужністю амбулаторно-поліклінічних закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги, які в даній зоні функціонують. При цьому встановлено статистично значущі відмінності в плановій потужності амбулаторно-поліклінічних закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги в різних адміністративних територія області. В м. Ужгород планова потужність амбулаторно-поліклінічних закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги в розрахунку на 10 тис. населення складає близько 180 прийомів на день. Вказана ситуація свідчить про нерівномірний доступ населення різних адміністративних територій області до спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Далі вивчалося питання забезпеченості населення області в розрізі адміністративних територій та географічних зон госпітальними ліжками для надання спеціалізованої медичної допомоги. Були порівняні дані забезпеченості населення госпітальними ліжками для надання спеціалізованої медичної допомоги за 2014 та 2024 роки.

Отримані дані наведено в табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Забезпеченість госпітальними ліжками для надання медичної допомоги в розрізі адміністративних територій та географічних зон, (на 10000 населення)

Адміністративні території, географічні зони	2014	2018	2018 до 2024
Низинна зона			

Продовж. табл. 3.10

м. Ужгород	54,55	55,50	+ 0,95
Берегівський район	44,72	38,82	- 5,90
Виноградівський район	41,53	39,58	- 1,95
Мукачевський район	45,45	28,23	- 17,22
Ужгородський район	18,65	38,45	+ 19,80
Передгірська зона			
Іршавський район	40,64	39,76	- 0,88
Перечинський район	39,81	38,19	- 1,62
Свалявський район	45,36	40,90	- 4,46
Тячівський район	43,06	39,97	- 3,09
Хустський район	41,43	38,45	- 2,98
Гірська зона			
Великоберезнянський район	44,18	40,19	- 3,99
Воловецький район	46,96	47,26	+ 0,34
Міжгірський район	42,96	43,30	+ 0,34
Рахівський район	41,80	40,73	- 1,07

Проведений аналіз даних табл. 3.10 вказує на те, що за період спостереження в закладах охорони здоров'я надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги на території 71,43% адміністративних територій відбувалося скорочення ліжкового госпітального фонду. Найбільший показник скорочення зареєстровано в Мукачевському районі. На території 28,57% адміністративних територій відбувалося збільшення госпітального фонду. Найбільший показник збільшення зареєстровано в Ужгородському районі.

Найвищій рівень забезпеченості населення госпітальними ліжками для надання спеціалізованої медичної допомоги зареєстровано в м. Ужгород. На

території районів області відмічаються статистично значущі відмінності забезпеченості населення госпітальними ліжками для надання спеціалізованої медичної допомоги.

Крім того, в області функціонує 25 закладів охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги, які є комунальною власністю обласного рівня управління. До закладів охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги в області належать Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. Андрія Новака, Обласна дитяча лікарня, обласна психіатрична лікарня, обласні клінічна інфекційна лікарня, обласне територіальне медичне об'єднання «Фтизіатрія», Закарпатській обласний клінічний онкологічний диспансер, Закарпатський обласний наркологічний диспансер, Закарпатський обласний кардіологічний диспансер, обласний госпіталь ветеранів війни, обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології тощо.

Крім того, в області функціонують такі заклади як держава установа науково-практичний медичний центр «Реабілітація» та Українська алергологічна лікарня з державною формою власності.

Нижче наведена характеристика кадрового забезпечення системи надання медичної допомоги населенню області.

Було вивчено питання наявності штатних посад фахівців в закладах охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій та географічних зон. Отримані дані наведено в табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Наявність посад фахівців та їх зайнятість в системі охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій та географічних зон

Адміністративні території, географічні зони	2014			2024		
	Посади	Зайняті	Фіз. особи	Посади	Зайняті	Фіз. особи
Низинна зона						

Продовж. табл. 3.11

м. Ужгород	440,00	426,00	439	430,50	398,75	398
Берегівський район	207,25	175,00	187	206,75	147,50	155
Виноградівський район	283,25	264,75	245	287,00	262,25	245
Мукачівський район	478,00	457,75	482	408,50	377,0	386
Ужгородський район	166,00	158,25	166	216,00	195,75	199
Передгірська зона						
Іршавський район	221,00	219,00	238	226,50	217,25	232
Перечинський район	82,25	77,75	71	78,50	72,25	68
Свалявський район	144,25	127,75	134	144,00	118,50	126
Тячівський район	434,00	409,50	435	419,25	381,00	400
Хустський район	320,75	303,50	332	331,00	300,50	321
Гірська зона						
Велико-березнянський район	65,50	63,50	64	64,50	61,25	61
Воловецький район	74,25	64,50	58	74,75	59,00	53
Міжгірський район	123,25	113,75	105	115,25	101,75	105
Рахівський район	228,50	218,50	203	229,75	216,75	199

Проведений аналіз наведених в табл. 3.11 даних вказує на те, що в системі охорони здоров'я області в розрізі адміністративних територій та

географічних зон має місце незначна тенденція до скорочення штатних посад фахівців, крім Ужгородського району, в якому зареєстровано збільшення вказаних посад на 50,0. Більшість штатних посад фахівців є зайнятими, крім Берегівського, Тячівського та Хустського районів. Проведений аналіз також дає змогу зробити висновок, що в закладах охорони здоров'я таких адміністративних територій області як Берегівський, Мукачівський, Іршавський, Тячівський, Хустський райони не всі фахівці працюють на повну ставку. Вказана ситуація свідчить як про скорочення в закладах охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги області, так і кількості лікарських посад, рівня їх укомплектованості та кількості фахівців, які працюють на вказаних посадах.

Далі вивчалося питання наявності штатних посад середніх медичних працівників в закладах охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій та географічних зон.

Отримані дані наведено в табл. 3.12.

Таблиця 3.12

Наявність посад фахівців та їх зайнятість в системі охорони здоров'я в розрізі адміністративних територій та географічних зон

Адміністративні території, географічні зони	2014			2024		
	Посади	Зайняті	Фіз. особи	Посади	Зайняті	Фіз. особи
Низинна зона						
м. Ужгород	671,75	647,75	669	665,25	612,25	614
Берегівський район	443,25	402,25	483	412,75	318,75	345
Виноградівський район	671,50	646,75	773	675,25	610,50	678
Мукачівський район	989,00	955,75	1085	790,50	755,50	845

Продовж. табл. 3.12

Ужгородський район	278,25	253,00	247	357,00	275,25	270
Передгірська зона						
Іршавський район	634,50	632,25	911	599,75	584,25	816
Перечинський район	167,75	162,50	169	149,50	137,75	136
Свалявський район	289,25	286,75	409	281,25	256,00	340
Тячівський район	947,75	938,25	1165	860,25	804,25	976
Хустський район	663,25	655,75	830	674,75	659,25	774
Гірська зона						
Велико-березнянський район	155,50	154,50	165	157,25	152,75	160
Воловецький район	173,25	167,50	200	173,50	164,00	193
Міжгірський район	291,50	287,00	340	287,50	277,50	329
Рахівський район	481,50	463,00	548	485,00	441,00	510

Аналіз наведених в табл. 3.12 даних вказує на стабільність штатних посад середніх медичних працівників та рівня їх зайнятості в системі охорони здоров'я Закарпатської області. Виключенням є Тячівський район, в закладах системи охорони здоров'я якого кількість посад середніх медичних працівників була скорочена на 9,23% та Ужгородський район, в закладах системи охорони здоров'я якого кількість посад середніх медичних працівників була збільшена на 28,30 %.

Крім того, в закладах охорони здоров'я області, в яких надається високоспеціалізована медична допомога, введено посади середніх медичних працівників, із яких укомплектованими є 96,31%. В закладах охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги було введено посади середніх медичних працівників з рівнем укомплектованості штатних посад на 97,17%. Це вказує на збереження кадрового потенціалу середніх медичних працівників в закладах охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги області.

Враховуючи значення середніх медичних працівників в процесі надання медичної допомоги населенню далі було проаналізовано рівень забезпечення населення середніми медичними працівниками в закладах охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги в розрахунку на 10 тис. населення в розрізі адміністративних територій та географічних зон.

Отримані дані наведено в табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Забезпеченість фахівцями в закладах охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги в розрізі адміністративних територій та географічних зон,
(на 10 тис. населення)

Адміністративні території, географічні зони	2014			2024		
	Посади	Зайняті	Фіз. особи	Посади	Зайняті	Фіз. особи
Низинна зона						
м. Ужгород	58,73	56,63	58,49	59,17	54,45	54,61
Берегівський район	58,30	52,91	63,53	55,44	42,81	46,34
Виноградівський район	55,77	53,72	64,20	55,68	50,34	55,91

Продовж. табл. 3.13

Мукачівський район	53,19	51,40	58,35	42,59	40,70	45,52
Ужгородський район	35,30	32,09	31,33	49,82	38,41	37,68
Передгірська зона						
Іршавський район	63,67	63,45	91,42	59,61	58,07	81,10
Перечинський район	52,59	50,94	52,98	46,42	42,77	42,23
Свалявський район	53,55	53,09	75,73	52,06	47,38	62,93
Тячівський район	54,42	53,87	66,89	49,12	45,92	55,73
Хустський район	52,04	51,45	65,12	52,95	51,73	60,74
Гірська зона						
Велико-березнянський район	58,22	57,84	61,77	59,07	57,38	60,10
Воловецький район	70,74	68,39	81,66	71,31	67,40	79,32
Міжгірський район	60,79	59,85	70,90	60,44	58,34	69,16
Рахівський район	52,28	50,27	59,50	52,12	47,39	54,81

Проведений аналіз наведених в табл. 3.13 даних вказує на нерівномірність забезпечення населення середніми медичними працівниками в закладах охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги в розрахунку на 10 тис. населення в розрізі адміністративних територій і має статистично значущі відмінності. Так, найнижчий рівень забезпеченості штатними посадами середніх медичних

працівників зареєстровано в Мукачівському, а найвищій в Воловецькому районі.

В цілому, в розрізі географічних зон, рівень забезпечення середніми медичними працівниками найбільш високим є в гірській географічній зоні.

За аналізований період рівень забезпеченості штатними посадами середніх медичних працівників системи охорони здоров'я Закарпатської області в цілому скоротився.

З метою комплексного уявлення про сферу охорони здоров'я області нами досліджено та представлено дані про систему екстреної медичної допомоги населенню.

Організацію екстреної медичної допомоги в області здійснює Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги (ЗТЦЕМД). В області функціонує 14 станцій екстреної медичної допомоги.

Проведений аналіз мережі закладів охорони здоров'я та кадрового забезпечення системи охорони здоров'я Закарпатської області показав, що в області функціонує 646 закладів охорони здоров'я та їх відокремлених структурних підрозділів із яких 91,18% складають заклади охорони здоров'я, в яких надається первинна медична допомога, 4,95% − спеціалізована та 3,87% високоспеціалізована медична допомога. На території кожної адміністративної території функціонує станція екстреної медичної допомоги.

Планова потужність амбулаторно-поліклінічних закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги та забезпеченість госпітальними ліжками в розрізі адміністративних територій мають статистично значущі відмінності.

Статистично значущі відмінності в розрізі адміністративних територій встановлено і в стані забезпеченості фахівцями. При цьому загальною проблемою для всіх адміністративних територій є тенденція до скорочення штатних посад та низький рівень співвідношення лікарів та середніх медичних працівників, що призводить до виконання лікарями невластивих їм функцій.

На наступному етапі дослідження нами було проаналізовано кількість та структуру звернень населення Закарпатської області за екстреною медичною допомогою.

Отримані результати наведено в табл. 3.14.

Таблиця 3.14

Аналіз звернення за медичною допомогою

Адміністративна територія	Всього виїздів	Структура виїздів, %			
		Нещасні випадки, травми та отруєння	Раптові захворювання та стани	Виїзди до хронічних хворих	Виїзди на непрофільні виклики
ЗТЦЕМД	**207449**	**9,3**	**70,1**	**6,6**	**3,2**
Берегівська СЕМД	12426	5,0	82,7	6,6	0,2
Велико-березнянська СЕМД	6093	14,2	66,9	8,5	0,7
Виноградівська СЕМД	10705	11,8	65,3	1,3	1,2
Воловецька СЕМД	6462	9,8	77,9	7,4	2,0
Іршавська СЕМД	16089	6,0	80,9	9,5	0,4
Міжгірська СЕМД	15008	23,0	67,3	2,3	0,1
Мукачівська СЕМД	41402	6,0	80,5	7,2	-
Перечинська СЕМД	6545	6,0	53,8	7,8	16,4
Рахівська СЕМД	11873	13,1	43,4	10,1	31,7
Свалявська СЕМД	5147	14,1	69,8	10,5	0,9
Тячівська СЕМД	22367	6,2	69,3	7,0	
СЕМД Ужгородського району	11204	15,0	60,0	9,3	6,4
Хустська СЕМД	13130	8,5	76,0	5,5	0,2
Ужгородська СЕМД	28998	7,3	62,7	4,8	1,9

Із загальної кількості виїздів 9,3% склали виїзди для надання екстреної медичної допомоги при нещасних випадках, травмах та отруєннях. Частка виїздів бригад екстреної медичної допомоги з цією метою коливалася в розрізі адміністративних територій в 4,6 разів: від 5,0% в Берегівському районі до 23,0% в Міжгірському районі.

Раптові захворювання та стани стали причиною 70,1% виїздів бригад екстреної медичної допомоги з різницею в розрізі адміністративних територій від 43,4% в Рахівському до 82,7% в Берегівському районі.

Виїзди до хронічних хворих склали 6,6% від загальної кількості виїздів з найвищим рівнем показника в Свалявському (10,5%) та Рахівському районах (10,1%).

Виїзди на непрофільні виклики склали 3,2% з найвищим рівнем показника в Рахівському (31,7%) та Перечинському (16,4%) районах.

Отримані в ході дослідження результати вказують на те, що розвиток служби екстреної медичної допомоги є одним із пріоритетних напрямків в ході реформи системи надання медичної допомоги населенню. Це підтверджується збільшенням за роки дослідження штатних посад фахівців служби екстреної медичної допомоги та молодших спеціалістів з медичною освітою. При цьому збільшилася кількість фізичних осіб фахівців екстреної медичної допомоги та молодших спеціалістів з медичною освітою. Рівень укомплектованості штатних посад фахівців екстреної медичної допомоги фізичними особами в розрізі адміністративних територій є неоднорідним і на частині територій вимагає покращення.

За роки дослідження кількість виїздів бригад екстреної медичної допомоги скоротилася на 4,58%. При цьому скоротилася частка виїздів до хронічних хворих на 15,15% та непрофільних виїздів на 18,75%. Це вказує на підвищення ефективності діяльності системи надання медичної допомоги населенню і, в першу чергу, її первинної ланки.

В ході проведеного дослідження встановлено, що служба екстреної медичної допомоги набуває свого розвитку, що характеризується збільшенням

штатних посад (14,94%) та фізичних осіб фахівців з медичною освітою (14,99%), які працюють в службі.

За роки дослідження загальна кількість викликів бригад екстреної медичної допомоги має тенденцію до скорочення (4,58%) при цьому також скорочується частка виїздів до хронічних хворих (15,15%) та виїздів на непрофільні виклики (18,75%), що вказує на підвищення ефективності надання населенню планової медичної допомоги.

Зауважимо, що загалом відчутні певні кроки з реформування системи охорони здоров'я в Україні проводяться з часу набуття нею незалежності [116]. Комплексні заходи реформування системи охорони здоров'я були початі в 2012 році. Заплановані заходи реформи відпрацьовувалися в пілотних регіонах: Вінницькій, Донецькій областях та інших областях і в м. Києві [103; 140]. Здобутки пілотних регіонів сприяли подальшому розвитку реформи з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги, розвитком госпітальних округів, зміною системи фінансування та управління закладами охорони здоров'я [136; 139].

Головним завданням теперішнього етапу реформи охорони здоров'я, відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [81] є впровадження програми державних медичних гарантій, що здійснюється шляхом укладання договорів між закладами охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України за пакетами медичних послуг з метою забезпечення доступною та якісною безоплатною медичною допомогою [121].

Актуальність дослідження обумовлена особливостями діяльності закладів охорони здоров'я в гірській географічній зоні, що пов'язано з типом розселення населення, його структурою та рівнем доступності від гірських населених пунктів до районних центрів, особливо в осінній, зимовий та весняний періоди [41; 148].

Наступний крок дослідження був присвячений дослідженню ставлення фахівців закладів охорони здоров'я гірської географічної зони Закарпатської області до заходів реформування системи охорони здоров'я України.

При виконанні дослідження було використано такі методи: статистичний, структурно-логічний аналіз.

Матеріалами дослідження слугували результати анкетування за спеціально розробленою анкетою 57 лікарів та 112 середніх медичних працівників закладів охорони здоров'я гірської географічної зони Закарпатської області.

При проведенні дослідження збережено конфіденційність інформації про респондентів.

На початку дослідження було вивчено рівень задоволеності респондентами умовами праці.

Отримані результати наведено в табл. 3.15.

Таблиця 3.15

Рівень задоволеності фахівців закладів охорони здоров'я гірської географічної зони Закарпатської області умовами праці

Чинники	**Лікарі**		**Середні медичні працівники**	
	абс	%	абс	%
В цілому умови праці задовольняють	46	80,7	82	73,2
Заробітна плата залежить від показників роботи	5	8,8	8	7,1
Задовольняє рівень заробітної плати	19	33,3	28	25,0
Задовольняє процес організації праці в лікарні	37	64,9	79	70,5
Задовольняє рівень діагностичної служби лікарні	41	71,9	98	87,5

Продовж. табл. 3.15

Задовольняє рівень забезпечення ліками в лікарні	16	28,1	36	32,1
Задовольняє стиль керівництва в лікарні	37	64,9	84	75,0
Задовольняють професійні відносини в колективі	43	75,4	91	81,3
Задовольняє соціально-психологічний клімат в колективі	49	85,9	95	84,8
Матеріально-технічна база ЗОЗ забезпечує її функції та відповідає його задачам	42	73,7	86	76,8
Позитивно оцінює загальну професійну підготовку персоналу	42	73,7	89	79,5
Позитивно оцінює загальні результати медичної допомоги	47	82,5	89	79,5
Має на роботі персональний комп'ютер	17	29,8	8	7,1
Має на роботі доступ до інтернету	12	21,1	8	7,1
Умови праці є безпечними	28	49,1	73	65,2
Позитивно оцінює санітарно-гігієнічні умови в лікарні	36	63,2	97	86,6

Результати дослідження вказують на те, що в цілому задоволеними умовами праці є 80,7% опитаних лікарів та 73,2% опитаних середніх медичних працівників. Низький рівень отримали такі позиції як залежність заробітної праці від показників роботи та рівень заробітної плати в цілому, наявність на робочому місті персонального комп'ютеру та доступу до системи інтернет. При цьому безпечними умови праці вважає із опитаних 49,1% лікарів та 65,2% середніх медичних працівників.

Далі було вивчено та проаналізовано рівень підтримки респондентами заходів теперішнього етапу реформи охорони здоров'я.

Отримані результати наведено в табл. 3.16.

Таблиця 3.16

Рівень підтримки фахівців закладів охорони здоров'я гірської географічної зони Закарпатської області заходів реформування системи охорони здоров'я України

Чинники	**Лікарі**		**Середні медичні працівники**	
	абс	%	абс	%
Пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини	34	59,7	72	64,3
Формування госпітальних округів	29	50,9	64	57,1
Автономізацію закладів охорони здоров'я	27	47,4	79	70,5
Запровадження інституту генеральних директорів закладів охорони здоров'я	21	36,8	72	64,3
Запровадження електронної системи охорони здоров'я	47	82,5	89	79,5
Запровадження гарантованого пакету медичних послуг державою	41	71,9	93	83
Система «гроші ідуть за пацієнтом»	41	71,9	89	79,5
Підтримує реформу системи охорони здоров'я в цілому	34	59,6	87	77,7

Із загальної кількості опитаних 59,6% лікарів та 77,7% середніх медичних працівників підтримують реформу системи охорони здоров'я в цілому із статистично значимими відмінностями підтримки окремих чинників реформи.

Отже, в ході проведеного дослідження серед медичних працівників закладів охорони здоров'я гірської географічної зони Закарпатської області встановлено, що із числа опитаних 80,7% лікарів та 73,2% середніх медичних працівників в цілому задоволені умовами праці і при цьому 59,6% лікарів та 77,7% середніх медичних працівників підтримують реформу охорони здоров'я в цілому.

3.2. Визначення соціально-психологічних предикторів здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму

На *другому етапі* емпіричного дослідження було проведено вивчення соціально-психологічних предикторів здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Дослідження проводилося в період 2016-2025 рр. на базі загальноосвітніх навчальних закладів, закладів вищої освіти, установ і підприємств різної форми власності різних регіонів України (Науково-практичного центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ), Українського Північно-Східного інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми), Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя), Центру розвитку підприємництва та реалізації бізнес-ідей» (м. Київ)), а також на базі закладів вищої освіти (Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, Ужгородського національного університету, Західноукраїнського національного університету, Національного університету «Запорізька політехніка», Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, Тернопільського національного

педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини).

Зазначимо, що проблема здоров'язбереження молоді розглядалася нами з позицій біопсихосоціального підходу, теорії функціональних систем, теорії розвитку та функціонування вищих психічних функцій, а також поняття про церебральні інформаційні поля та психологічні інформаційні поля мозку, що формуються на їх основі.

Емпіричне дослідження було присвячене вивченню соціально-психологічних предикторів, що впливають на здоров'я молоді різних вікових груп (учнівської молоді (УМ) та студентської молоді (СМ)), які здебільшого належали до внутрішньо переміщених осіб та мали помірні когнітивні порушення у спокійному та постстресовому стані (експериментальна група констатувального етапу дослідження).

У дослідженні розкрито особливості негативного впливу стресу на здоров'язбереження молоді з помірними когнітивними порушеннями, а також виокремлено предиктори, що сприяють погіршенню чи підтримці здоров'я в різних вікових групах молоді.

Як зазначалося вище, проблема здоров'язбереження молоді є важливим державним завданням, пов'язаним із різними аспектами життєдіяльності молодої людини. Серед них психологічне здоров'я відіграє провідну роль, оскільки предметом його дослідження є вищі психічні функції (когнітивні, емоційні, особистісні та ін.).

Останніми роками, у зв'язку зі значним зростанням захворювань, провідне значення приділяється профілактичному напрямку, а питання охорони життя, здоров'язбереження та якості життя стають пріоритетними у всьому світі.

Особлива увага приділяється віковому аспекту здоров'я та чинникам, що на нього впливають: соціальним, психологічним та медичним. Державні програми, спрямовані на здоров'язбереження молоді, повинні містити в своїй основі чітке уявлення не лише про фізичну складову здоров'я, а й про його

психологічні аспекти, і про те, як вони змінюються у віковому вимірі, що значною мірою впливає на поведінку молодої людини в аспекті здоров'язбереження.

Одним із найважливіших предикторів здоров'язбереження є інформаційний.

Інформація про здоров'я надходить із зовнішнього світу, де її агентами виступає соціальне середовище, референтне значуще оточення, засоби масової інформації та ін.

Іншим важливим джерелом інформації є внутрішній світ молодої людини, на рівні якого інформація про здоров'я представлена у вигляді суб'єктивного переживання благополуччя або дискомфорту, самовідчуття своєї сили, фізичних і психологічних можливостей, у розвитку яких велике значення має процес виховання і реакції значущого оточення на потреби молодої людини, її дослідницьку, соціальну та іншу активність, здатність справлятися з фрустрацією. Вся ця інформація є основою, завдяки якій з народження починають формуватися психологічні інформаційні поля, що містять інформацію про різні аспекти здоров'я.

Психологічні інформаційні поля − це нейронні, головним чином кортикальні поля мозку, до функцій яких входить сприйняття, зберігання та переробка інформації, на основі якої мозок приймає рішення з урахуванням цієї інформації.

На утворення та наповнення відповідних інформаційних полів передусім впливають генетичні (спадкові) чинники, представлені індивідуальними властивостями особистості, а також робота аналізаторних систем, що входять до апарату сприйняття. Постійний потік аферентних сигналів, що обробляються сенсорною системою, згодом призводить до накопичення інформації, яка вже на ранніх етапах онтогенезу є основою формування самосвідомості.

Вся інформація, що надходить із зовнішнього чи внутрішнього світу, переломлюється молодою людиною залежно від її природних особливостей, когнітивних здібностей (пам'яті, уваги, мислення та ін.) і рівня інтелекту.

Для суб'єкта, що сприймає, інформація також несе з собою певне емоційне забарвлення, що багато в чому визначає її значимість і цінність для особистості, на основі чого вирішується питання подальшої включеності в психологічні інформаційні поля.

Величезне значення в цьому аспекті має емоційний тип відносин і реагування, коли зрушення емоцій у бік тривоги, агресії, депресії та страху сприяє розвитку небажаного дезадаптивного та психопатологічного стану, а зрештою може призвести до психічного захворювання.

Особливо слід зазначити активаційні предиктори, які визначаються особливостями вищої нервової діяльності, силою і якісними характеристиками інформаційного впливу, його суб'єктивною значущістю і цінністю особистості – все це позначається на внутрішній динаміці психічних процесів та рівні психічної активності.

Кожна особистість в даний момент має своє інформаційне поле, що включає потребнісно-мотиваційні, емоційні, когнітивні та активаційні компоненти, які в залежності від особливостей темпераменту, віку та ієрархії здоров'я в системі цінностей, будуть проявлятися в тому чи іншому типі емоційного ставлення до здоров'я: адекватному, підвищеній увазі, зневазі або ігноруванні.

Зазначені типи відносини є ідеальними моделями, а реальне ставлення молодої людини до власного здоров'я в конкретний момент часу буде наближеним до одного з них.

Серед особистісних предикторів необхідно також підкреслити діяльність таких структур як система оцінок і система цінностей, оскільки саме на їх основі приймається рішення про ставлення до здоров'я і дії, тобто про характер взаємодії з оточуючим середовищем.

Все вищезазначене стосується і самооцінки здоров'я, що відображає суб'єктивне узагальнене сприйняття власного здоров'я та є багатофакторним маркером якості життя та індикатором загального стану здоров'я молоді.

Система оцінок є психологічною структурою, яка багато в чому залежить від когнітивних здібностей, навичок, минулого досвіду, важливості певного об'єкта для особистості, сформованого еталона та ін.

Більшість оцінок здійснюються особистістю мимовільно, на несвідомому рівні завдяки роботі стійких інтегральних когнітивних утворень і постає у вигляді емоційного переживання, що активує або пригнічує активність молодої людини.

Система цінностей, на відміну від системи оцінок, бере свій початок не в особистому досвіді, а в конкретизації та індивідуальному заломленні цінностей, які існують в суспільстві та окремих соціальних групах; вона належить до стійких мотиваційних утворень особистості і задає вектор діяльності, спрямований у майбутнє.

Життя, відповідно до наявних цінностей, сприймається особистістю як суб'єктивно правильне і гармонійне, що проявляється у відчутті благополуччя. При цьому особистісні цінності виступають як моделі бажаного майбутнього, зразки.

Провідним предиктором здоров'язбереження є соціально-психологічний.

Ступінь адекватності формування психологічних структур здоров'я пов'язаний зі сприятливою обстановкою з моменту народження і всієї подальшої життєдіяльності, коли формується та стабілізується система відносин молодої людини.

Основна мета цього періоду життя – розвиток емоційної антистресової стійкості, формування адекватної системи цінностей, міжособистісних орієнтацій, захисних механізмів та підвищення стійкості до стресів. Останні мають велике значення у віковому аспекті.

Слід зазначити, що вплив чинника стресу на здоров'язбереження різних вікових груп досить вивчений. Так, зазначається, що емоційні порушення, асоційовані зі стресом, значною мірою погіршують психічний стан осіб з помірними когнітивними порушеннями та сприяють подальшому розвитку таких порушень. Навіть за повної відсутності об'єктивних причин для стресу в актуальних ситуаціях відзначається зниження рівня активності та контролю, що збільшує ризик розвитку емоційних порушень, пов'язаних зі стресовими подіями, які сталися у минулому. При цьому наявність когнітивних порушень пов'язана зі зменшенням спектру психологічних захисних механізмів, що використовуються, що також збільшує ризик розвитку емоційних розладів у стресовій ситуації.

Інформація про здоров'язбереження досить широко представлена на рівні соціуму та окремих спільностей (сім'ї, референтної групи), які виступають як агенти інформаційного впливу, транслюють інформацію щодо ставлення до питань здоров'я, значущості здоров'язбереження в системі цінностей, узагальненого або конкретного еталону здоров'я.

Крім суб'єктивних чинників на здоров'язбереження також впливають умови життя, рівень матеріального достатку та інші.

Узагальнюючи, можна сказати, що психологічне інформаційне поле здоров'язбереження включає потреби і мотивацію, емоційні переживання і відносини, вміння ставити цілі, складати програми, прогнозувати результати і дії, а також співвідносити їх з особистими та соціальними еталонами. З позиції психології − це рухливі динамічні утворення, які в кожний поточний момент під впливом різних чинників можуть згасати, але зберігатися у довгостроковій пам'яті й в потрібний момент активізуватися і впливати на роботу мозку і психіки.

Особливу роль в цьому процесі відіграє система «схеми тіла», що сприяє розвитку як рухових і просторових процесів, так і психологічного образу «Я», що веде до прийняття норм, еталонів фізичного та психологічного здоров'я у кожний окремий період. Крім того, подібні психологічні структури, як,

наприклад, внутрішня картина хвороби, тісно взаємопов'язані з показниками функціонального стану мозку [171 та ін.].

У сприйнятті та переробці інформації бере участь весь мозок, забезпечуючи основу об'єктивних та суб'єктивних відчуттів, уявлень, емоційних переживань, особистісного реагування та поведінки, що призводить до прийняття рішень, цілей та програм поведінки, спрямованих на здоров'язбереження.

У цьому складному процесі переробки отриманої інформації формується установка на здоров'я та якісне життя. Важливу роль при цьому відіграє самооцінка себе та свого статусу, ставлення до здоров'я і, тим більше, до психологічного здоров'я. Такі установки протягом життя формуються і автоматизуються, тим самим допомагаючи молодій людині зберігати свої резерви і потенціал.

Важливо наголосити, що розвиток вищих психологічних структур, як системних утворень, тісно пов'язаний з усіма процесами організму, психіки.

Таким чином, всі предиктори здоров'язбереження пов'язані між собою і представляють інформаційно-інтегративну психологічну систему компонентів, де провідну роль відіграє особистість молодої людини як система відносин.

Поряд із реальним адекватним сприйняттям інформації про здоров'я, особистістю кожної конкретної молодої людини формуються власні уявлення та переживання з приводу власного здоров'я, як фізичного, так і психологічного, що визначається як внутрішня картина здоров'я, яка співвідноситься із загальноприйнятими соціумом нормами та еталонами, а також емоційним ставленням, пов'язаним із системою цінностей особистості.

Позитивне ставлення до власного здоров'я дозволяє зберігати свої резервні можливості, необхідні для подолання життєвих труднощів і стресів.

Літературних даних щодо вивчення внутрішньої картини здоров'я вкрай мало, хоча цей аспект вивчення психологічного здоров'я величезний і

стосується всіх груп населення, у тому числі хворих молодих людей з різними органічними та функціональними розладами.

Особливо це важливо для молодих осіб із уже наявними дезадаптивними формами поведінки, оскільки тема здоров'я, і тим більше психологічного здоров'я, має психопрофілактичний напрямок для здоров'язбереження у всіх випадках життя [153; 171 та ін.].

Таким чином, одним із важливих предикторів здоров'язбереження є адекватне сприйняття інформації із зовнішнього світу та внутрішнього середовища. Специфіка здоров'язбереження визначається різними предикторами у кожної конкретної молодої людини.

Тому метою цього етапу емпіричного дослідження було вивчення основних соціально-психологічних предикторів здоров'язбереження у молоді в спокійному та постстресовому стані у зв'язку із завданнями діагностики, психопрофілактики та психологічної корекції.

Обстежено групу учнівської молоді (УМ) (118 осіб). З них 66 осіб, які перебували в постстресовому стані (42 чоловіка, 24 жінки) – I група (група ризику), та 52 здорові молоді особи без стресових впливів у поточному стані (29 чоловіків, 23 жінки) – II група (група норми).

Також обстежено студентську молодь (СМ) – 96 осіб; 49 з них перебували в постстресовому стані (12 чоловіків, 37 жінок) – III група (група ризику), 41 особа − без стресових впливів у поточному стані (19 чоловіків, 22 жінок) – IV група (група норми).

Методами емпіричного дослідження виступили: шкала оцінки психічного статусу (Mini-mental State Examination, MMSE) (M. Folstein), «Подвійний тест», «Коректурна проба» (варіант із кільцями Ландольта); особистісна шкала проявів тривоги (Teilor's Manifest Anxiety Scale, TMAS), шкала самооцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), тест агресивності Баса-Даркі (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI), опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів (ICAC), стандартизований

багатофакторний метод дослідження особистості, методика діагностики самооцінки (Т. Дембо, С. Рубінштейн).

Когнітивний статус групи СМ за даними проведених проб та MMSE (M(SD) = 29,22 (2,05)): помірні когнітивні порушення.

У цілому, групу СМ склала студентська молодь, яка намагалася вести активний спосіб життя, мала хобі, відвідували спортивно-тренажерні зали, тобто вела активний спосіб життя, проявляючи активний інтерес до соціально-побутових та культурних заходів.

Дослідження проводилося за допомогою всіх представлених методик. Статистична обробка даних здійснювалася з використанням програми Statistica (версія 25.0.1.0), при використанні критерію t-Стьюдента.

У психологічному статусі осіб групи УМ (I та II підгрупи) відзначалося зниження показників резервних можливостей пам'яті (відношення оперативної пам'яті до безпосередньої пам'яті) за даними «Подвійного тесту» (табл. 3.17).

У I групі УМ, порівняно з II групою норми, було знижено показники оперативної пам'яті та пропускної спроможності зорового аналізатора. Всі інші показники пам'яті та уваги перебували в межах нормативних значень.

Таблиця 3.17

Когнітивні та емоційні показники респондентів I та II груп

Методики	**Показники**	**I група**	**II група**	**Норми**	**t-критерій**	**p-рівень**
		M (SD)				
Подвійний тест	БП	6,13 (1,16)	6,7 (0,94)	5-9	-4,16	0,000066
	ОП	3,31 (0,89)	4,15 (0,92)	4-6,3	-4,52	0,000014
	ІКП	5,22 (1,78)	6,32 (1,48)	6,27-11,9	-3,89	0,000188

Продовж. табл. 3.17

Коректурна проба	n	24,07 (12,8)	16,7 (10,4)	5-23	3,32	0,001318
	T	289,5 (117,2)	261 (83,07)	189-279	2,82	0,004779
	Sn	1,3 (0,61)	1,49 (0,60)	1,33	-2,86	0,004912
TMAS	Тривога	33,21 (8,98)	20,6 (9,75)	5-15	7,16	0,000000
ICAC	Страх (загальний)	139,4 (46)	105,8 (37,3)		4,35	0,000024
	Страх (чол.)	107 (37,72)	107,17 (39)	73,2-82,6		
	Страх (жін.)	132,9 (48,5)	150,6 (20,8)	101,5-106,5		
BDHI	Ворожнеча	10,05 (3,24)	8,7 (4,11)	8-11	2,8	0,010316

Примітка: БП − безпосередня пам'ять, ОП − оперативна пам'ять, ІКП − індекс короткочасної пам'яті, n − кількість помилок у коректурній пробі, Т − час виконання коректурної проби, Sn − пропускна спроможність зорового аналізатора.

Виявлено достовірні відмінності між І та ІІ групою учнівської молоді: показники безпосередньої пам'яті, оперативної пам'яті, індекс короткочасної пам'яті та пропускна здатність зорового аналізатора були вищими, а показники кількості помилок та часу виконання коректурної проби нижчими у ІІ групі, порівняно з І групою.

В обох групах (I та II) спостерігалися підвищення рівня тривоги та страху, які були достовірно вищими в I групі. Особистісні особливості у групі молодих осіб (СМДО) характеризувалися провідним піком за шкалою 8 «аутистичність» і підвищеними показниками за шкалами 7 «тривожність», 6 «ригідність» і за шкалою F (шкала достовірності), що в цілому є характерним для осіб юнацького віку і свідчить про прагнення підкреслити свою індивідуальність, незвичайність і водночас вказує на недостатні знання про свою особистість, занепокоєння щодо оцінної думки інших осіб.

Конфігурація профілю особистості в обох групах була подібною, проте значною мірою відрізнялася висотою шкал. Профіль II групи (без стресу) свідчив про наявність акцентуацій за збереження адаптивних можливостей особистості. Профіль I групи характеризувався як «плаваючий» і свідчив про стан вираженого стресу та дезадаптації.

Слід підкреслити, що всі показники особистісних шкал за даними СМДО в I групі були значно вищими за норму і мали достовірні відмінності в порівнянні з II групою (без стресу). Отримані результати можуть свідчити про генералізовану та недиференційовану реакцію на стрес учнівської молоді I групи, а також про виражений стан дезадаптації, коли включаються всі особистісні ресурси молодої людини.

Самооцінка здоров'я (M (SD) = 8,79 (1,43)) і ставлення до життя (M (SD) = 8,29 (1,76)) за методикою Дембо-Рубінштейн у молодих здорових респондентів II групи характеризувалася як «висока», а в I групі молодих осіб зі стресом самооцінка здоров'я дорівнювала СО Зд = 5,32±2,51; ставлення до життя СО СЖ = 5,19±2,53. Показники самооцінки були достовірно вищими у II групі, ніж у I групі (СО Зд: $t = -8,67$, $p<0,0001$; СО СЖ: $t = -7,69$, $p < 0,0001$).

Таким чином, результати проведеного емпіричного дослідження в групі учнівської молоді виявили підвищені показники тривоги та страху в обох підгрупах. У групі респондентів, які перебували в актуальній стресовій ситуації, спостерігалося зниження оперативної пам'яті та концентрації уваги,

низька самооцінка та виражені дезадаптивні явища, порівняно з І групою молодих здорових осіб без стресових ситуацій у поточному стані.

За даними вивчення психологічного статусу в ІІІ і ІV групах респондентів студентського віку, виявилося помірно виражене зниження показників оперативної пам'яті та індексу короткочасної пам'яті за даними «Подвійного тесту», а також низька пропускна здатність зорового аналізатора та виражене зниження концентрації уваги.

Таблиця 3.18

Когнітивні та емоційні показники ІІІ і ІV груп та достовірні відмінності між ними

Методики	**Показники**	**ІІІ група**	**ІV група**	**Норма**	**t-критерій**	**p-рівень**
		M (SD)				
Подвійний тест	БП	5,7 (1,11)	5,6 (0,49)	5-9	-0,44	0,63
	ОП	2,69 (0,78)	2,79 (0,68)	4-6,3	-0,69	0,55
	ОП/БП	0,48 (0,21)	0,50 (0,16)	0,6-0,86	-0,53	0,58
	ІКП	4,40 (0,77)	4,44 (1,48)	6,27-11,9	-0,49	0,54
Коректурна проба	n	34 (15,9)	36,7 (14,9)	5-23	-1,58	0,12
	T	343,5 (152,6)	365,8 (83,1)	189-279	0,87	0,28
	Sn	0,74 (0,28)	0,76 (0,23)	1,33	0,56	0,51
TMAS	Тривога	22,34 (7,62)	17,6 (7,29)	5-15	2,32	0,01

Продовж. табл. 3.18

ІСАС	Страх (загальний)	125,7 (41,32)	91,28 (38,12)		3,46	0,0006
	Страх (чол.)	107 (35,97)	105,14 (36,3)	77,9 (4,7)		
	Страх (жін.)	134,6 (47,8)	150,2 (20,7)	104 (2,5)		

Примітка: БП − безпосередня пам'ять, ОП − оперативна пам'ять, ІКП − індекс короткочасної пам'яті, п − кількість помилок у коректурній пробі, Т − час виконання коректурної проби, Sn − пропускна спроможність зорового аналізатора.

У групі ІІІ виявлявся підвищений рівень тривоги (за шкалою Тейлора) та високий показник страху (ІСАС), порівняно з даними респондентів ІV групи. Конфігурація профілю особистості (за даними СМДО) була майже подібною в обох групах. Профіль респондентів ІІІ групи достовірно відрізнявся за показниками шкал 2 «песимістичність» ($t = 2,48$, $p = 0,013369$), 4 «імпульсивність» ($t = 2,19$, $p = 0,033876$), 7 «тривожність» ($t = 2,12$, $p = 0,042134$), порівняно з профілем у групі ІV, що відображає змішаний тип реагування на ситуацію стресу, переважно гіпостенічного типу.

Показники самооцінки здоров'я та ставлення до життя у ІІІ групі склали 5,88±1,67 та 7,31±1,83 бали, а у ІV групі – 6,42±1,79 та 8,11±1,86 бали відповідно. Достовірні відмінності між групами були відсутні (СО Зд: $t = -0,68$, $p = 0,44$; СО СЖ: $t = -1,17$, $p = 0,31$).

Таким чином, у психологічному статусі осіб групи СМ на перший план виступали підвищені показники тривоги та страху, помірно знижені показники когнітивних функцій (пам'яті та уваги). В особистісному плані респонденти групи СМ характеризувались підвищеним контролем над емоціями та

поведінкою, стурбованістю питаннями свого здоров'я, високою самооцінкою ставлення до життя. У ситуації стресу респонденти демонстрували гіпостенічний тип реагування, що не призводить до дезадаптації.

Враховуючи різницю в психологічному статусі аналізованих груп, представляло інтерес порівняння груп з урахуванням вікового чинника та актуального стану респондентів. При порівнянні груп УМ та СМ були виявлені достовірні відмінності за показниками когнітивних функцій (табл. 3.19-3.20).

Таблиця 3.19

Показники когнітивних функцій у групах учнівської та студентської молоді (I та III групи), які мають достовірні відмінності

Методики	**Показники**	**I група**	**III група**	**Норма**	**t-критерій**	**p-рівень**
		M(SD)				
Подвійний тест	БП	6,18 (1,24)	5,8 (1,02)	5-9	3,26	0,0014
	ОП	3,36 (0,88)	2,64 (0,82)	4-6,3	2,49	0,0122
	ІКП	5,24 (1,97)	4,26 (1,8)	6,27-11,9	2,13	0,0434
Коректурна проба	n	24,56 (12,78)	31,24 (16,03)	5-23	-2,40	0,0220
	T	283,5 (122,7)	342,7 (131)	189-279	-2,18	0,0286
	Sn	1,18 (0,46)	0,82 (0,29)	1,33	3,17	0,0020

Примітка: БП − безпосередня пам'ять, ОП − оперативна пам'ять, ІКП − індекс короткочасної пам'яті, n − кількість помилок у коректурній пробі, T

− час виконання коректурної проби, Sn − пропускна спроможність зорового аналізатора.

Таблиця 3.20

Показники когнітивних функцій у групах учнівської та студентської молоді (II та IV групи), які мають достовірні відмінності

Методика	**Показники**	**II група**	**IV група**	**Норма**	**t-критерій**	**p-рівень**
		M(SD)				
Подвійний тест	БП	5,4 (0,88)	5,56 (0,74)	5-9	7,48	0,0000
	ОП	3,54 (0,65)	2,48 (0,82)	4-6,3	6,91	0,0000
	ІКП	6,42 (1,39)	4,65 (1,7)	6,27-11,9	5,77	0,0000
Коректурна проба	n	15,4 (12,3)	35,8 (14,98)	5-23	35,2	0,0000
	T	245,9 (83,22)	365,9 (82,65)	189-279	333,4	0,0000
	Sn	1,43 (0,59)	0,78 (0,19)	1,33	0,76	0,0000

Примітка: БП − безпосередня пам'ять, ОП − оперативна пам'ять, ІКП − індекс короткочасної пам'яті, n − кількість помилок у коректурній пробі, T − час виконання коректурної проби, Sn − пропускна спроможність зорового аналізатора.

Показники безпосередньої пам'яті, оперативної пам'яті, індексу короткочасної пам'яті та пропускної спроможності зорового аналізатора були вищими, а показники кількості помилок та часу виконання коректурної проби

− нижчими в групах респондентів (III та IV), порівняно з респондентами груп I та II.

Порівняння I та III груп за показниками емоційної сфери дозволило виявити відмінності у показниках тривоги, депресії та агресії: у групі учнівської молоді вони виявилися достовірно вищими, ніж у групі осіб студентського віку. При порівнянні II і IV груп достовірні відмінності були представлені показниками агресії: у групі учнівської молоді значення виявилися вищими, ніж у групі студентів.

Таблиця 3.21

Показники емоційної сфери респондентів, які мають достовірні відмінності

Методики	**Показники**	**I група**	**III група**	**Норма**	**t-критерій**	**p-рівень**
		M(SD)				
TMAS	Тривога	32,34 (9,63)	23,46 (7,59)	5-15	5,8579	< 0,0001
SDS	Депресія	48,76 (12,39)	42,03 (6,13)	0-49	4,3471	< 0,0001
BDHI	Загальна агресія	16,41 (5,85)	11,52 (3,68)	12-17	7,3492	< 0,0001
	Ворожнеча	10,12 (3,30)	5,76 (2,41)	8-11	7,5485	< 0,0001
Методики	**Показники**	**II група**	**IV група**	**Норма**	**t-критерій**	**p-рівень**
		M(SD)				
BDHI	Загальна агресія	15,28 (5,7)	11,7 (3,85)	12-17	4,5468	< 0,0001
	Ворожнеча	8,4 (4,11)	6,3 (3,82)	8-11	4,3354	< 0,0001

Порівняння I і III груп за показниками опитувальника СМДО виявило достовірні відмінності за всіма шкалами поведінкової тетради: 4 «імпульсивність» (t = 3,66, p = 0,000459), 6 «ригідність» (t = 3,68, p= 0,000298), 8 «аутистичність» (t = 4,54, p = 0,000016), 9 «оптимістичність» (t = 7,77, p < 0,0001), а також за шкалами 5 «маскулінність–фемінність» (t = 3,65, p = 0,000265), 7 «тривожність» (t = 4,11, p = 0,000086) і шкалі F (вірогідність) (t = 5,49, p < 0,0001): показники групи УМ виявилися вищими, ніж показники групи СМ.

Самооцінка ставлення до життя в I групі (5,19 ± 2,61) була достовірно нижчою (СО СЖ: t=-2,83 p=0,0042), ніж у III групі (7,34 ± 2,21 балів). Самооцінка здоров'я в I та III групі не відрізнялася.

При порівнянні показників респондентів II і IV груп були виявлені такі відмінності: показники шкал 1 «невротичний понадконтроль» (t = -2,14, p = 0,034592), 3 «емоційна лабільність» (t = -3,70, p = 0,000369), L (t = -5,12, p = 0,000003) і K (корекції) (t = -6,17, p < 0,0001) виявилися достовірно вищими в групі СМ, а показники шкал 5 «маскулінність-фемінність» (t = -3,72, p = 0,000381), 6 «ригідність» (t = 4,59, p = 0,000006), 8 «аутистичність» (t = 2,13, p = 0,033472), 9 «оптимістичність» (t = 5,34, p = 0,000001) виявилися вищими у групі учнівської молоді.

Самооцінка здоров'я в II групі (8,63 ± 1,54) була достовірно вищою (t = 5,91, p < 0,0001), ніж у IV групі (6,44 ± 1,91). За самооцінкою ставлення до життя достовірних відмінностей між II та IV групою виявлено не було.

Таким чином, порівняння груп виявило достовірні вищі показники когнітивних функцій, агресії та показників шкал СМДО (5, 6, 8, 9) в учнівської молоді, порівняно зі студентами. Вищезгадані показники шкал СМДО слід інтерпретувати як більшу вираженість таких особистісних тенденцій в учнівської молоді, у порівнянні зі студентами: прагнення до індивідуалізму,

висока мотивація досягнень, емоційна чутливість, уразливість та підвищений ризик поведінкових реакцій у ситуації стресу.

Достовірно вищі значення шкал L, K, 1, 3 групи студентської молоді без стресу свідчать про переважання змішаного типу реагування поза стресової ситуації і тенденції до орієнтації на соціальні правила і норми.

Відсутність достовірних відмінностей у самооцінці здоров'я та ставлення до життя у III та IV групах та значне зниження самооцінки у респондентів I групі, порівняно з досліджуваними II групи, свідчить про більшу стійкість самооцінки студентів до стресових впливів, порівняно з самооцінкою учнівської молоді.

Порівняння психологічного статусу респондентів показало, що в учнівської молоді відзначалися більш високі показники когнітивних функцій (пам'яті та уваги) та агресивних явищ. В особистісному плані учнівська молодь переважно демонструвала стенічний (активно-поведінковий) тип реагування на стрес. Разом із тим, учнівська молодь характеризувалася підвищеними показниками тривоги та страху, що підтверджує наявність нестійкості та внутрішньої напруженості в їхньому емоційному стані, і, відповідно, погіршення їхнього психологічного здоров'я. Усе це можна пояснити різницею в структурі та функціонуванні регуляторних механізмів психічної діяльності у респондентів різних груп.

Сильні емоції та негативні емоційні стани є природними супутниками юнацького віку, оскільки молодь стикається з завданнями, які продиктовані віковими особливостями розвитку та об'єктивною культурно-історичною реальністю: професіоналізація, вступ у близькі відносини, створення сім'ї, формування системи цінностей та світогляду, розвиток самооцінки. Як важливий соціально-психологічний чинник тут виступає й історія індивідуального розвитку: характер виховання та дитячо-батьківських відносин, наявність у минулому виражених стресів і психотравмуючих

обставин. В окремих випадках, у критичні періоди вікового розвитку можуть відбуватися особистісна дезадаптація, закріплення невротичних способів реагування та патопсихологічний розвиток тощо.

Реакція на стрес в учнівської молоді, при якій відзначалося зниження показників когнітивних функцій, наростання емоційної, особистісної напруженості та зниження самооцінки, швидше за все свідчать про недостатність резервних можливостей для подолання стресу, що призводить до стану гіперзбудження та особистісної дезадаптації.

Одночасне зниження самооцінки здоров'я та ставлення до життя свідчить про те, що ті труднощі, з якими зіткнулися ці респонденти, значною мірою вплинули на їхню оцінку себе та своїх можливостей. Їхня оцінка власного здоров'я, як правило, недостатня поки здоров'я не порушено і не перебуває у списку пріоритетів, а лише декларується як цінність. Усе це свідчить про те, що внутрішня картина здоров'я, яка трактується як особливе ставлення до свого здоров'я, яке виражається в усвідомленні цінності та активному позитивному прагненні до його досконалості, у цей період ще не сформовано. Опорою для оцінки та подальшого регулювання власного стану і поведінки в стресі будуть виступати суб'єктивно пережиті неприємні відчуття.

Отримані дані наголошують на важливості формування внутрішньої картини здоров'я, за відсутності якої ми спостерігаємо реакції дезадаптації та погіршення здоров'я в учнівської молоді.

На відміну від учнівської молоді, студенти з помірними когнітивними порушеннями мають більший досвід подолання стресу, який разом із усвідомленням цінності здоров'я, як необхідного компонента подальшого повноцінного життя виступає основою для формування та функціонування внутрішньої картини здоров'я. При зіткненні зі стресовою ситуацією студенти демонструють більш диференційовану і менш виражену реакцію на стрес, порівняно з учнівською молоддю, а їх самооцінка та показники когнітивних

функцій істотно не різняться в спокійному та постстресовому станах. Незважаючи на те, що реакція на стрес у студентів носить гіпостенічний характер, який передбачає зниження рівня активності, відмову від задоволення певних потреб та обмеження поведінки − їх самооцінка здоров'я та ставлення до життя залишається на колишньому високому рівні. Все вищезазначене свідчить про те, що турбота про здоров'я та якість власного життя завдяки механізмам інтеріоризації та автоматизації позитивної установки на здоров'я залишається для студентської молоді в пріоритеті.

Виходячи з отриманих результатів виникає необхідність у роботі з учнівською молоддю для формування у неї психологічної стійкості. Рекомендації щодо її досягнення пов'язані з розвитком здатності до самоспостереження, самооцінювання та рефлексії, а також з умінням розпізнавати свої відчуття, думки, емоційні стани, тобто формувати відповідні функціональні системи, що дозволяють свідомо відстежувати, регулювати та змінювати поведінку щодо власного здоров'я (формувати автоматичну позитивну установку на здоров'я).

В учнівської молоді в стані особистісної дезадаптації під впливом сильних емоцій спостерігалося домінування процесів збудження, що свідчить про те, що контролюючі механізми емоційно-особистісної сфери у респондентів не справляються зі стресом, оскільки автоматизм психологічної установки на здоров'я не сформовано. Однією зі структур, необхідних для підтримки та збереження здоров'я, є внутрішня картина здоров'я, яку необхідно вивчати для більш глибокого розуміння психологічних механізмів здоров'я та методів його збереження і корекції.

Таким чином, за основними результатами проведеного дослідження було встановлено, що психологічний статус у групах респондентів різного віку характеризувався підвищеними показниками тривоги та страху, а також наявністю особистісної напруженості. Відмінності між групами респондентів

у спокійному стані були вивчені за показниками когнітивних, емоційних та особистісних процесів.

Група учнівської молоді в спокійному стані демонструвала більш високі показники когнітивних функцій, агресії, самооцінки здоров'я та більшу схильність до стенічного типу особистісного реагування, порівняно зі студентами.

Група студентів у спокійному стані здебільшого характеризувалася меншими показниками самооцінки здоров'я, порівняно з учнівською молоддю, та схильністю до гіпостенічного типу реагування, що виявляється як в емоціях, так і у поведінці.

Дослідження груп респондентів різного віку в постстресовому стані дозволило встановити, що їх реакція на стрес значною мірою відрізнялася.

Учнівська молодь демонструвала виражену недиференційовану реакцію на стрес, що виявлялася у підвищенні емоційних показників (тривоги, страху, агресії), зниженні показників когнітивних функцій, самооцінки здоров'я та самооцінки ставлення до життя, а також виражене посилення особистісної напруженості. Психологічний стан групи учнівської молоді в постстресовому періоді свідчив про особистісну дезадаптацію.

Група студентів у постстресовому стані демонструвала більш диференційовану і менш виражену реакцію на стрес гіпостенічного характеру, що не призводить до особистісної дезадаптації. У постстресовому стані підвищувалися показники тривоги та страху, посилювалася особистісна напруженість, але при цьому показники когнітивних функцій та показники самооцінки залишалися на тому ж рівні, що й у спокійному стані.

Різниця в реакції на стрес між респондентами різного віку становить інтерес в аспекті стабільності показників самооцінки здоров'я та ставлення до життя в спокійному та постстресовому стані.

Можна припустити, що більш диференційована і менш виражена реакція на стрес у студентської молоді обумовлена автоматичною роботою інформаційно-інтегративної психологічної системи, про яку йшлося вище, і в яку входять різні функціональні психофізіологічні структури, включаючи самооцінку, систему цінностей, внутрішню картину здоров'я та ін.

На відміну від учнівської молоді, у цих респондентів відповідні інформаційно-психологічні структури є більш сформованими та автоматизованими, що проявляється в тому, що при зіткненні зі стресом і при загрозі стану здоров'я вони активізуються та здійснюють регулюючу діяльність щодо організму, мозку та психіки, знижуючи ризик особистісного розвитку.

Отже, встановлено, що в ситуації стресу у студентської молоді, у порівнянні з учнівською молоддю, відзначається більш диференційована реакція на стрес, а показники самооцінки та когнітивних функцій залишаються на колишньому рівні, в той час як учнівська молодь в ситуації стресу демонструє недиференційовану реакцію, що призводить до особистої дезадаптації, погіршення когнітивних функцій та більшої вираженості негативних емоцій (тривоги, страху, агресії, депресії).

Отримані дані свідчать про більшу здатність студентської молоді до регулювання власного здоров'я, порівняно з учнівською молоддю, завдяки більш сформованій позитивній стабільній установці на збереження здоров'я.

У теоретичному плані можна відзначити, що подібні інформаційно-регуляторні психологічні структури мають більшу стійкість і безпеку з часом, що пояснює їх успішне функціонування навіть за наявності когнітивних порушень.

Отримані дані дозволяють виділити ті предиктори, які є основою для формування позитивної установки на здоров'язбереження, а також механізми

регуляції в інформаційно-інтегративній психологічній системі, що відповідає за поведінку особистості щодо здоров'язбереження.

Рекомендується включення таких знань до освітніх закладів у межах психологічної, соціальної, педагогічної, загальномедичної та інших програм.

3.3. Функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої картини здоров'я молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму

На *третьому етапі* емпіричного дослідження було досліджено особливості функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої картини здоров'я молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях).

Як показав попередній аналіз, проблема здоров'я молоді, умов його збереження належить до актуальних як в теоретичному, так і в практичному аспектах соціально-психологічних проблем. Здоров'язбережня молоді є суттєвою умовою соціальної стабільності, прогнозованості процесів, що відбуваються в суспільстві. Зокрема, зростання соціальної ентропії виводить на перший план проблему збереження психологічної стійкості молоді, що також зумовило необхідність пошуку засобів та методів здоров'язбереження молоді загалом.

Висока значущість здоров'язбереження в системі життєвих цінностей молоді визначається тим, що, будучи якісною характеристикою особистості, воно сприяє досягненню багатьох цілей та різних потреб молодої людини. З цих позицій важливим постає аналіз внутрішньої картини здоров'я молодої людини та вивчення особливостей функціонування соціально-психологічних

складових цього конструкту в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Було висунуто припущення, що внутрішня картина здоров'я, представлена на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, визначається соціально-психологічними особливостями молоді, як соціальної групи, та соціально-психологічними особливостями етапів її професіоналізації, а самоактуалізація молоді та особистісна тривожність є детермінантами, що визначають процес і результат здоров'язбереження молодої людини.

На цьому етапі емпіричного дослідження серед його методів були задіяні: опитувальник «Ставлення до здоров'я» (Р. Березовська) − з метою виявлення уявлень респондентів про власне здоров'я та чинники його збереження; методика «Оцінка рівня задоволеності якістю життя» (Н. Водоп'янова) – для діагностики емоційного компонента здоров'я; опитувальник «Стратегії копінг-поведінки», СКП (S. Folkman, R. Lazarus) – з метою виявлення здатності підтримувати оптимальний рівень динамічної рівноваги власної психіки, поведінкового рівня здоров'я; тест «Визначення рівня самоактуалізації особистості» (САМОАЛ) (Е. Шостром) – для виявлення рівня самоактуалізації особистості як конструктивного чинника здоров'я; тест тривожності (Б. Філіпс) – з метою діагностики рівня тривожності як деструктивного чинника здоров'язбереження.

Для перевірки достовірності отриманих у ході емпіричного дослідження даних використовувалися такі методи статистичної обробки, як підрахунок коефіцієнта рангової кореляції Р. Спірмена (для виявлення взаємозв'язку між різними параметрами здоров'я респондентів); обчислення t-критерію Стьюдента (для перевірки статистичної достовірності відмінностей ступеня вираженості рівнів та показників здоров'я респондентів різних спеціальностей та курсів навчання); однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA (для

виявлення значущості впливу фактору А (в якості якого виступав рік навчання) на показники здоров'я, що вимірюються.

Виходячи з розуміння здоров'я, як динамічної рівноваги молодої людини з навколишньою природою та соціальним середовищем, що дозволяє їй повноцінно виконувати соціальні функції, ми розглядали психологічне благополуччя як складовий елемент здоров'я загалом, а також як одну з умов повноцінного функціонування молодої людини та виходили з того, що внутрішня картина здоров'я молоді, представлена на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, визначається соціально-психологічними особливостями молоді, як особливої вікової групи, та соціально-психологічними особливостями етапів професіоналізації молодої людини.

Когнітивний аспект здоров'я досліджувався на основі вивчення динаміки уявлень респондентів різних соціономічних профілів та курсів навчання про сутність здоров'я та чинники його збереження.

У цьому аспекті аналізувалися зміст поняття «здоров'я», його когнітивна складність; значущість цінності «здоров'я» в системі основних особистісних цінностей; уявлення респондентів про існуючі способи збереження здоров'я; індивідуальні схеми здоров'язбереження, а також їх уявлення про ефективність їх реалізації у повсякденному житті. З цією метою використовувалася відповідна шкала методики «Ставлення до здоров'я» (Р. Березовська).

Уявлення респондентів про зміст поняття «здоров'я» виявлялися у вигляді контент-аналізу відповідей на запитанням «Як у кількох словах (чи однією фразою) ви визначили б, що таке здоров'я?». При цьому виявлялися суттєві ознаки здоров'я, з погляду респондентів, та оцінювалася частота їх згадування серед загальної кількості висловлювань. Дані контент-аналізу поняття «здоров'я» представлені у табл. 3.22.

Аналіз даних дозволив виявити такі основні тенденції: більшістю опитаних респондентів різних соціономічних профілей навчання (24,7% студентів-психологів, 21,6% студентів-медиків) здоров'я розуміється як певний комфортний стан, що характеризується гарним самопочуттям та настроєм, оптимальним рівнем активності; значна частина респондентів (15,8% студентів-психологів, 24,3% студентів-медиків) пов'язують поняття «здоров'я» виключно із нормальною роботою організму, відсутністю захворювань; визначаючи здоров'я людини, досліджувані акцентують увагу на такі аспекти як «оптимізм, життєрадісний спосіб життя» (13,6% студентів-психологів, 9,1% студентів-медиків), «внутрішня гармонія, впевненість у собі» (14,7% студентів-психологів, 12,4% студентів-медиків), «здатність справлятися з життєвими труднощами» (7,8% студентів-психологів, 6,8% студентів-медиків); важливою характеристикою здоров'я, на думку респондентів (9,8% студентів-психологів та у 8,8% студентів-медиків), є гармонійне поєднання у людині духовного та фізичного початку.

Таблиця 3.22

Інтерпретація змісту поняття «здоров'я» респондентами

Характеристики «здоров'я»	**Частота згадувань у відповідях респондентів (%)**	
	Психологічний профіль навчання	Медичний профіль навчання
Гарне, комфортне самопочуття, настрій, працездатність	24,7	21,6
Нормальне функціонування всіх органів, відсутність захворювань	15,8	24,3
Стійка нервова система	9,4	3,9

Характеристики «здоров'я»	**Частота згадувань у відповідях респондентів (%)**	
	Психологічний профіль навчання	Медичний профіль навчання
Оптимізм, життєрадісний спосіб життя	13,6	9,1
Внутрішня гармонія, впевненість у собі	14,7	12,4
Гармонія душі та тіла	9,8	8,8
Стабільність, задоволеність	5,2	3,6
Відсутність фізичних та психічних розладів	7,3	6,2
Фізична та психічна зрілість	5,9	3,8
Рух	4,6	4,2
Здатність справлятися з життєвими труднощами	7,8	6,8
Стан, що сприяє роботі, життю, успіху	8,6	4,6

Таким чином, виявлено відмінності у розумінні ключових аспектів поняття «здоров'я» у респондентів різних соціономічних профілів навчання.

Так, студенти, які навчаються за медичним профілем більшою мірою виділяють фізичну складову здоров'я людини, а студенти-психологи більшою мірою – психологічне благополуччя людини, як найважливіший критерій здоров'я.

Ці відмінності представляють особливий інтерес у контексті аналізу умов формування індивідуальної стратегії здоров'язбереження у юнацькому віці.

Різні уявлення респондентів аналізованих профілів навчання про сутність здоров'я будуть визначати різні поведінкові стратегії його збереження.

За результатами аналізу соціальних уявлень респондентів про здоров'я, можна дійти висновку, що цей феномен має складну і багатопланову представленість у самосвідомості і пов'язується, передусім, з психологічним і соматичним благополуччям людини.

Студенти, які навчаються за медичним профілем, більшою мірою виділяють фізичну складову здоров'я людини (здоров'я організму), студенти-психологи більшою мірою акцентують увагу на психологічне благополуччя людини, як найважливіший критерій здоров'я, тобто на його соціально-психологічну складову.

Таким чином, у системі уявлень респондентів про здоров'я можна виділити «загальне» та «особливе».

До загальних, ядерних компонентів системи можна віднести його психологічну та соматичну складові.

До особливих – ієрархію цих компонентів та його змістовну наповненість.

Аналіз ролі категорії «здоров'я» в системі цінностей респондентів показав, що цінність «здоров'я» займає провідну позицію за рівнем значущості незалежно від курсу навчання.

Причому, на відміну від досить вираженої динаміки інших життєвих цінностей, що залежать певною мірою від курсу навчання, цінність «здоров'я» має стабільно високий рівень значущості, незалежно від етапу професійної підготовки (курсу навчання).

Ставлення респондентів до власного здоров'я (емоційна складова), що є індикатором рівня психологічного благополуччя, показником ефективності

реалізації індивідуальної стратегії здоров'язбереження, досліджувалося за допомогою оцінки рівня задоволеності респондентами якістю життя.

У цьому аспекті визначалися як інтегральний показник задоволеності якістю життя, так і показники задоволеності окремими життєвими сферами: роботою, особистісними досягненнями, здоров'ям, спілкуванням з близькими людьми тощо (див. рис. 3.1).

Аналіз показників задоволеності респондентів якістю життя виявив низку відмінностей у молоді різних профілів навчання. Так, найблагополучнішою за показником задоволеності якістю життя сферою у студентів-медиків є сфера «здоров'я», у студентів-психологів – «підтримка».

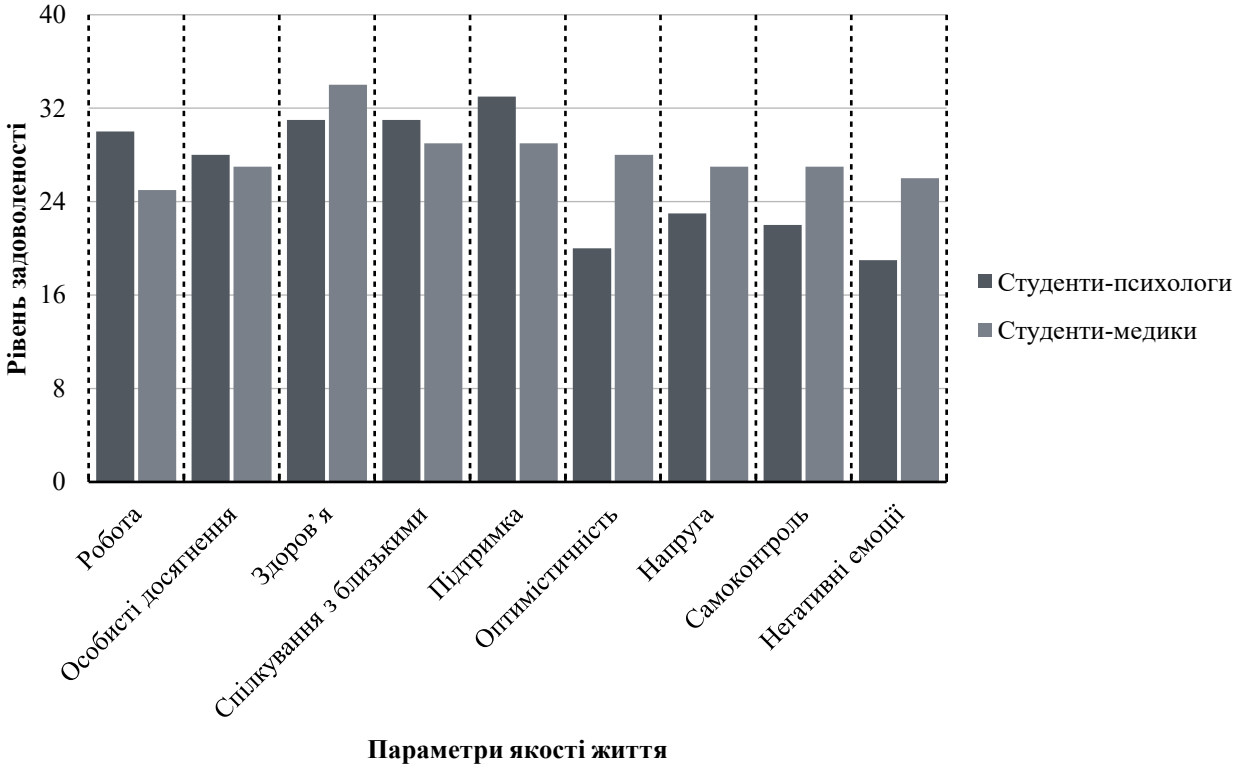

Рис. 3.1. Задоволеність якістю життя респондентів різних соціономічних профілів навчання

Значні відмінності за рівнем задоволеності виявлені і за такими показниками, як «оптимістичність» (p≤0,01), «напруженість» (p≤0,05), «самоконтроль» (p≤0,05), «негативні емоції» (p≤0,05), що свідчить про більш стабільне емоційне підґрунтя і більш мобілізований стан внутрішніх психічних ресурсів студентів-медиків, у порівнянні зі студентами-психологами.

Проведено аналіз динаміки задоволеності якістю життя у респондентів 1, 3, 5 курсів. При цьому виявлено особливості її прояву у студентів цих ЗВО. Основні тенденції динаміки показників задоволеності якістю життя студентів-психологів наведено на рис. 3.2.

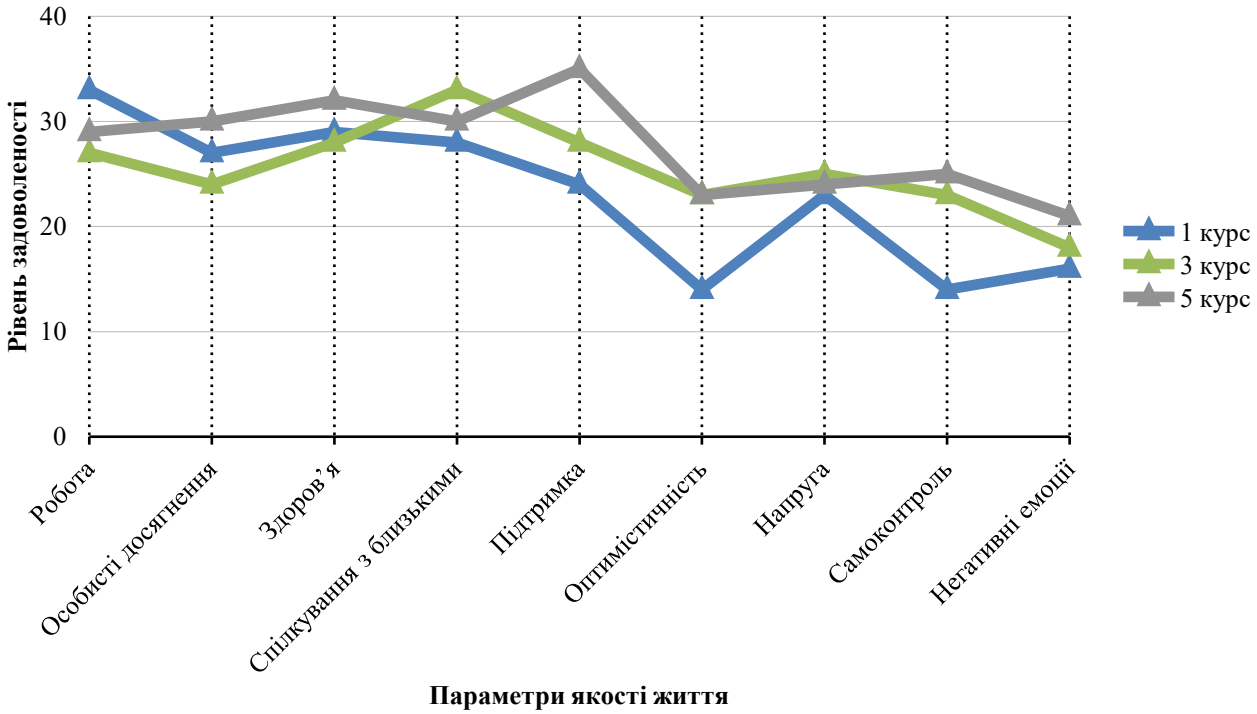

Рис. 3.2. Динаміка задоволеності якістю життя студентів-психологів

Загалом задоволеність показниками рівня життя в різних сферах має позитивну динаміку. Зокрема, збільшується рівень задоволеності за показниками «підтримка» (значущість відмінностей у студентів 1 та 5 курсів на рівні p≤0,01, між 3 та 5 курсом на рівні p≤0,05), «оптимістичність»

(значущість відмінностей між 1 та 5 курсом на рівні p≤0,01), «самоконтроль» (значущість відмінностей між 1 та 5 курсом на рівні p≤0,01), «особисті досягнення та устремління» (значущість відмінностей між 3 і 5 курсом на рівні p≤0,05), «негативні емоції» (значущість відмінностей між 1 та 5 курсом на рівні p≤0,05).

Найбільш стабільними показниками задоволеності якістю життя є «здоров'я» та «спілкування з близькими людьми»; ці параметри мають стабільно високий рівень у респондентів незалежно від курсу навчання.

Найменш сприятливими показниками задоволеності якістю життя є «оптимістичність», «самоконтроль» та «негативні емоції». Слід звернути увагу на те, що особливо низькі значення за цими показниками виявляються у респонденті першого курсу, що дозволяє розглядати період початку навчання у закладі вищої освіти як більш напружений, що потребує мобілізації здоров'я молодої людини.

Особливості динаміки задоволеності якістю життя студентів-медиків наведено на рис. 3.3.

В цілому задоволеність якістю життя вище у респондентів 3 та 5 курсів навчання. Зокрема, 3 курс лідирує за такими показниками задоволеності якістю життя, як «здоров'я» (значущість відмінностей між 3 і 1 курсами на рівні p≤0,01), «напруженість» (значущість відмінностей між 3 і 1 курсами на рівні p≤0,01) «оптимістичність» (значущість різниці курсу значно зростає за показниками задоволеності якістю життя, такими як «робота» (значущість відмінностей між 5 і 3 курсами на рівні p≤0,01, між 5 та 1 курсами на рівні p≤0,05), «оптимістичність» (значущість відмінностей між 5 і 1 курсом на рівні p≤0,01), «здоров'я» (p≤0,05), «особисті досягнення та устремління» (значущість відмінностей між 5 та 1 курсами на рівні p≤0,01).

Найбільш стабільними показниками задоволеності є «підтримка» і «спілкування з близькими», що дозволяє розцінювати цю особливість як залежну від умов професійного навчання.

Провідну позицію за рівнем задоволеності має такий параметр якості життя, як «здоров'я», що становить особливий інтерес у контексті реалізації завдань нашого дослідження. Задоволеність цим аспектом життя є для респондентів важливим потенційним джерелом стресостійкості.

Низькі показники задоволеності якістю життя виявлено у респондентів першого курсу навчання. Можна припустити, що цей період навчання, будучи адаптаційним, вимагає великих витрат нервово-психічної енергії, що знижує рівень задоволеності якістю життя, а отже, й емоційний потенціал здоров'язбереження.

Поведінковий аспект внутрішньої картини здоров'я респондентів досліджувався за допомогою виявлення представленості у них способів підтримки оптимального рівня динамічної рівноваги власної психіки; вивчення індивідуальних способів здоров'ябереження.

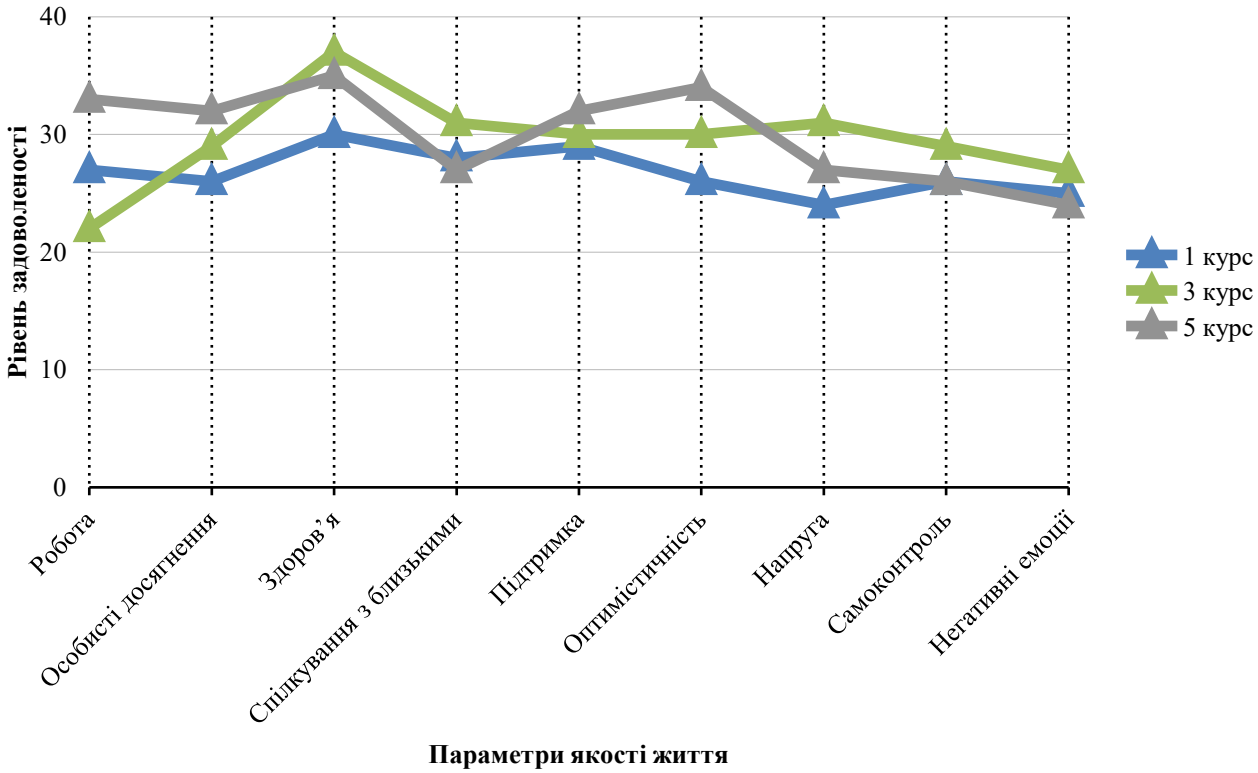

Рис. 3.3. Динаміка задоволеності якістю життя студентів-медиків

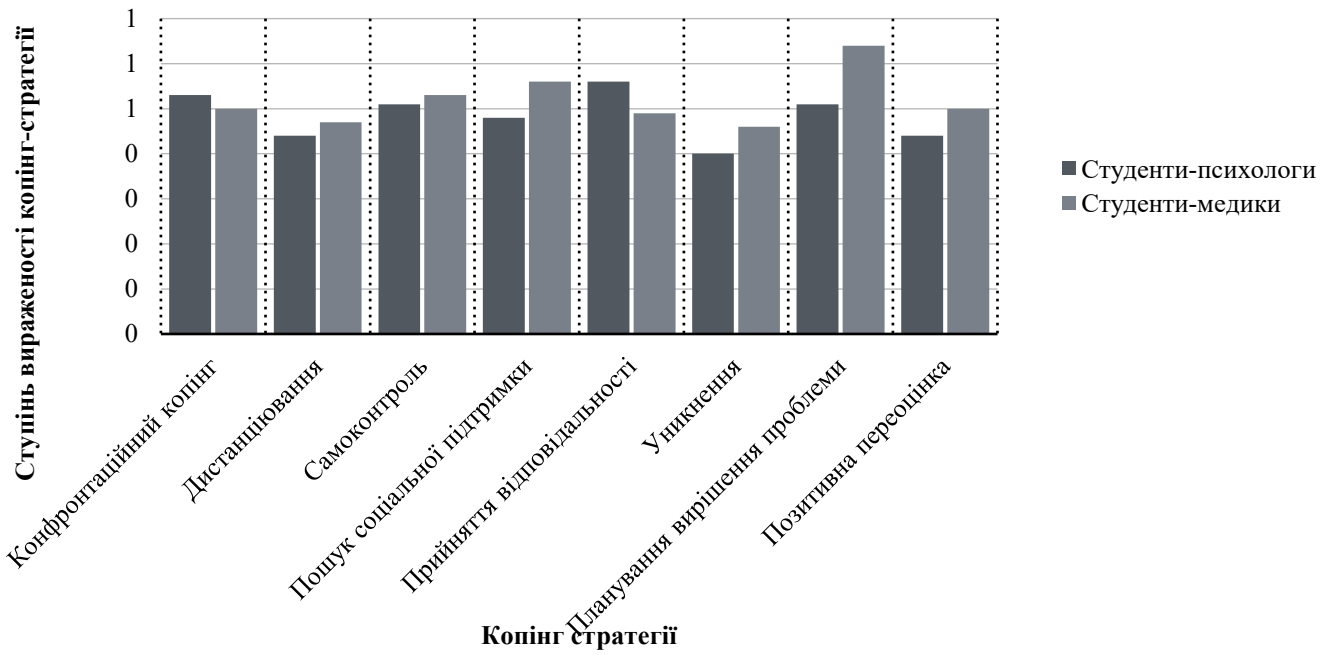

Рис. 3.4. Співвідношення копінг-стратегій у студентів-психологів та студентів-медиків

Аналіз результатів дослідження (див. рис. 3.4) показав, що в цілому в процесі навчання у закладі вищої освіти (від першого до п’ятого курсу) у респондентів збільшується частка конструктивних стратегій подолання внутрішньоособистісної дезінтеграції (планування вирішення проблеми, прийняття відповідальності, позитивна переоцінка), знижується частка низки деструктивних копінг-стратегій (конфронтаційний копінг).

Водночас, виявлено значні відмінності у респондентів різних профілів та курсів навчання. Так, копінг-поведінка студентів медичних спеціальностей характеризується більшою конструктивністю (більше представлені такі копінг-стратегії, як «планування вирішення проблеми», «позитивна переоцінка» та менш представлені такі деструктивні копінг-стратегії як «дистанціювання», «втеча-уникнення»).

Таким чином, було встановлено такі особливості здоров’язбереження респондентів, які актуалізуються на рівні поведінки.

Найбільш представленими в усередненому профілі копінг-стратегій студентів-психологів є такі види копінгу, як «прийняття відповідальності», «конфронтаційний копінг», «самоконтроль» та «планування вирішення проблеми».

У студентів-медиків відмінності щодо рівня використання копінг-стратегій більш виражені. Так, вищі показники, порівняно з іншими видами копінгу, виявленіза копінг-стратегією «планування вирішення проблеми». Слід зазначити, що цей вид копінгу належить до найбільш конструктивних способів подолання проблемної ситуації.

Найменш вираженими стратегіями копінгу респондентів є «дистанціювання» та «втеча-уникнення». Ці стратегії загалом неконструктивні, оскільки проблемна ситуація у разі їх використання не вирішується. Тому низькі значення за цими шкалами – сприятливий показник з погляду аналізу внутрішньоособистісного потенціалу здоров'язбереження респондентів.

Уявлення про оптимальні способи здоров'язбереження також різняться у студентів-медиків та студентів-психологів. Вони орієнтовані на збереження, підтримку наявного рівня здоров'я.

Студенти-медики переважно орієнтовані на зміцнення свого здоров'я, підвищення його рівня. Порівняльний аналіз дій зі здоров'язбереження респондентів показав, що вони мають деякі специфічні особливості. Так, у студентів-медиків найбільш вираженими способами збереження власного здоров'я є: заняття фізичними вправами ($p \leq 0,05$), походи в лазню ($p \leq 0,05$), відвідування спортивних секцій. У респондентів, які отримують спеціальність психолога у значно більшому ступені виражені пасивні стратегії здоров'язбереження: уникнення шкідливих звичок ($p \leq 0,05$), контроль за своєю вагою ($p \leq 0,01$), дієта ($p \leq 0,01$), відвідування лікарів з профілактичною метою ($p \leq 0,05$).

Для виявлення рівня та особливостей самоактуалізації респондентів використано опитувальник САМОАЛ, що дозволив дослідити найважливіші

характеристики особистості, яка самоактуалізується: орієнтацію в часі, погляд на природу людини, прийняття цінностей, креативність та ін. (див. рис. 3.5).

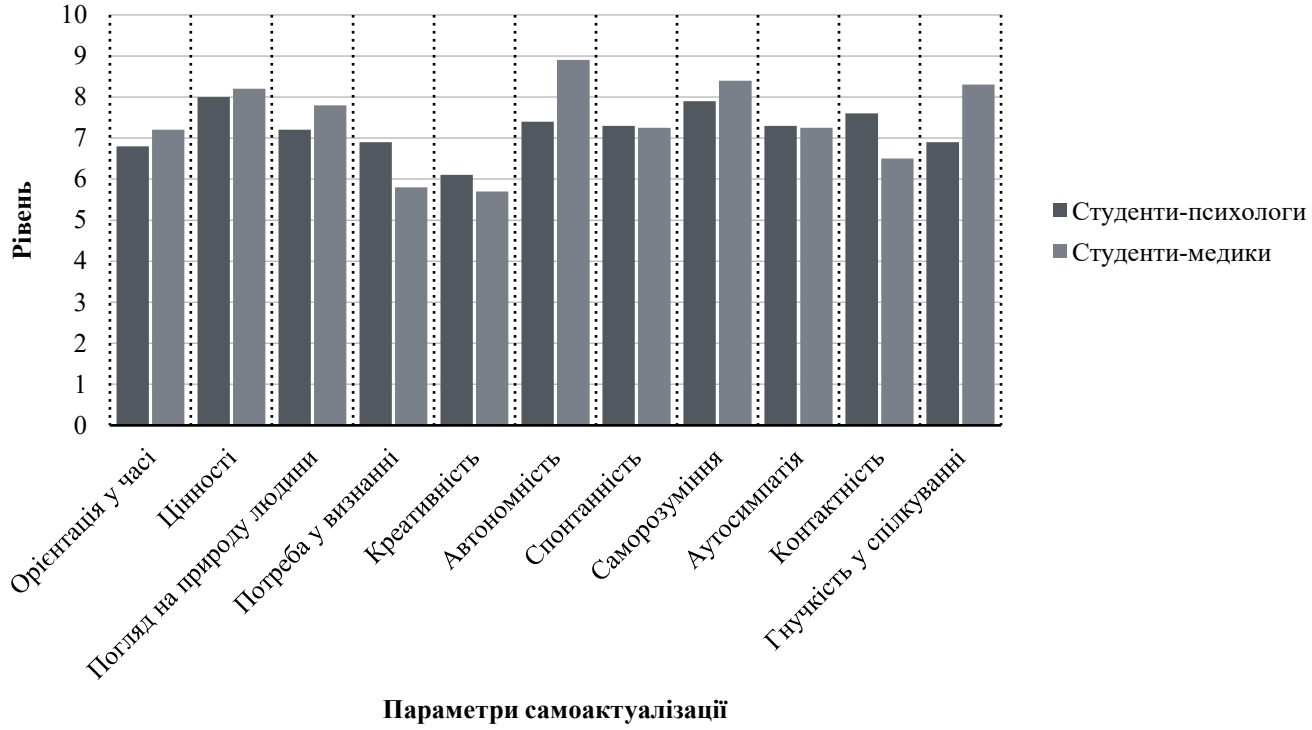

Рис. 3.5. Особливості самоактуалізації респондентів різних соціономічних профілів навчання

В результаті дослідження виявлено, що загалом параметри самоактуалізації респондентів перебувають на середньому рівні та рівні вищий за середній.

За інтегральним показником рівня самоактуалізації значних відмінностей у респондентів не виявлено.

Низький рівень самоактуалізації, незалежно від профілю навчання, виявлено за показниками «креативність», «потреба у пізнанні», «орієнтація у часі». Це свідчить про недостатню актуалізацію творчого потенціалу респондентів.

Найбільш виражені такі показники самоактуалізації: «автономність», «саморозуміння», «гнучкість у спілкуванні».

Особливості динаміки показників самоактуалізації за курсами навчання відображені на рис. 3.6-3.7.

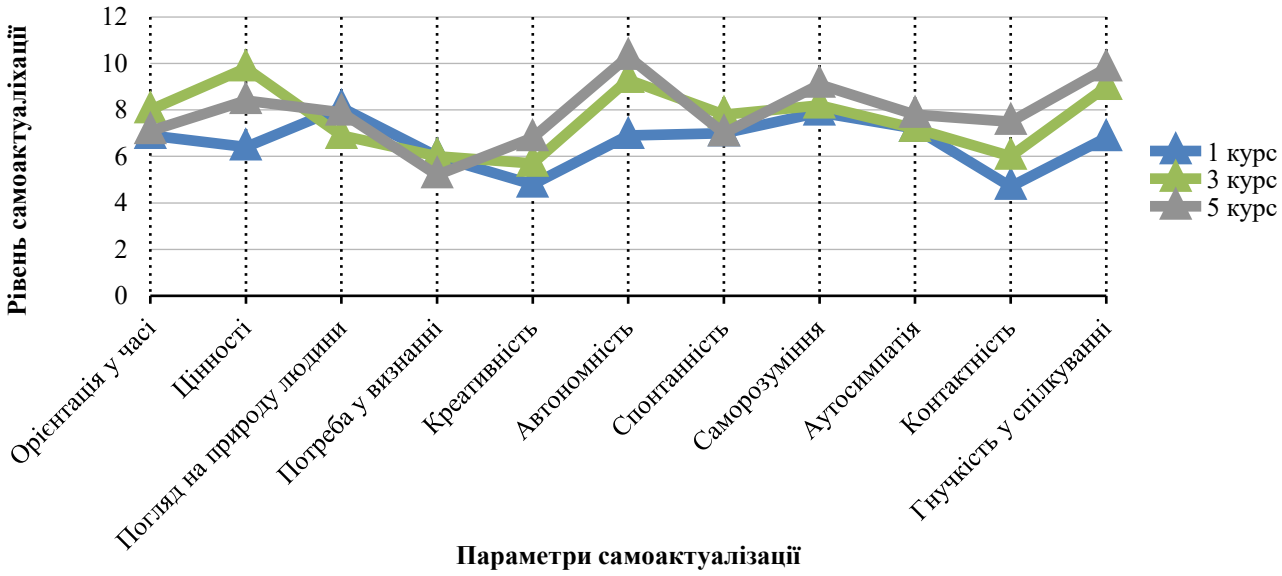

Рис. 3.6. Рівень самоактуалізації студентів-медиків 1, 3, 5 курсів

Аналіз виявив, що показники самоактуалізації респондентів 3 та 5 курсів значно перевищують показники респондентів 1 курсу. Це дозволяє говорити про позитивну динаміку рівня самоактуалізації особистості у процесі навчання. Найбільше зростання рівня самоактуалізації у респондентів виявилося за такими показниками, як «автономність», «цінності», «гнучкість у спілкуванні».

Крім того, у студентів-психологів спостерігається значне зростання за шкалою «автономність» (значущість відмінностей між 1 і 3, 1 і 5 курсами на рівні $p \leq 0,01$), «гнучкість у спілкуванні» (значущість відмінностей між 1 і 5 курсами на рівні $p \leq 0,01$, 1 і 3 курсами на рівні $p \leq 0,05$), «спонтанність» (значущість відмінностей між 1 і 3, 1 і 5 курсами на рівні $p \leq 0,05$), «орієнтація в часі» (значущість відмінностей між 1 та 3 курсами на рівні $p \leq 0,01$, 1 та 5 курсами на рівні $p \leq 0,05$).

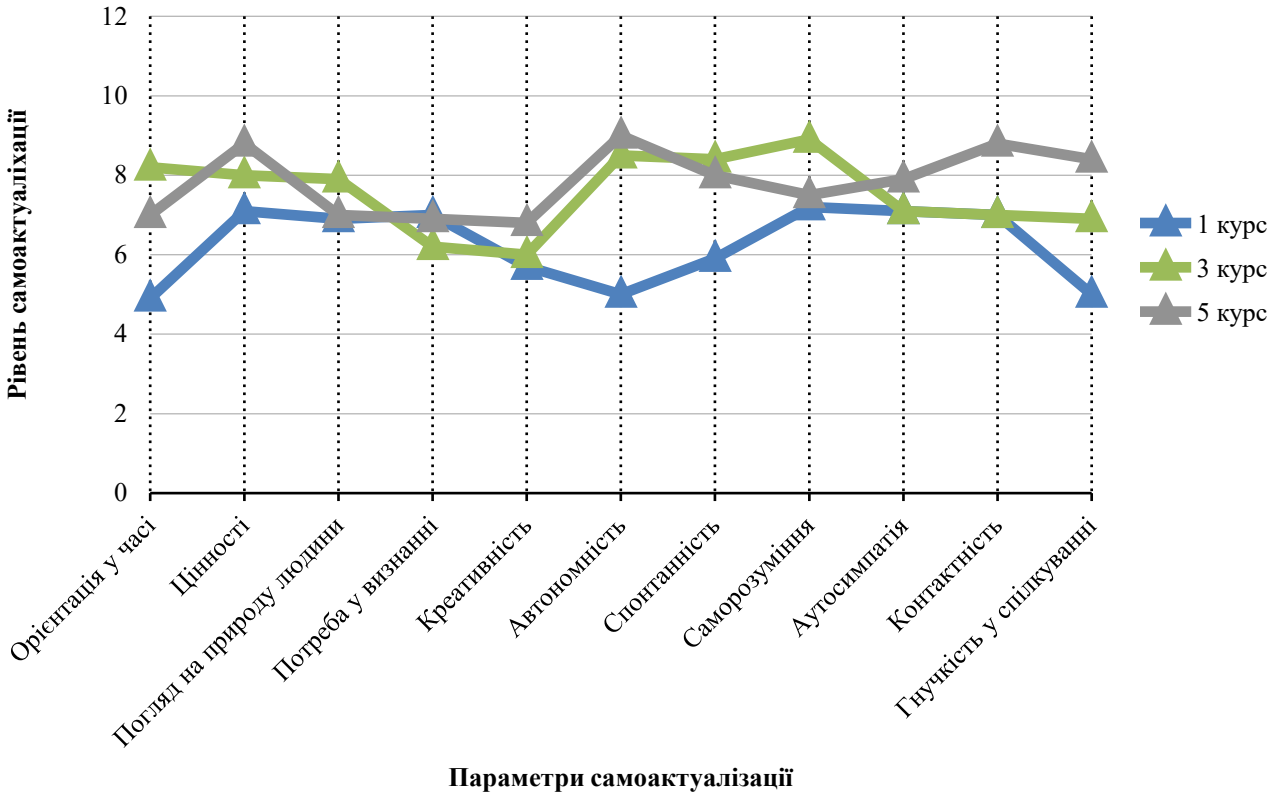

Рис. 3.7. Рівень самоактуалізації студентів-психологів 1, 3 ,5 курсів

У студентів-медиків від 1 до 5 курсу найбільш зростають такі показники самоактуалізації, як «автономність» (значущість відмінностей між 1 і 5 курсами на рівні $p \leq 0,01$, 1 та 3 курсами на рівні $p \leq 0,05$), «гнучкість у спілкуванні» (значущість відмінностей між 1 та 5 курсом на рівні $p \leq 0,01$, 1 і 3 курсами на рівні $p < 0,05$), «цінності» (значущість відмінностей між 1 і 3 курсами на рівні $p \leq 0,01$, 1 і 5 курсами на рівні $p \leq 0,05$).

Отримані дані дозволили дійти висновку, що основні тенденції зростання рівня самоактуалізації від 1 до 5 курсу значущо різняться у респондентів. Зокрема, під час професійного навчання респонденти набувають більшої незалежності, самодостатності, стають більш гнучкими, вільними та відкритими у спілкуванні з іншими людьми, починають розділяти екзистенційну цінність принципу «тут і тепер».

Результати дослідження особливостей прояву тривожності дозволили дійти висновку, що у респондентів переважає підвищений рівень тривожності (див. рис. 3.8). Зокрема, найбільш вираженими показниками тривожності у респондентів, незалежно від профілю навчання є такі, як «загальна тривожність», «переживання соціального стресу», «страх ситуації перевірки знань». Це дозволило зробити висновок, що ці види тривожності ініціюються особливостями системи навчання. Виявлено також відмінності в рівні та характері переживання респондентами тривожності.

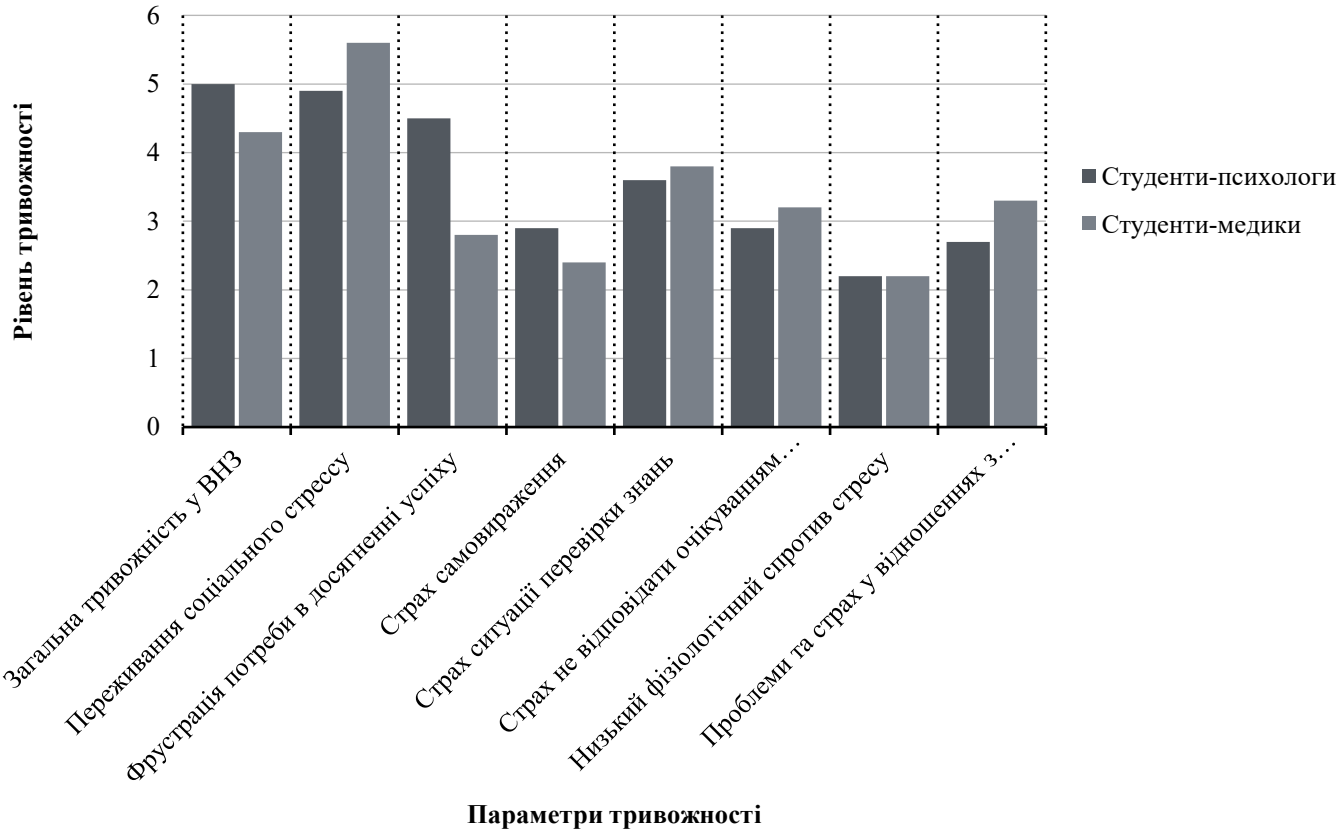

Рис. 3.8. Особливості проявів тривожності у респондентів

У студентів-психологів значно більший такий параметр тривожності, як «фрустрація потреби у досягненні» ($p \leq 0,01$). У студентів-медиків більш виражена тривожність, що викликається соціальними чинниками: «переживання соціального стресу» ($p \leq 0,05$), «проблеми та страхи у відносинах з оточуючими» ($p \leq 0,05$). Факт, що параметри тривожності різняться у студентів аналізованих спеціальностей, свідчить про те, що є об'єктивні передумови, зумовлені специфікою навчання, провокують прояв певних видів тривожності.

Для верифікації гіпотези про наявність взаємозв'язку між параметрами здоров'я респондентів в юнацькому віці та виокремленими соціально-психологічними чинниками здоров'язбереження (рівень самоактуалізації, рівень тривожності), було здійснено кореляційний аналіз, який показав, що якщо конструктивні копінг-стратегії (планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка) виявляють прямий кореляційний зв'язок з низкою шкал самоактуалізації, то неконструктивні види копінгу (конфронтаційний копінг, втеча-уникнення) навпаки розкривають зворотну кореляційну залежність.

З метою перевірки гіпотези про тривожність, як деструктивний чинник здоров'я молоді, було проведено кореляційний аналіз між показниками ставлення до здоров'я на емоційному та поведінковому рівнях та параметрами тривожності.

Виявлено значущий взаємозв'язок між характером копінг-поведінки респондентів та рівнем їх тривожності, зокрема, за такими стратегіями вирішення проблемних ситуацій, як «конфронтаційний копінг» ($p \leq 0,01$), «самоконтроль» ($p \leq 0,01$) (прямі кореляційні залежності), «планування вирішення проблеми» ($p \leq 0,05$), «позитивна переоцінка» ($p \leq 0,05$) (зворотні кореляційні залежності). Таким чином, підтверджено гіпотезу про тривожність як деструктивний чинник здоров'язбереження молоді.

Отже, внутрішня картина здоров'я молоді, будучи інтегральною характеристикою, визначається соціально-психологічними особливостями

студентства, як особливої соціально-демографічної групи, та соціально-психологічними особливостями етапів професіоналізації молодої людини.

У системі цінностей молоді цінність «здоров'я» займає провідну позицію за рівнем значущості незалежно від курсу навчання. Причому, на відміну від досить вираженої динаміки інших життєвих цінностей, які залежать від курсу навчання, цінність «здоров'я» має стабільно високий рівень значущості, незалежно від етапу (курсу навчання).

Важливим конструктивним чинником здоров'язбереження молоді є рівень самоактуалізації. До деструктивних чинників здоров'язбереження молоді належить тривожність як прояв напруженості, стану стресу. Загалом у всіх респондентів має місце позитивна динаміка рівня самоактуалізації в процесі навчання. Причому основні тенденції зростання рівня самоактуалізації студентів від 1 до 5 курсу значно не відрізняються у студентів-медиків та студентів-психологів. Найбільше зростання рівня самоактуалізації у молоді виявляється за такими показниками: «автономність», «цінності», «гнучкість у спілкуванні».

Найбільш вираженими показниками тривожності у молоді, незалежно від профілю навчання, є такі, як «загальна тривожність», «переживання соціального стресу», «страх ситуації перевірки знань». Тобто, в структурі тривожності найбільше представлені компоненти, що мають як соціальну, так і навчально-професійну обумовленість. Загалом тривожність у молоді перебуває на високому рівні і має позитивну тенденцію до зниження за більшістю показників у процесі навчання.

Виявлено відмінності в прояві тривожності у респондентів різних спеціальностей. Так, у майбутніх психологів представлена, перш за все, фрустрація потреби у досягненнях, у студентів-медиків – страх соціального стресу. Ці відмінності проявляються на всіх етапах навчання, в той же час саме за цими, ключовими показниками, спостерігається позитивна динаміка – зниження тривожності у процесі навчання (від першого курсу до третього та від третього до п'ятого).

Виявлено взаємозв'язок між показниками здоров'я молоді (на рівні емоційного та поведінкового компонентів) та рівнем їх самоактуалізації та тривожності. На емоційному рівні виявлено взаємозв'язок між ступенем задоволеності якістю життя респондентів та рівнем їх самоактуалізації, що дозволяє зробити висновок про те, що емоційний аспект внутрішньої картини здоров'я багато в чому визначається рівнем самоактуалізації.

Уявлення про оптимальні способи здоров'язбереження відрізняються у студентів-медиків та студентів-психологів. Так, студенти-психологи більш орієнтовані на збереження, підтримку наявного рівня здоров'я, студенти-медики більшою мірою орієнтовані на зміцнення здоров'я, підвищення його рівня.

Поведінковий компонент внутрішньої картини здоров'я молоді, представлений у дослідженні копінг-стратегіями, що використовуються респондентами, також істотно взаємопов'язаний з показниками їх самоактуалізації.

Конструктивні копінг-стратегії (планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка) виявляють прямий кореляційний зв'язок із низкою шкал самоактуалізації; неконструктивні види копінгу (конфронтаційний копінг, втеча-уникнення) навпаки, мають зворотну кореляційну залежність. Отже, самоактуалізація особистості виступає значною умовою збереження молоддю власного здоров'я.

Таким чином, показники здоров'язбереження молоді мали позитивну динаміку у процесі її професіоналізації. Більш структурованими стають уявлення молодих людей про власне здоров'я, більш осмисленою стає індивідуальна модель здоров'язбереження. Покращилися такі показники здоров'язбереження як рівень задоволеності якістю життя; збільшилася частка конструктивних стратегій подолання внутрішньоособистісної дезінтеграції. У системі цінностей респондентів здоров'я має стабільно високий рівень значущості незалежно від етапу професіоналізації.

Існують відмінності в соціальних уявленнях про здоров'я у молоді різних профілів навчання. Студенти, які навчаються за медичною спеціальністю переважно виділяють фізичну складову здоров'я людини (здоров'я організму). Студенти, які навчаються за спеціальністю «психологія» більшою мірою акцентують увагу на психологічному благополуччі людини як найважливішому критерії здоров'я, тобто на його соціально-психологічній складовій.

Конструктивним чинником здоров'язбереження молоді є рівень самоактуалізації особистості. Найбільше зростання рівня самоактуалізації у молоді виявляється за показниками «автономність», «цінності», «гнучкість у спілкуванні». Деструктивним чинником здоров'язбереження молоді є тривожність, як прояв напруженості, стану стресу. Найбільш вираженими показниками тривожності є «загальна тривожність», «переживання соціального стресу», «страх ситуації перевірки знань». У структурі тривожності найбільш представлені компоненти, що мають соціальну та навчально-професійну обумовленість.

Вплив чинників самоактуалізації особистості та особистісної тривожності респондентів на їх здоров'язбереження актуалізується в емоційному та поведінковому компонентах внутрішньої картини здоров'я.

3.4. Дослідження соціально-психологічної специфіки атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді у вимірі її здоров'язбереження

На *четвертому етапі* емпіричного дослідження було розкрито соціально-психологічну специфіку атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді у вимірі її здоров'язбереження в період суспільних трансформацій.

Насамперед, зазначимо, що в останні десятиріччя суспільство огорнули динамічні трансформації. Україна вчергове в своїй історії переживає важкі часи, перебуває в епіцентрі геополітичних викликів. Окреслена соціальна реальність має визначальний вплив на всі сфери людського буття. Змінені умови реальності, зростання конкуренції зумовлюють висунення нових вимог до молодої людини, яка перебуває на етапі розвитку та професійного становлення.

Сьогодення вимагає від молоді рішучості та відповідальності, впевненості в своїх поглядах і вчинках, мобільності, конкурентоспроможності, орієнтації на ефективну діяльність і схильності постійно навчатися та розвиватися.

На шляху до успіху молоді люди стикаються з перешкодами, викликами й необхідністю подолання розбіжностей між власними й соціальними стандартами, невідповідністю самоочікувань і соціальних очікувань, що часто супроводжується конфліктами, конфронтаціями, пошуком ефективних стратегій копінг-поведінки.

Це актуалізує теоретико-емпіричне вивчення й обґрунтування особистісного становлення та розвитку осіб юнацького віку в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму у вимірі їх здоров'язбереження.

Як відомо, кожна людина формує своєрідний атрибутивний стиль поведінки. Аналізування обраного стилю дозволяє пояснити її потенціал, з'ясувати ціннісні орієнтації, зрозуміти поведінку на шляху до досягнення успіху чи уникнення невдачі, пояснити наміри ризикувати або чекати сприятливого сценарію розвитку подій. Також атрибутивний стиль дозволяє пояснити причини й наслідки несприятливих подій.

Очевидно, що атрибутивний стиль пов'язаний із реагуванням молодої людини на складні ситуації та виклики [165; 294].

Залишається емпірично з'ясувати й обґрунтувати психологічні закономірності такого зв'язку у вимірі здоров'язбереження молодої людини в період суспільних трансформацій.

У науковій літературі є значна кількість досліджень, присвячених проблемі атрибутивного стилю [200; 253]. Водночас, викликає науковий інтерес дослідження атрибутивного стилю респондентів як захисного механізму поведінки у вимірі її здоров'язбереження в період суспільних трансформацій.

В якості вибіркової сукупності виокремлено найактивніше ядро молоді – активістів. Запропонована рандомна вибірка і стратегія дослідження дозволили довести запропоновані припущення, спростити або зміцнити традиційні уявлення про атрибутивний стиль у процесі особистісного самовизначення.

Проаналізовано дослідження атрибутивного стилю у вимірах локусу причинності, що окреслює інтернальну чи екстернальну його природу.

Атрибутивний стиль у теорії навченої безпорадності M. Seligman [283] демонструє його набуту природу в процесі опанування життєвого досвіду.

Такий досвід одній категорії респондентів дозволяє брати відповідальність на себе, а іншій – уникати відповідальності чи перекладати відповідальність за своє життя на обставини та інших осіб.

Це знаходить підтвердження в депресивній безнадійності, яку досліджено L. Abramson et al. [181] і концепції диспозиційного оптимізму, яку представлено C. Carver et al. [201].

У дослідженні Ю. Бохонкової зі співавторами [15] з'ясовано типи навченої безпорадності майбутніх фахівців іноземної філології. Установлено чотири типи атрибуцій, що релевантно відобразили поведінкові патерни студентів-філологів: «Депресивна навчена безпорадність», «Уникаюча навчена безпорадність», «Оптимістична навчена безпорадність» і «Неконтрольована навчена безпорадність».

Зазначено, що окреслені типи є особистісними утворення, які наділені високою вираженістю депресивності, домінуванням песимістичних настроїв атрибутивного стилю поведінки.

Досліджуючи атрибутивний стиль у вимірах емоційних проявів особистості, О. Дудник і Л. Малімон [69] установили, що в респондентів з оптимістичним стилем атрибуції має місце висока вираженість самооцінки самопочуття, активності, настрою та загального психоемоційного стану.

Дослідники обґрунтували, що атрибуція є детермінантою модальності емоційних проявів особистості.

Активна суспільна позиція молодої людини не завжди може супроводжуватися оптимістичною налаштованістю [238].

Психофізіологічні особливості, прагнення досягнути максимального результату за короткий проміжок часу, неосяжна віра в себе можуть спонукати до авантюрник кроків, що супроводжуються надмірно ризиковими вчинками і можуть мати фатальні наслідки [292].

Особи юнацького віку природньо прагнуть до самоефективності. A. Bandura [188] у своєму дослідженні доказав, що наполегливість у діяльності, через здобуття досвіду майстерності, здатна забезпечити подальше підвищення самоефективності. Відповідно, на думку дослідника, це призводить до подальшого зниження захисної поведінки. Така теза є цінною в контексті нашого дослідження, оскільки наполегливість, самоефективність і робота захисних механізмів релевантно окреслюють предмет нашого пошуку. З'ясовано й обґрунтовано низку психологічних закономірностей особистісних якостей юніорів і рівня їх самоефективності [226], а також якостей тренера та самоефективності юніорів [227].

Робота механізму соціального порівняння, як показано у дослідженні Y. Raievska et al. [266], може приховувати значну небезпеку для осіб юнацького віку. Обґрунтовано, що критичні висхідні порівняння можливостей пригнічують респондентів і формують хибні уявлення про недосяжність бажаного результату. Це, в свою чергу, може спонукати до копінг-поведінки.

В оглядовому дослідженні K. Sattar et al. [278] висвітлено ефективні копінг-стратегії студентів-медиків. Найчастіше студенти-бакалаври, які навчалися на медичних спеціальностях, потребували соціальної та емоційної

підтримки. Лідерство, під час якого реалізується підтримка потреб, отримало схвалення серед викладачів і учнів у дослідженні J. Haw, R. King [230].

Дослідники T. Khraban, I. Khraban [233], вивчаючи вплив захисного механізму компенсації на формування особистості лідера, встановили тенденції до використання типу психологічного захисту з рольовим репертуаром поведінки досліджуваних.

Проблема лідерства в юнацькому віці є достатньо релевантною. У дослідженні D. Shek et al. [285] встановлено достовірний зв'язок між «атрибутами лідерства у сфері обслуговування» та «благополуччям» серед студентів університету.

Вчені G. Wolniak et al. [298] у своєму лонгітюдному дослідженні з'ясували, що здобувачі вступають на навчання зі значно нижчими показниками лідерства, а в процесі навчання формують лідерський потенціал.

Операціоналізація навчально-професійної діяльності (Rudyshyn et al. [277]), активна спортивна діяльність (Popovych et al. [260; 261]), включеність у різні сфери суспільного життя спонукають молодих людей демонструвати активну громадянську позицію, бути агентами змін (W. Qibin, W. Jingjing) [265].

Зафіксовано, що у студенток така відмінність є більш суттєвою порівняно зі студентами. Оточення, розвивальний простір мають суттєве значення для формування лідерської позиції [237; 291].

У дослідженні N. Zavatska et al. [302] окреслено психологічні змістові параметри сучасного студентського лідерства. Акцентовано увагу на ціннісних орієнтаціях лідерів, як складовій моделі студентського лідерства, що віддзеркалила життєвий досвід, який відіграє ключову роль під час ухвалення рішень.

Узагальнюємо, що дослідження атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молодих активістів є узвичаєним способом, за допомогою якого вони пояснюють причини та наслідки несприятливого

перебігу подій у контексті пошуку конструктивних і деструктивних способів копінг-поведінки.

Гіпотези дослідження: атрибутивний стиль поведінки респондентів є типовим захисним механізмом їхньої навчально-професійної діяльності. Атрибутивний стиль матиме психологічні кореляти з конструктивними й деструктивними копінг-стратегіями.

Метою цього етапу дослідження виступало з'ясування психологічних закономірностей функціонування атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді у вимірі її здоров'язбереження.

Вихідним положенням дослідження атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки респондентів є ключова теза, що оптимізм формується в людини до досягнення повноліття.

Етапи особистісного і професійного становлення та розвитку осіб юнацького віку є сензитивними в закладенні оптимістичної чи песимістичної світоглядної позиції особистості.

Це знайшло своє відображення в концепції диспозиційного оптимізму C. Carver et al. [200]. У стресових ситуаціях навчально-професійної діяльності, як і будь-якого виду важливої діяльності людини, актуалізується робота захисних механізмів і стратегій копінг-поведінки [216; 239; 284].

Вибіркову сукупність сконструйовано рандомно із залученням студентських груп усіх чотирьох років навчання за освітніми програмами бакалаврату соціономічного напряму.

З кожної групи відібрано соціометричним методом респондентів (n = 52), емпіричні дані яких використано в статистичних операціях.

Здобувачі закладів вищої освіти релевантно відобразили генеральну сукупність, оскільки заклади мали різний рівень акредитації, деякі з них були релоковані, тому враховано географічну складову.

Описові характеристики вибірки: M = 20,21; Me = 20,00; Mo = 19,00; SD = ±4,19.

Витримано паритетний розподіл респондентів за статевою ознакою: чоловічої статі (n = 26; 50,0%) і жіночої (n = 26; 50,0%).

Методикою «Соціометрія», родоначальником якої є J. Moreno [249], з'ясовано соціометричний статус респондентів та інші параметри в контексті завдань дослідження.

Технологію застосування соціометричної методики взято з дослідження N. Zavatska et al. [302]. Ключовими параметрами відбору респондентів були: кількість виборів (КВ), соціометричний статус (СС) і соціометричний індекс (СІ).

Після побудови соціограм мало місце експертне оцінювання. Експертами оцінювання виступили організатори дослідження.

Параметри атрибутивного стилю визначено валідним і надійним інструментом – опитувальником атрибутивного стилю для дорослих (ОАСД), авторство якого належить C. Peterson et al. [254].

Використано версію опитувальника, яку адаптували дослідники Л. Малімон, Т. Дучимінська [108]. Визначено параметри оптимістичного й песимістичного атрибутивних стилів респондентів.

Ключовими критеріями атрибутивного стилю виступили: сталість, широта та персоналізація. Задіяно тільки шкали первинного порядку опитувальника.

Відповідно отримано й задіяно в статистичних операціях дослідження по три шкали кожного з атрибутивних стилів.

Зокрема, три шкали оптимістичного атрибутивного стилю:

- сталість доброго (СД);
- широта доброго (ШД);
- персоналізація доброго (ПД);

та три шкали песимістичного атрибутивного стилю:

- сталість поганого (СП);
- широта поганого (ШП);
- персоналізація поганого (ПП).

Методика об'єднала п'ятдесят чотири твердження. Застосовано пряму шкалу Степела.

Отримані сирі бали переведено в десятибальну шкалу з діапазоном від 1,0 до 10,0 балів вираженості досліджуваного параметру. Коефіцієнт гомогенності Кронбаха (α) зафіксовано на середньому рівні 0,754.

Стратегії копінг-поведінки, якими відображено роботу захисних механізмів, з'ясовано опитувальником з однойменною назвою «Стратегії копінг-поведінки» (СКП) (S. Folkman, R. Lazarus) [216; 239]. Взято в роботу апробовану на українській вибірці версію опитувальника, використану в дослідженні A. Kurova et al. [238].

Запропоновані способи поведінки подолання об'єднано у дві групи – конструктивний і деструктивний копінг.

Конструктивний копінг представляли:

- самоконтроль (СК);
- прийняття відповідальності (ПВ);
- розв'язання проблеми (РП);
- конструктивна переоцінка (КП).

Деструктивний копінг представляли:

- конфронтація (КН);
- дистанціювання (ДС);
- втеча (ВТ);
- пошук соціальної підтримки (ПСП).

Автори методики S. Folkman, R. Lazarus [216; 239] висловлювали аргументи, що пошук соціальної підтримки наділений ознаками конструктивного й деструктивного копінгу.

Досліджуваний фокусує свої зусилля на пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки, відволікаючись від значно конструктивніших дій. Оскільки наше дослідження стосується молодих активістів, які мають демонструвати передусім зрілу й конструктивну позицію, то пошук соціальної підтримки віднесено до деструктивного копінгу.

Методика об’єднала п’ятдесят тверджень. Застосовано пряму шкалу Степела. Використано вирівнювання шкал. Коефіцієнт гомогенності Кронбаха (α) зафіксовано на високому рівні 0,952.

Змінними дослідження є параметри атрибутивного оптимістичного й песимістичного стилів та параметри стратегій копінг-поведінки.

Також до змінних дослідження віднесено параметри соціометричної методики, за допомогою яких здійснено відбір емпіричного масиву даних.

Релевантно змодельована ситуація зі здоров’язбережувальної діяльності здобувачів дозволила якісно виокремити найбільш активну частину респондентів.

Емпіричне дослідження організовано за констатувальною стратегією. Отримано дозвіл адміністрацій закладів вищої освіти на збір емпіричних даних. Усі констатувальні процедури проведено в аудиторіях з використанням стандартних бланків опитувальників.

Попередньо учасників було поінформовано про мету й час, відведений для проходження опитування.

Організатори забезпечили конфіденційність зібраних даних. Запропонована організація забезпечила валідність, надійність і репрезентативність дослідження.

Супровід обробки соціометричних показників виконано програмою «MS Excel». Матрицю емпіричних даних і переведення сирих балів у зважені здійснено також за допомогою «MS Excel».

Статистичні операції реалізовано комп’ютерною програмою SPSS, версія 25.0.1.0.

Оскільки відсутній закон нормального розподілу, застосовано непараметричні статистичні критерії. Достовірними вважалися рівні: $p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$ і $p < 0,001$.

За допомогою методики «Соціометрія» (J. Moreno) [249] виокремлено респондентів у контексті завдань дослідження. З п’ятнадцяти груп задіяно 52 респонденти.

Визначено такі описові частотні характеристики: мінімальна вираженість параметра (min), максимальна вираженість параметра (max); середнє арифметичне розподілу (M), медіана (Me), мода (Mo).

У табл. 3.23 подано параметри описових характеристик за змінними «Опитувальника атрибутивного стилю для дорослих» (Peterson et al. [253]).

Таблиця 3.23

Описові частотні характеристики параметрів атрибутивного стилю (n = 52)

Параметри	min	max	M	Me	Mo	SD
Оптимістичний атрибутивний стиль						
СД	5,00	10,00	8,46	9,00	10,00	±1,64
ШД	5.00	10,00	8,00	8,00	7,00a	±1,62
ПД	5,00	10,00	8,15	8,50	10,00	±1,78
Песимістичний атрибутивний стиль						
СП	4,00	8,00	6,23	6,50	7,00	±1,21
ШП	4,00	10,00	6,27	6,00	5,00	±1,97
ПП	5,00	10,00	8,10	9,00	10,00	±1,96

Примітки: min – мінімальна вираженість параметра; max – максимальна вираженість параметра; M – середнє арифметичне розподілу; Me – медіана; Mo – мода; a – існує декілька модальних значень, показано найменше; SD – середнє квадратичне розподілу; СД – сталість доброго; ШД – широта доброго; ПД – персоналізація доброго; СП – сталість поганого; ШП – широта поганого; ПП – персоналізація поганого.

Очікувано отримано високу вираженість параметрів оптимістичного атрибутивного стилю: СД (M = 8,46; SD = ±1,64); ШД (M = 8,00; SD = ±1,62) і ПД (M = 8,15; SD = ±1,78).

Відповідно, отримано низьку вираженість параметрів песимістичного атрибутивного стилю: СП (M = 6,23; SD = ±1,21) і ШП (M = 6,27; SD = ±1,97).

Констатуємо, що персоналізація поганого отримала достатньо високу вираженість ПП (M = 8,10; SD = ±1,96) і знаходиться майже на рівні з персоналізацією доброго.

У табл. 3.24 подано параметри описових характеристик за змінними «Стратегії копінг-поведінки» (S. Folkman, R. Lazarus) [216; 239].

Таблиця 3.24

Описові частотні характеристики стратегій копінг-поведінки (n = 52)

Параметри	**min**	**max**	**M**	**Me**	**Mo**	**SD**
Конструктивний копінг						
СК	9,00	19,00	14,23	15,00	15,00a	±3,08
ПВ	5,00	18,00	8,62	9,00	9,00	±2,52
РП	9,00	18,00	12,69	12,00	11,00	±2,52
КП	10,00	19,00	13,52	13,00	11,00	±2,80
Деструктивний копінг						
КН	7,00	14,00	9,76	10,00	11,00	±1,92
ДС	6,00	20,00	9,92	9,00	8,00a	±3,37
ВТ	9,00	22,00	14,44	14,50	9,00a	±3,88
ПСП	7,00	19,00	10,99	10,00	9,00	±2,87

Примітки: min – мінімальна вираженість параметра; max – максимальна вираженість параметра; M – середнє арифметичне розподілу; Me – медіана (позначено курсивним шрифтом); Mo – мода; a – існує декілька модальних значень, показано найменше; SD – середнє квадратичне розподілу; СК – самоконтроль; ПВ – прийняття відповідальності; РП – розв'язання проблеми; КП – конструктивна переоцінка; КН – конфронтація; ДС – дистанціювання; ВТ – втеча; ПСП – пошук соціально підтримки.

Отримані описові характеристики конструктивного копінгу свідчать про те, що респонденти віддають перевагу «самоконтролю» (M = 14,23; SD = ±3,08), «конструктивній переоцінці» (M = 13,52; SD = ±2,80), «розв'язанню проблеми» (M = 12,69; SD = ±2,52) і не прагнуть «приймати відповідальність» (M = 8,62; SD = ±2,52).

Отримані описові характеристики деструктивного копінгу свідчать про високу вираженість «втечі» (M = 14,44; SD = ±3,88) і «пошуку соціальної підтримки» (M = 10,99; SD = ±2,87).

Меншою мірою респонденти вдаються до «конфронтації» (M = 9,76; SD = ±1,92) і «дистанціювання» (M = 9,92; SD = ±3,37).

Далі встановлено двосторонні кореляційні зв'язки параметрів оптимістичного атрибутивного стилю зі стратегіями поведінки подолання.

У табл. 3.25 подано матрицю кореляцій досліджуваних параметрів.

Таблиця 3.25

Матриця кореляцій параметрів оптимістичного атрибутивного стилю зі стратегіями копінг-поведінки (n = 52)

Шкали	**СП**	**Оптимістичний атрибутивний стиль**		
		СД	ШД	ПД
СК	r_s	**0,956****	-0,079	**0,457****
	p	< 0,001	0,577	< 0,001
ПВ	r_s	**0,400****	0,093	**0,969****
	p	0,003	0,514	< 0,001
РП	r_s	- 0,083	**0,509****	0,197
	p	0,558	< 0,001	0,161
КП	r_s	-0,199	0,058	0,046
	p	0,158	0,684	0,746
КН	r_s	-0,016	-0,141	-0,213
	p	0,908	0,319	0,130
ДС	r_s	0,121	-0,247	-0,023

Продовж. табл. 3.25

	p	0,392	0,078	0,874
ВТ	r_s	-0,007	0,271	0,269
	p	0,963	0,052	0,054
ПСП	r_s	-0,156	**0,927****	0,146
	p	0,271	< 0,001	0,302

*Примітки: СП – статистичний параметр (коефіцієнт кореляції Спірмена); СД – сталість доброго; ШД – широта доброго; ПД – персоналізація доброго; СК – самоконтроль; ПВ – прийняття відповідальності; РП – розв'язання проблеми; КП – конструктивна переоцінка; КН – конфронтація; ДС – дистанціювання; ВТ – втеча; ПСП – пошук соціально підтримки; ** – кореляція на рівні p ≤ 0,010 (позначено напівжирним шрифтом).*

Отримано шість прямих достовірних кореляційних зв'язків параметрів оптимістичного атрибутивного стилю зі способами копінг-поведінки. Параметри оптимістичного атрибутивного стилю мають по два зв'язки: сталість доброго зв'язана з СК (rs = 0,956; p < 0,001) і ПВ (rs = 0,400; p = 0,003); широта добро го – з РП (rs = 0,509; p < 0,001) і ПСП (rs = 0,927; p < 0,001); персоналізація доброго – з СК (rs = 0,457; p < 0,001) і ПВ (rs = 0,969; p < 0,001).

Очікуваними є зв'язки з конструктивними копінгами: самоконтролем, прийняттям відповідальності й розв'язанням проблеми.

Зазначимо, що персоналізація доброго наділена найміцнішим зв'язком з прийняттям відповідальності (rs = 0,969; p < 0,001).

Далі встановлено двосторонні кореляційні зв'язки параметрів песимістичного атрибутивного стилю зі стратегіями копінг-поведінки.

У табл. 3.26 подано матрицю кореляцій досліджуваних параметрів.

Таблиця 3.26

Матриця кореляцій параметрів песимістичного атрибутивного стилю зі стратегіями копінг-поведінки (n = 52)

Шкали	**СП**	**Песимістичний атрибутивний стиль**		
		СП	ШП	ПП
СК	r_s	0,005	0,100	0,065
	p	0,974	0,479	0,648
ПВ	r_s	-0,148	0,017	0,232
	p	0,296	0,907	0,098
РП	r_s	-0,083	**0,509****	0,197
	p	0,558	< 0,001	0,161
КП	r_s	0,113	-0,269	0,034
	p	0,423	0,054	0,812
КН	r_s	**0,928****	**0,383****	-0,116
	p	< 0,001	0,005	0,412
ДС	r_s	**0,411****	**0,969****	0,087
	p	0,002	< 0,001	0,539
ВТ	r_s	-0,178	0,215	**0,759****
	p	0,208	0,127	< 0,001
ПСП	r_s	-0,133	-0,245	0,165
	p	0,348	0,081	0,241

*Примітки: СП – статистичний параметр (коефіцієнт кореляції Спірмена); СП – сталість поганого; ШП – широта поганого; ПП – персоналізація поганого; СК – самоконтроль; ПВ – прийняття відповідальності; РП – розв'язання проблеми; КП – конструктивна переоцінка; КН – конфронтація; ДС – дистанціювання; ВТ – втеча; ПСП – пошук соціально підтримки; ** – кореляція на рівні $p \leq 0{,}010$ (**позначено напівжирним шрифтом**).*

Отримано також шість прямих достовірних кореляційних зв'язків параметрів песимістичного атрибутивного стилю зі стратегіями копінг-поведінки. Сталість поганого має два зв'язки з КН (rs = 0,928; p < 0,001) і ДС (rs = 0,411; p = 0,002). Широта поганого – три з РП (rs= 0,509; p < 0,001), КН (rs = 0,383; p = 0,005) і ДС (rs = 0,969; p < 0,001).

Персоналізація доброго має один зв'язок з ВТ (rs = 0,759; p < 0,001). Очікуваними є зв'язки з деструктивними копінгами: конфронтацією, дистанціюванням і втечею. Дещо неочікуваним є достовірний зв'язок широти поганого з розв'язанням проблеми (rs = 0,509; p < 0,001).

Акцентуємо, що широта поганого наділена найміцнішим зв'язком з дистанціюванням (rs = 0,969; p < 0,001).

Для з'ясування відмінностей копінг-поведінки в домінуванні атрибутивних стилів проведено порівняння групи 1 (персоналізація доброго) з групою 2 (персоналізація поганого).

Відбір до груп здійснено за перевагою у вираженості цих параметрів. Групу 1 склали n = 28 (53,85%) активістів і групу 2 – n = 24 (46,13%).

У табл. 3.27 подано результати зіставлення досліджуваних груп із домінуванням персоналізації доброго (група 1) і персоналізації поганого (група 2) за стратегіями копінг-поведінки (статистичний параметр – U-критерій Манна-Уїтні).

Таблиця 3.27

Зіставлення групи з домінуванням персоналізації доброго (група 1) і персоналізації поганого (група 2) за стратегіями копінг-поведінки

Параметри	**Коефіцієнт Манна-Уітні (U)**	**p**
Конструктивний копінг		
Самоконтроль (СК)	235,000	0,062
Прийняття відповідальності (ПВ)	**141,000****	< 0,001

Продовж. табл. 3.27

Розв'язання проблеми (РП)	252,000	0,117
Конструктивна переоцінка (КП)	303,000	0,532
Деструктивний копінг		
Конфронтація (КН)	327,000	0,867
Дистанціювання (ДС)	288,000	0,373
Втеча (ВТ)	*216,000**	0,027
Пошук соціальної підтримки (ПСП)	291,000	0,404

*Примітки: а – групуючі змінні – персоналізація доброго і персоналізація поганого; U – критерій Манна-Уітні; p – рівень достовірності критерію Манна-Уітні; * – p ≤ 0,050 (позначено курсивним шрифтом); ** – p ≤ 0,010 і p < 0,001 (**позначено жирним шрифтом**).*

Констатуємо, що група 1 (високий рівень групуючої змінної ПД) переважає групу 2 (високий рівень групуючої змінної ПП) за прийняттям відповідальності (ПВ) (U = 141,000; p < 0,001). Група 2 переважає групу 1 за втечею (ВТ) (U = 216,000; p = 0,027).

У науковій літературі знайдено і проаналізовано значну кількість сучасних наукових публікацій про студентських активістів, які в основному зводяться до дослідження змістових особливостей студентського лідерства [202; 211], формування компетентностей лідера [241; 252], вивчають лідерство в контексті соціальних змін [214] і позиціонують його як засіб досягнення благ [224].

Обмаль праць, які б поєднали дослідження захисних механізмів роботи найбільш активної соціальної спільноти – студентських активістів. Атрибутивний стиль респондентів формується ще з дитинства, а в умовах

особистісного і професійного становлення та розвитку кристалізується і набуває константних ознак.

Такий стиль поведінки наділений здатністю молодої людини усвідомлювати свою спроможність або неспроможність впливати на поточні події життя. Подана артикуляція досліджуваної проблематики спонукала нас звернутися до феномену безпорадності.

M. Seligman [283] відніс безпорадність до психічних станів. Такий психічний стан, на думку вченого, виникає через протяжне в часі і стійке усвідомлення індивідом своєї неспроможності впливати на події, що відбуваються у просторі та часі.

Доказано, що домінуючі психічні стани впливають на змістові й формальні ознаки діяльності, здатні створити латентну перевагу над опонентами [238; 257; 261 та ін.].

Очевидно, що домінування психічного стану безпорадності, яке в цьому вимірі є атрибутивним стилем діяльності, окреслює контури функціональної спроможності досліджуваних.

Окреслені оптимістичний і песимістичний атрибутивні стилі є відображенням когнітивних процесів поведінки респондентів у вимірі їх здоров'язбереження. Зазначені процеси через сталість, широту й персоналізацію відображають упередженість респондентів стосовно певних явищ, причини низьких досягнень, сприйняття та інтерпретації подій.

Запропонована вибірка респондентів дозволила переконатися, що атрибутивний стиль є типовим захисним механізмом їхньої здоров'язбережувальної діяльності.

Отримані описові частотні характеристики продемонстрували логічну й очікувану вираженість досліджуваних параметрів. Виняток склав параметр персоналізації поганого, в якому зафіксовано вираженість ПП (min = 5,00; max = 10,00; M = 8,10; Me = 9,00; Mo = 10,00; SD = ±1,96) на рівні з ПД (min = 5,00; max = 10,00; M = 8,15; Me = 8,50; Mo = 10,00; SD = ±1,78).

Значення середнього розподілу (М) майже однакові. Таку амбівалентність персоналізації доброго й поганого пояснюємо особливостями юнацького віку, а саме закономірними максималістськими проявами респондентів. Крайнощі в досягненні бажаного результату, конвергентна позиція утримують високу амплітуду вираженості персоналізації – від доброго до поганого.

Результат кореляційного зв'язку широти поганого з конструктивним копінгом РП ($rs = 0,509$; $p < 0,001$) значною мірою аргументує зроблене пояснення.

Зауважимо, що зафіксовано також ідентичний зв'язок широти доброго з конструктивним копінгом РП ($rs = 0,509$; $p < 0,001$). Тобто амбівалентність фіксуємо не тільки у вираженості параметрів атрибутивного, але й у психологічних корелятах.

Песимістичні налаштування також наділені прямою залежністю з розв'язанням проблеми. Закономірним є амбівалентний взаємозумовлений достовірний зв'язок. Можливо, копінг «розв'язання проблеми» стимулює атрибутивні песимістичні налаштування, але це потребує додаткового дослідження. Загалом представлені кореляційні матриці демонструють очікувані психологічні кореляти параметрів оптимістичного атрибутивного стилю з конструктивними способами копінг-поведінки й параметрів песимістичного атрибутивного стилю з деструктивними стратегіями копінг-поведінки.

Не можемо назвати неочікуваним єдиний достовірний зв'язок «широти доброго» з деструктивним копінгом – пошуком соціальної підтримки ($rs = 0,927$; $p < 0,001$).

Зазначимо, що цей копінг має також конструктивну складову, що наголошували R. Lazarus, S. Folkman [216; 239].

Пояснення, очевидно криється в тому, що оптимістично налаштовані респонденти прагнуть емоційної та соціальної підтримки більше за песимістично налаштованих. У цьому контексті оптимісти більше віддають і

прагнуть більше отримувати, тому орієнтовані на пошук соціальної підтримки. Констатуємо, що захисні механізми поведінки реалізуються виключно через три конструктивні поведінкові стратегії – самоконтроль, прийняття відповідальності й розв'язання проблеми, і чотири деструктивні – конфронтація, дистанціювання, втеча й пошук соціальної підтримки.

Відсутній достовірний зв'язок із конструктивною переоцінкою. Пояснюємо це тим, що респондентам у процесі і результаті навчально-професійної діяльності доводиться постійно оцінювати, осмислювати, раціоналізувати й інтелектуалізувати, що може не дозволяти сприймати конструктивну переоцінку як стратегію копінг-поведінки

Підтвердженням перманентної конструктивної переоцінки є порівняльне дослідження двох форматів навчання [183]. Цікаві наукові факти з'ясовано за допомогою зіставлення найбільш операціоналізованих складових атрибутивного силою – «персоналізації доброго» й «персоналізації поганого».

Констатовано перевагу персоналізації доброго за копінгом «прийняття відповідальності» ($U = 141{,}000$; $p < 0{,}001$) і перевагу персоналізації поганого за копінгом «втеча» (ВТ) ($U = 216{,}000$; $p = 0{,}027$).

До певної міри такий розподіл також є натяком на амбівалентну природу атрибутивного стилю респондентів. Очевидно, згадана нами амбівалентність атрибутивного стилю в контексті здоров'язбереження і особистісного розвитку має свої закономірності, що можуть скласти перспективу подальших наукових пошуків.

Отже, беззаперечно, атрибутивний стиль поведінки респондентів є типовим захисним механізмом їхньої здоров'язбережувальної діяльності. Змістові складові атрибутивного стилю, залежно від оптимістичної чи песимістичної спрямованості, наділені психологічними корелятами з конструктивними й деструктивними стратегіями копінг-поведінки.

Обґрунтовано, що дослідження атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки респондентів у вимірі їх здоров'язбереження є узвичаєним способом, за допомогою якого вони пояснюють причини та

наслідки несприятливого перебігу подій у контексті пошуку конструктивних і деструктивних стратегій копінг-поведінки.

Зазначено, що оптимістичний і песимістичний атрибутивні стилі є відображенням когнітивних процесів поведінки респондентів. Зафіксовано високі ідентичні параметри «персоналізації доброго» й «персоналізації поганого», що свідчать про амбівалентність атрибутивного стилю.

Амбівалентність пояснено особливостями юнацького віку й максималістськими проявами, крайнощами в досягненні бажаного результату, конвергентною позицією респондентів.

Констатовано, що захисні механізми поведінки реалізуються виключно через три конструктивні поведінкові стратегії – самоконтроль, прийняття відповідальності та розв'язання проблеми – і чотири деструктивні – конфронтація, дистанціювання, втеча й пошук соціально підтримки.

Аргументовано відсутність достовірного зв'язку з конструктивною переоцінкою тим, що в процесі й результаті здоров'язбережувальної діяльності респондентам доводиться постійно оцінювати, осмислювати, раціоналізувати й інтелектуалізувати, що не дозволяє сприймати конструктивну переоцінку як стратегію копінг-поведінки.

З'ясовано і статистично підтверджено перевагу персоналізації доброго за копінгом «прийняття відповідальності» й перевагу персоналізації поганого за копінгом «втеча». Отримані результати мають наукову новизну, пояснюють низку сценаріїв поведінки респондентів і можуть становити інтерес для організаторів роботи з молоддю, зокрема у напрямку її здоров'язбереження.

Отже, проведено вивчення соціально-психологічних закономірностей функціонування атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді у вимірі її здоров'язбереження.

3.5. Виявлення структурно-змістовних особливостей мотивації молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціумі

На *п'ятому етапі* емпіричного дослідження було проведено виявлення структурно-змістовних особливостей мотивації молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціумі.

Як показав проведений аналіз, наразі існують дослідження різних аспектів проблеми мотивації та мотивів: вивчена структура мотивації та мотиву, функції мотиву, індивідуальні особливості мотивації, а також мотивація різних видів діяльності. Проте, спеціальних досліджень мотивації здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму немає. Водночас, загальні принципи та закономірності формування мотиву, мотивації можуть бути використані при вивченні мотивації здоров'язбереження молоді. При цьому для розробки методів формування мотивації здоров'язбереження в умовах сучасних змін трансформаційного соціуму необхідно вивчення її структурно-змістовних особливостей, а також вікових особливостей мотивації до здоров'язбереження, зокрема в різні періоди юнацького віку.

Мотивація, як психологічний феномен, трактується по-різному. Існують моністичні підходи до розгляду сутності мотиву: мотив як потреба, мотив як ціль, мотив як спонукання, мотив як стійкі властивості особистості, мотив як стан, мотив як формулювання цілей та засобів.

Мотивація розглядається як сукупність спонукаючих чинників; як динамічне утворення, як процес, механізм. При цьому мотивам приписуються різні функції. Виділяють спонукаючу, спрямовуючу, регулятивну, стимулюючу, структуруючу, смислоутворюючу функції.

У психологічній літературі широко обговорюється питання про два типи мотивації: зовнішню і внутрішню (A. Bandura, M. Csikszentmihalyi, E. Deci, F. Harlow, R. Ruan та ін.) [188; 203; 204; 206 та ін.].

На основі аналізу наявних підходів до розуміння зовнішньої та внутрішньої мотивації запропоновано типологію мотивації молоді до здоров'язбереження.

Зовнішня мотивація здоров'язбереження молоді − це мотивація фізіологічними потребами та стимуляцією середовища (заохочення та покарання), коли відсутнє бажання виконувати певні дії для підтримки здоров'я.

Внутрішня мотивація здоров'язбереження молоді − це мотивація, що має в своїй основі задоволення від процесу турботи про здоров'я та гарного самопочуття як результату цієї турботи. Внутрішня особистісно-смислова мотивація здоров'язбереження молоді − це мотивація турботи про здоров'я задля досягнення будь-яких інших цілей і завдань, в основі яких лежить розуміння важливості цієї турботи.

У зв'язку з проблемою мотивації виділяють внутрішній (інтернальний) і зовнішній (екстернальний) локуси контролю (J. Rotter) [275], мотивацію досягнення (J. Atkinson, H. Heckhausen, D. McClelland та ін.) [187; 231; 245 та ін.], джерела мотивації, механізми формування мотивації.

Проте, дослідження щодо мотивації збереження здоров'я практично відсутні. Існує низка досліджень, що виявляють невисоку цінність здоров'я в різних груп населення, а отже, і несформованість мотивації збереження та зміцнення здоров'я.

Проведений аналіз дозволив побачити протиріччя: з одного боку, наявність досліджень, що визначають у різних груп населення невисокий рівень мотивації до здоров'язбереження, низьку цінність здоров'я як базової цінності буття людини, а з іншого − відсутність соціально-психологічних досліджень, що виявляють особливості цього виду мотивації, закономірності її формування.

Необхідності виявлення структурно-змістовних особливостей мотивації молоді до здоров'язбереження сприяв аналіз показників схильності респондентів до різних видів залежності (табл. 3.28).

Таблиця 3.28

Показники схильності респондентів до різних видів залежності

Види залежності	Учнівська молодь	Студентська молодь
Алкогольна	14,39±0,36	12,11±0,43*
Інтернет	11,18±0,41	9,17±0,46*
Любовна	16,52±0,49	13,12±0,28*
Ігрова	13,32±0,17	11,76±0,41*
Сексуальна	14,55±0,40	12,68±0,54
Харчова	15,68±0,27	17,34±0,30*
Релігійна	9,87±0,21	8,61±0,29
Трудова	13,17±0,44	16,55±0,65*
Лікарська	18,66±0,52	14,13±0,52*
Комп'ютерна	8,68±0,34	9,26±0,38
Тютюнова	8,29±0,41	8,07±0,43
Здоровий спосіб життя	12,65±0,46	12,12±0,19
Наркотична	6,61±0,52	6,67±0,41
Загальна схильність до залежностей	15,33±0,26	12,31±0,27*
Спорт (спортивні вправи)	15,42±0,34	13,14±0,45*
Азарт (потреба в адреналіні)	21,67±0,53	18,28±0,43*

*Примітка: * − достовірність відмінностей на рівні p≤0,05.*

Для розробки обґрунтованого підходу до формування мотивації здоров'язбереження у молоді в умовах сучасних змін трансформаційного соціуму необхідним вбачалося вивчення її структурно-змістовних особливостей, типів мотивації, вікової специфіки мотивації, умов та механізмів формування мотивації здоров'язбереження у молоді.

На цьому етапі дослідження за допомогою методу включеного спостереження було виявлено типові проблеми респондентів стосовно здоров'язбереження.

За допомогою нестандартизованого інтерв'ю та методу фокус груп була отримана інформація про низьку цінність здоров'я у суспільстві загалом, про необхідність методичного забезпечення при навчанні молоді здоровому способу життя, про наявну проблему розриву між знаннями про засоби здоров'язбереження та переконаннями.

Це дозволило побудувати логіку подальшого дослідження на цьому його етапі. Проведено вивчення вікових уявлень про здоров'я та способи здоров'язбереження за допомогою методу «Незакінчені речення» в учнівської та студентської молоді (студентів початкових курсів та випускників).

Виявлено ознаки здоров'я, які умовно можна віднести до трьох компонентів здоров'я: фізичного, психічного та соціального.

Проведений аналіз показників здоров'я виявив, що в усіх вікових групах ознаки фізичного здоров'я виражені в більшій мірі, ніж ознаки психічного та соціального здоров'я, тобто на рівні повсякденної свідомості здоров'я − це в основному гарне самопочуття.

В учнівської молоді виявлене зміщення уявлень про здоров'я у бік ознак фізичного благополуччя виражено сильніше. Здоров'я, як взаємозв'язок і єдність всіх його компонентів, ще не стало надбанням свідомості, знанням і переконанням більшості респондентів, у тому числі учнівської молоді.

Вивчення способів здоров'язбереження показало, що у всіх вікових підгрупах найбільше значення мають способи збереження в основному фізичного здоров'я, далі за спадною − психічного і потім соціального. Можна говорити про наявність мотивації до здоров'язбереження в основному фізичного здоров'я.

Найбільш суттєва особливість проявів турботи про здоров'язбереження в учнівської молоді проявляється у тому, що дуже слабо представлені способи збереження психічного здоров'я і відсутні способи підтримки соціального здоров'я. Це може свідчити про те, що учнівська молодь ще не співвідносить хороші взаємовідносини та їх підтримку, а також дотримання моральних принципів зі здоров'язбереженням.

На наступному кроці дослідження за допомогою методу біографічного інтерв'ю «Життєві події, що впливають на мотивацію до здоров'язбереження у молоді» (Д. Данко) було проведено психологічний аналіз подій, які впливають на мотивацію до здоров'язбереження респондентів.

Виявлені життєві події представлені в табл. 3.29.

Таблиця 3.29

Життєві події, що впливають на мотивацію до здоров'язбереження респондентів

Події, що позитивно впливають на мотивацію до здоров'язбереження респондентів	**Вік респондентів**
Погіршення самопочуття, захворювання та їх наслідки	У всі вікові періоди
Погане самопочуття після вживання алкоголю	16-24 роки
Хвороби родичів, знайомих	У всі вікові періоди
Гарні результати від занять спортом	16-18 років
Активний відпочинок з батьками	до 16-17 років

Продовж. табл. 3.29

Особистий приклад батьків щодо здоров'я, в тому числі «антиприклад»	до 16-17 років
Розмови з батьками про захворювання та турботу про здоров'я	до 16-17 років
Батьківський контроль за виконанням дій щодо збереження здоров'я	до 18 років
Бажання бути привабливим, подобатися, підтримувати імідж	від 16 років і старше
Приклад для наслідування: кіногерой, реальна людина	від 16 років і старше
Спілкування з однолітками, які цінують здоров'я	від 16 років і старше
Санаторій, оздоровчий табір	16-17 років
Спеціальна інформація (уроки, ЗМІ)	від 16 років і старше
Сприятливі зміни в особистому житті (кохання, сім'я)	від 18 років і старше
Вагітність, народження дитини	від 20 років і старше
Події, що загострюють відповідальність за виховання дітей	від 20 років і старше
Участь в оздоровленні інших (дітей)	від 20 років і старше
Спілкування з однолітками, які активно вживають алкоголь, палять тютюн	16-20 роки
Розлучення подружжя (батьків)	у всі вікові періоди
Смерть близької людини	у всі вікові періоди
Проблеми в особистому житті (конфлікти, розрив відносин)	від 16 років і старше
Підвищені навантаження, зокрема навчальні	від 16 років і старше

Аналіз життєвих подій, що впливають на ставлення респондентів до здоров'язбереження, дозволив визначити деякі умови та механізми формування мотивації до здоров'язбереження:

- мотивуюча на здоров'язбереження подія має викликати сильні емоційні переживання, що спонукають піклуватися про здоров'я; ця закономірність характерна для механізму мотиваційної фіксації;

- важливою є відсутність фізичних, емоційних та інтелектуальних перевантажень; життєві навантаження не повинні викликати стрес;

- наслідування та ідентифікація з референтною особистістю або групою, що цінує здоров'я, формує мотивацію до здоров'язбереження;

- одним з механізмів мотивації до здоров'язбереження є формування звичок: певні дії стають складовими динамічного стереотипу поведінки молодої людини, засвоєні правила − мотиваційними установками, які актуалізуються щоразу, коли молода людина потрапляє у знайому ситуацію;

- найважливішу роль у формуванні мотивації до здоров'язбереження відіграє сім'я: спосіб життя, поведінка батьків, їх ставлення до здоров'язбереження, адекватний батьківський контроль, що сприяє мотиваційному зумовленню;

- певний рівень задоволеності життям також сприяє мотивації до здоров'язбереження та, відповідно, події, що підвищують загальну задоволеність життям, носять мотивуючий характер;

- необхідною є наявність сенсу турботи про здоров'я, події, що наповнюють життя змістом, носять мотивуючий характер, а події, за яких втрачається сенс життя, руйнують мотивацію до здоров'язбереження аж до спроб суїциду;

- задоволення потреб, важливих на певній життєвій стадії (успіх у спілкуванні, кохання тощо), сприяє мотивації до здоров'язбереження, оскільки це підвищує задоволеність життям і дає новий сенс у турботі про здоров'я;

- події, в результаті яких підвищується особиста відповідальність за іншого, носять мотивуючий характер, оскільки реалізація взятої на себе відповідальності залежить в тому числі від здоров'я;

- турбота про зовнішні ознаки здоров'язбереження опосередкована соціальними потребами: у спілкуванні, підтримці іміджу;

- вікові відмінності у мотивації до здоров'язбереження пов'язані з особливостями потреб та змістом вікових завдань; у молоді турбота про здоров'я пов'язана із спілкуванням, міжстатевим зокрема, потребою бути прийнятим групою, досягти певного статусу та професійним самовизначенням.

На наступному етапі дослідження проводилося виявлення типів мотивації. З цією метою було досліджено чинники мотивації за допомогою проєктивної методики «Незакінчені речення» та подальшого контент-аналізу.

Було виявлено чинники мотивації до здоров'язбереження та на їх основі проведено факторний аналіз, який дозволив виділити дві групи чинників − два типи мотивації до здоров'язбереження.

Фактор «розуміння результативності здоров'язбереження» не увійшов до жодного з виділених типів мотивації. Цей фактор має універсальний, неспецифічний характер, оскільки певні результати здоров'язбереження можуть мати місце при обох типах мотивації.

Результати наведено в табл. 3.30 та 3.31.

Таблиця 3.30

Фактори мотивації самопочуття у здоров'язбереженні респондентів

Фактори мотивації самопочуття у здоров'язбереженні респондентів	**Факторні навантаження**
Приналежність до сім'ї	0, 654678
Погіршення самопочуття, захворювання	0, 598734
Інтерес і любов до життя	0, 525676

Продовж. табл. 3.30

Бажання бути дієздатним	0, 439871
Розуміння та побоювання можливих захворювань	0, 487549
Розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я	0,334621
Бажання довго жити	0,346899
Регулярність турботи про здоров'я	0,176584
Розуміння та урахування досвіду захворювань інших людей	0,127685
Бажання гарного фізичного та психічного самопочуття	0,134768

Аналіз факторів кожного типу мотивації до здоров'язбереження дозволив визначити їх як мотивацію самопочуття та мотивацію цілепокладання.

Мотивація самопочуття зі смисловим підґрунтям «самочуття і середовище» забезпечує вирішення нагальних життєвих проблем, виживання в межах соціальної спільності.

Мотивація цілепокладання зі смисловим навантаженням «цінність здоров'я і особистісні цілі» дозволяє не просто вирішувати поточні завдання власного життя, підтримувати своє життя на певному рівні комфорту, а успішно досягати поставлених цілей, добиватися високої самоповаги через використання своїх здібностей.

Далі вивчалися вікові особливості самооцінки здоров'язбереження та її зв'язок з типами мотивації до здоров'язбереження. Достовірної кореляції між типом мотивації та самооцінкою здоров'язбереження не виявлено. Це означає, що обидва типи мотивації однаковою мірою сприяють здоров'язбереженню.

На наступному кроці дослідження вивчалися вікові особливості мотивації респондентів до здоров'язбереження. Встановлено, що в учнівської

молоді домінує мотивація самопочуття (М1 = 3,3; М2 = 3,1; t = 1,99, p = 0,05), у студентської молоді значні відмінності між типами мотивації не виявлені, домінує мотивація самопочуття (М1 = 3,3; М2 = 2,6; t = 3,04; p = 0,01).

Таблиця 3.31

Фактори мотивації цілепокладання у здоров'язбереженні респондентів

Фактори мотивації цілепокладання у здоров'язбереженні респондентів	**Факторні навантаження**
Матеріальне благополуччя	0,567340
Розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя	0,467432
Наявність мети, заради якої потрібно бути здоровим	0,487129
Відповідальне ставлення до свого життя	0,236754
Бажання гарно виглядати	0,139076

Порівняння відмінностей усередині кожного типу мотивації виявило, що в першому типі мотивації є відмінності між учнями та студентами (М = 3,0; t = 2,02; p = 0,05). Це означає, що мотивація самопочуття більшою мірою виражена в учнівської молоді, а у студентів − меншою мірою.

У другому типі мотивації відмінності є між учнями (М = 3,1) та студентами (М = 2,6) при t = 2,03, p=0,05. Більше представлена мотивація цілепокладання.

Якісний аналіз факторів кожного типу мотивації до здоров'язбереження виявив своєрідність їхньої представленості в різних вікових підгрупах. Так, перший тип мотивації домінує і в учнів, і у студентів, але в учнів це переважно обумовлюється факторами «приналежність до сім'ї», «бажання привабливо виглядати», а у студентів факторами «погіршення самопочуття» і «розуміння і побоювання можливих захворювань, їх наслідків».

На наступному кроці було проведено аналіз вікових тенденцій мотивації до здоров'язбереження на основі порівняння показників факторів мотивації у різних вікових підгрупах.

Виявлено тенденцію зниження значення таких факторів мотивації до здоров'язбереження в залежності від віку: погіршення самопочуття, захворювання; розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я; розуміння та побоювання можливих захворювань, їх наслідків; розуміння та урахування досвіду хвороб інших людей; розуміння цінності здоров'язбереження для щасливого, успішного життя; наявність мети, заради якої слід бути здоровим; відповідальне ставлення до себе; бажання добре виглядати.

Спостерігається тенденція до збільшення значення таких факторів мотивації до здоров'язбереження від віку ранньої юності (учнівська молодь) до періоду ранньої дорослості: належність до сім'ї; інтерес та любов до життя; бажання бути дієздатним; матеріальний благополуччя.

Далі були вивчені функції мотивації в різних вікових підгрупах: спонукаюча, стимулююча, підтримуюча і змістовна.

В учнівської молоді, як і у студентів, є два типи мотивації до здоров'язбереження: мотивація самопочуття та мотивація цілепокладання.

Домінує перший тип мотивації зі значними відмінностями, тобто мотивація самопочуття зі смисловим підґрунтям «самопочуття – середовище». У порівнянні зі студентами мотивація цілепокладання має менше значення в учнівської молоді; у студентів значення мотивації цілепокладання більше, але без достовірних відмінностей.

Дослідження взаємозв'язку самооцінки до здоров'язбереження з типами мотивації не виявили достовірної кореляції, що означає однаковий вплив на стан здоров'я обох типів мотивації в учнівської молоді.

Якісний аналіз факторів усередині мотивації самопочуття дозволив виявити, що в учнівської молоді більш сильно виражені такі фактори: «погіршення самопочуття, захворювання» (69,7%), «розуміння і побоювання

можливих захворювань, їх наслідків» (58,2%) і «бажання доброго фізичного і психічного самопочуття», «інтерес і любов до життя» (4,8%) та «бажання бути дієздатним» (11,1%).

Якісний аналіз факторів мотивації цілепокладання виявив, що домінуючими факторами є «розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя» (55,8%) і «відповідальне ставлення до себе» (47,1%). Аналіз різних функцій мотивації в учнівської молоді дозволив виявити, що спонукає і стимулює турботу про здоров'я можливих захворювань, їх наслідків, досвід інших людей щодо здоров'я, приналежність до сім'ї та бажання добре виглядати.

Головний сенс здоров'язбереження – це повноцінне, щасливе, успішне життя, гарне самопочуття та розуміння того, що втрачене здоров'я важко відновити. Підтримує турботу відповідальне ставлення до себе та регулярність виконання дій зі здоров'язбереження.

Функції мотивації до здоров'язбереження у респондентів в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму представлено в табл. 3.32.

Аналіз наукової літератури, а також проведене дослідження дозволили обґрунтувати підхід до формування мотивації в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму до здоров'язбереження у молоді: визначити умови, механізми формування мотивації до здоров'язбереження, розробити відповідну соціально-психологічну програму.

Таблиця 3.32

Функції мотивації до здоров'язбереження у респондентів в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму

Функції			
Спонукаюча	Стимулююча	Підтримуюча	Смислоутворююча
Побоювання хвороб Хвороба	Хвороба Досвід інших людей	Відповідальність Регулярність турботи	Успішне життя Досягнення цілей

Сім'я Привабливість	Побоювання хвороб	Побоювання хвороб	Труднощі відновлення здоров'я Гарне самопочуття

Умовами формування мотивації до здоров'язбереження у молоді є такі: відсутність фізичних, емоційних, інтелектуальних перевантажень, стресів; наявність позитивного сприятливого емоційного фону, оптимальний рівень задоволеності життям; задоволеність потреб, характерних для попередніх та теперішніх етапів розвитку; наявність в оточенні референтної особи чи групи, що має високу цінність здоров'я та демонструє зразки здорового способу життя для передачі смислів турботи про здоров'я (батьки, вчителі, однолітки); наявність оптимального, регулярного контролю з боку дорослих (батьків, вчителів) за виконанням правил, принципів здорового способу життя, виключаючи авторитарні форми; наявність доброзичливого, шанобливого ставлення до учнівської молоді при обговоренні з нею питань впливу власних переконань, поведінки на своє здоров'я та здоров'я оточуючих; наявність умов життя, спілкування, виховання, що сприяють формуванню відповідальності за своє життя в цілому і за здоров'я, зокрема.

Механізмами формування мотивації до здоров'язбереження у молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму є: опора на фактори, що впливають на почуття особистої причинності і, отже, на внутрішню мотивацію (наявність вибору та свободи його здійснення; наявність зворотного зв'язку, що має інформаційний характер); використання механізмів формування мотивації досягнення (формування синдрому досягнення, самоаналіз, формування прагнення і навичок ставити перед собою високі, але адекватні цілі, міжособистісна підтримка); знаходження молодою людиною особистісного смислу у здоров'язбереженні для перетворення знаних мотивів у діючі; мотиваційне зміщення, перемикання, обумовлення, фіксація; гармонійне використання факторів мотивації самопочуття та

мотивації цілепокладання у здоров'язбереженні: для організації спонукання піклування про здоров'я − забезпечення розуміння небезпек можливих захворювань та їх наслідків з урахуванням досвіду інших людей щодо здоров'я, звернення уваги на зв'язок здоров'я та привабливої зовнішності; для знаходження особистісного смислу турботи про здоров'я − забезпечення розуміння ролі здоров'я для повноцінного, щасливого, успішного життя, гарного самопочуття та розуміння того, що втрачене здоров'я важко відновити; для підтримки бажання піклуватися про своє здоров'я − розвиток відповідального ставлення до себе, формування навичок здорового способу життя для забезпечення регулярності виконання дій щодо здоров'язбереження; для забезпечення реально діючого характеру мотивації необхідна представленість чотирьох компонентів ставлення до здоров'я: ціннісно-смислового, когнітивного, емоційно-вольового, діяльнісного.

Водночас, виявлені умови та механізми формування мотивації до здоров'язбереженні лягли в основу розробки багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

За підсумками п'ятого етапу емпіричного дослідження зроблено такі висновки. Аналіз життєвих подій, що впливають на здоров'язбереження молоді, дозволив виділити найбільш значущі події, а також умови та механізми формування мотивації до здоров'язбереження у молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Виділено два типи мотивації до здоров'язбереження: мотивація самопочуття та мотивація цілепокладання.

Мотивація самопочуття у здоров'язбереженні зі смисловим підґрунтям «самопочуття і середовище» забезпечує вирішення поточних життєвих проблем, життєдіяльність в межах соціальної спільності. Мотивація цілепокладання у здоров'язбереженні зі смисловою основою «цінність здоров'я і особистісні цілі» дозволяє не просто вирішувати поточні життєві завдання, підтримувати певний рівень комфорту, а успішно реалізовувати свої

здібності та значущі особистісні цілі. Виокремлені типи мотивації до здоров'язбереження сприяють здоров'язбереженню та гарному самопочуттю.

Виявлено провідні тенденції в мотивації до здоров'язбереження у молоді: збільшення значення чинників мотивації від приналежності до сім'ї, бажання привабливо виглядати, інтересу і любові до життя, матеріального благополуччя до розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я, розуміння можливих захворювань, їх наслідків, розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя, наявності мети, заради якої потрібно бути здоровим, відповідального ставлення до себе. Мотивація до здоров'язбереження у молоді має свої специфічні особливості, які обумовлені станом організму, соціальним статусом, завданнями розвитку на цій життєвій стадії. Ці особливості характеризуються переважанням мотивації самопочуття над мотивацією цілепокладання. З'ясовано, що чинники мотивації до здоров'язбереження у молоді відіграють важливу роль: спонукають і стимулюють турботу про здоров'я («погіршення самопочуття, захворювання», «розуміння та побоювання можливих захворювань, їх наслідків», «приналежність до сім'ї»); підтримують турботу про здоров'я («відповідальне ставлення до свого життя», «регулярність турботи про здоров'я»), а смисл турботи забезпечують чинники («розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя», «розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я», «бажання гарного фізичного та психічного самопочуття»).

Загалом за результатами констатувального етапу дослідження 76 респондентів (36 чоловіків та 40 жінок) виявили низькі показники за параметрами готовності та мотивації до здоров'язбереження, а також ставлення до здоров'я та самопізнання, як основи здоров'язбереження.

Результати дослідження дозволили визначити умови, механізми та закономірності формування мотивації до здоров'язбереження у молоді, які були покладені в основу розробки багаторівневої соціально-психологічної програми, спрямованої на формування у молоді відповідального ставлення до здоров'язбереження в транформаційному соціуму.

Висновки до розділу

У розділі проведено аналіз структурної організації системи здоров'язбереження молоді (соціально-економічні, демографічні та регіональні аспекти); визначено психологічні предиктори здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму; досліджено особливості функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої картини здоров'я молоді в умовах трансформаційного соціуму (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях); розкрито соціально-психологічну специфіку атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді у вимірі її здоров'язбереження; виявлено структурно-змістовні особливості мотивації молоді до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

На *першому етапі* емпіричного дослідження було проведено аналіз структурної організації системи здоров'язбереження молоді в аспекті соціально-економічних, демографічних та регіональних особливостей (в розрізі адміністративних територій та географічних зон (низинної, передгірської та гірської) Закарпатської області). Методами дослідження виступили статистичний, структурно-логічний аналіз та анкетування.

Проведений аналіз мережі закладів охорони здоров'я та кадрового забезпечення системи охорони здоров'я Закарпатської області показав, що в області функціонують заклади охорони здоров'я та їх відокремлені структурні підрозділи, з яких 91,18% складають заклади охорони здоров'я, в яких надається первинна медична допомога, 4,95% − спеціалізована та 3,87% високоспеціалізована допомога. Крім того, з'ясовано, що потужність амбулаторно-поліклінічних закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги в розрізі адміністративних територій мають статистично значущі відмінності, що вказує на нерівномірний доступ молоді різних адміністративних територій області до спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги. Статистично значущі відмінності в розрізі

адміністративних територій встановлено і в стані забезпеченості фахівцями. Загальною проблемою для всіх адміністративних територій є тенденція до скорочення штатних посад. Не встановлено кореляційної залежності між географічною зоною області та плановою потужністю амбулаторно-поліклінічних закладів для надання спеціалізованої медичної допомоги, які в цій зоні функціонують.

Загалом існує потреба в подальшому вдосконаленні організації та управління системою здоров'язбереження молоді. З цією метою необхідно забезпечити оптимізацію та реструктуризацію мережі закладів охорони здоров'я, пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги, формування мережі закладів із надання реабілітаційної, психосоціальної, соціально-психологічної, медико-соціальної допомоги.

На *другому етапі* емпіричного дослідження було проведено визначення психологічних предикторів здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Встановлено, що одним із провідних предикторів здоров'язбереження молоді є інформаційний та зазначено, що на утворення та наповнення відповідних інформаційних полів впливають генетичні (спадкові) чинники, представлені індивідуальними властивостями особистості, а також робота аналізаторних систем, що входять до апарату сприйняття. Постійний потік аферентних сигналів, що обробляються сенсорною системою, згодом призводить до накопичення інформації, яка вже на ранніх етапах онтогенезу є основою формування самосвідомості. Інформація про здоров'я надходить із зовнішнього світу, де її агентами виступає соціальне середовище, референтне значуще оточення, засоби масової інформації та ін. Іншим важливим її джерелом є внутрішній світ молодої людини, на рівні якого інформація про здоров'я представлена у вигляді суб'єктивного переживання благополуччя або дискомфорту, самовідчуття власної сили, фізичних і психологічних можливостей, у розвитку яких велике значення має процес виховання і реакції

значущого оточення на потреби молодої людини, її соціальну та іншу активність, здатність опановувати стрес тощо.

Наголошено на важливості активаційних предикторів здоров'язбереження молоді, які визначаються особливостями вищої нервової діяльності, силою і якісними характеристиками інформаційного впливу, його суб'єктивною значущістю і цінністю для особистості, що позначається на внутрішній динаміці психічних процесів та рівні психічної активності.

Серед особистісних предикторів підкреслено важливість діяльності таких структур як система оцінок і система цінностей молоді, оскільки саме на їх основі приймається рішення про ставлення до здоров'я і дії, про характер взаємодії з оточуючим середовищем, що істотно впливає на процес здоров'язбереження загалом.

Констатовано, що поряд із реальним адекватним сприйняттям інформації про здоров'я, у молодої людини формуються власні уявлення та переживання з приводу власного здоров'я, як фізичного, так і психологічного, так звана внутрішня картина здоров'я, яка співвідноситься з загальноприйнятими соціумом нормами та еталонами, а також емоційним ставленням, пов'язаним із системою її цінностей. При цьому позитивне ставлення до власного здоров'я дозволяє молоді зберігати резервні можливості, необхідні для подолання життєвих труднощів і стресів в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Встановлено, що всі показники особистісних шкал за СМДО в І групі (учнівська молодь у стані стресу або постстресу) були значно вищими за норму і мали достовірні відмінності в порівнянні з ІІ групою (без стресу в поточній ситуації). Отримані результати можуть свідчити про генералізовану та недиференційовану реакцію на стрес респондентів І групи. Самооцінка здоров'я (СО Зд): M (SD)=8,79 (1,43) і ставлення до життя (СО СЖ): M (SD)=8,29 (1,76) у респондентів ІІ групи характеризувалися як висока, а в І групі ці показники дорівнювали: СО Зд=5,32±2,51; СО СЖ=5,19±2,53 відповідно. Показники самооцінки були достовірно вищими в ІІ групі, ніж у І

групі (СО Зд: t=-8,67, p<0,0001; СО СЖ: t=-7,69, p<0,0001). Таким чином, результати проведеного емпіричного дослідження в учнівської молоді виявили підвищені показники тривоги та страху в обох підгрупах. При цьому в групі респондентів з актуальною стресовою ситуацією спостерігалося зниження оперативної пам'яті та концентрації уваги, низька самооцінка та дезадаптивні явища.

Виявлено, що показники самооцінки здоров'я та ставлення до життя у групі студентської молоді, які випробовували стресовий та постстресовий стани, склали 5,88±1,67 та 7,31±1,83 бали відповідно, а у респондентів без проявів стресу – 6,42±1,79 та 8,11±1,86 бали відповідно. Достовірні відмінності між групами були відсутні (СО Зд: t=-0,68, p=0,44; СО СЖ: t=-1,17, p=0,31). У психологічному статусі на перший план виступили підвищені показники тривоги та страху, помірно знижені показники когнітивних функцій (пам'яті та уваги). В особистісному плані респонденти характеризувалися підвищеним контролем над емоціями та поведінкою, високою самооцінкою ставлення до життя. В ситуації стресу вони переважно демонстрували гіпостенічний тип реагування, що не призводив до дезадаптації.

Загалом у групі учнівської молоді з ознаками стресу показники тривоги, депресії та агресії виявилися достовірно вищими, ніж у групі студентів. При порівнянні цих груп респондентів без ознак стресу достовірні відмінності були представлені показниками агресії: в групі учнівської молоді значення виявилися дещо вищими, ніж у групі студентів. Самооцінка ставлення до життя в групі учнівської молоді з ознаками стресу (5,19±2,61) була достовірно нижчою (СО СЖ: t=-2,83 p=0,0042), ніж у групі студентів з цими ознаками (7,34±2,21 балів). Самооцінка здоров'я за групами не відрізнялася. Проте, самооцінка здоров'я в групі учнівської молоді без стресу (8,63±1,54) була достовірно вищою (t=5,91, p<0,0001), ніж у групі студентів без ознак стресу (6,44±1,91). За самооцінкою ставлення до життя достовірних відмінностей між вказаними групами не виявлено.

Отже, реакція на стрес в учнівської молоді, при якій відзначалося наростання емоційної, особистісної напруженості та зниження самооцінки, свідчить про недостатність резервних можливостей для подолання стресу, що призводить до стану гіперзбудження та особистісної дезадаптації. Отримані дані наголошують на важливості формування внутрішньої картини здоров'я, за відсутності якої спостерігаємо реакції дезадаптації та погіршення стану здоров'я молоді загалом.

На *третьому етапі* емпіричного дослідження було досліджено особливості функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої картини здоров'я молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях).

Констатовано, що внутрішня картина здоров'я, представлена на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, визначається соціально-психологічними характеристиками молоді, як особливої соціально-демографічної групи, та соціально-психологічною специфікою етапів її професіоналізації, а самоактуалізація молоді та особистісна тривожність є детермінантами, що впливають на процес і результат здоров'язбереження молодої людини.

Показано, що когнітивний рівень внутрішньої картини здоров'я аналізувався на основі вивчення динаміки уявлень респондентів про сутність здоров'я та чинники його збереження. В цьому аспекті аналізувалися зміст поняття «здоров'я», його когнітивна складність; значущість цінності «здоров'я» в системі провідних цінностей особистості; уявлення респондентів про існуючі способи збереження здоров'я; індивідуальні схеми здоров'язбереження, а також їх уявлення про ефективність реалізації цих схем в життєдіяльності. Ставлення респондентів до власного здоров'я (емоційна складова), що є індикатором рівня психологічного благополуччя та показником ефективності реалізації індивідуальної стратегії здоров'язбереження, вивчалося за допомогою оцінки рівня їх задоволеності якістю життя. Поведінковий рівень внутрішньої картини здоров'я

респондентів досліджувався за допомогою виявлення представленості способів підтримки оптимального рівня динамічної рівноваги власної психіки, вивчення індивідуальних способів здоров'ябереження.

За результатами аналізу уявлень респондентів про здоров'я встановлено, що цей феномен має складну і багатопланову представленість у самосвідомості і пов'язується, передусім, з психологічним і соматичним благополуччям людини, а в системі уявлень респондентів про здоров'я виокремлено загальні та особливі компоненти. До загальних, ядерних компонентів цієї системи віднесено його психологічну та соматичну складові; до особливих – ієрархію цих компонентів та змістовну наповненість.

З'ясовано, що в системі цінностей молоді цінність «здоров'я» займає одну з провідних позицій за рівнем значущості, незалежно від етапу професіоналізації, курсу та профілю навчання. Причому, на відміну від досить вираженої динаміки інших життєвих цінностей, які залежать від вказаних змінних, цінність «здоров'я» має стабільно високий рівень значущості.

Виявлено взаємозв'язок між показниками внутрішньої картини здоров'я (на рівні емоційного та поведінкового компонентів) і рівнями самоактуалізації та тривожності респондентів. На емоційному рівні такий зв'язок виявлено між ступенем задоволеності якістю життя респондентів та рівнем їх самоактуалізації (зокрема, за показниками «автономність», «цінності», «гнучкість у спілкуванні») ($p \leq 0,01$)). Поведінковий компонент внутрішньої картини здоров'я молоді, представлений у дослідженні копінг-стратегіями, що використовуються респондентами, також значною мірою взаємопов'язаний з показниками їх самоактуалізації. Конструктивні копінг-стратегії («планування вирішення проблеми», «позитивна переоцінка») виявили прямий кореляційний зв'язок з показниками самоактуалізації ($p \leq 0,05$); неконструктивні види копінгу («конфронтаційний копінг», «втеча-уникнення») навпаки, виявили зворотну кореляційну залежність ($p \leq 0,01$).

Показано, що деструктивним чинником здоров'язбереження молоді є тривожність, як прояв напруженості, стану стресу. Найбільш вираженими

показниками тривожності виступили «загальна тривожність», «переживання соціального стресу», «страх ситуації перевірки знань» ($p \leq 0,05$), а в структурі тривожності найбільш представленими виявилися компоненти, що мають соціальну та навчально-професійну обумовленість ($p \leq 0,05$).

Узагальнено, що вплив чинників самоактуалізації особистості та особистісної тривожності респондентів на їх здоров'язбереження актуалізується в емоційному та поведінковому компонентах внутрішньої картини здоров'я. При цьому подальший аналіз вимагав уточнення соціально-психологічної специфіки атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді в аспекті її здоров'язбереження.

На *четвертому етапі* емпіричного дослідження було розкрито соціально-психологічну специфіку атрибутивного стилю як захисного механізму поведінки молоді у вимірі її здоров'язбереження в період суспільних трансформацій.

Проаналізовано дослідження атрибутивного стилю у вимірах локусу причинності, що окреслює інтернальну/екстернальну його природу. Зважаючи на те, що атрибуція є детермінантою модальності емоційних проявів особистості, релевантно змодельована ситуація зі здоров'язбережувальної діяльності дозволила якісно виокремити найбільш активну частину респондентів.

Отримано високу вираженість параметрів оптимістичного атрибутивного стилю: сталість «доброго» ($M=8,46$; $SD=\pm1,64$); широта «доброго» ($M=8,00$; $SD=\pm1,62$), персоналізація «доброго» ($M=8,15$; $SD=\pm1,78$) та низьку вираженість параметрів песимістичного атрибутивного стилю: сталість «поганого» ($M=6,23$; $SD=\pm1,21$), широта «поганого» ($M=6,27$; $SD=\pm1,97$); персоналізація «поганого» отримала достатньо високу вираженість ($M=8,10$; $SD=\pm1,96$) і перебувала майже на рівні з персоналізацією «доброго».

Отримані описові характеристики конструктивного копінгу свідчать про те, що респонденти віддають перевагу «самоконтролю» ($M=14,23$; $SD=\pm3,08$), «конструктивній переоцінці» ($M=13,52$; $SD=\pm2,80$), «розв'язанню проблеми»

(M=12,69; SD=±2,52) і не прагнуть «приймати відповідальність» (M=8,62; SD=±2,52). Описові характеристики деструктивного копінгу свідчать про високу вираженість «втечі» (M=14,44; SD=±3,88) і «пошуку соціальної підтримки» (M=10,99; SD=±2,87). Меншою мірою респонденти вдаються до «конфронтації» (M=9,76; SD=±1,92) і «дистанціювання» (M=9,92; SD=±3,37).

Визначено прямі достовірні кореляційні зв'язки параметрів оптимістичного атрибутивного стилю зі стратегіями копінг-поведінки. Так, параметри оптимістичного атрибутивного стилю мають по два зв'язки: сталість «доброго» пов'язана з самоконтролем (rs=0,956; p<0,001) і прийняттям відповідальності (rs=0,400; p=0,003); широта «доброго» – з роз'язанням проблеми (rs=0,509; p<0,001) і пошуком соціальної підтримки (rs=0,927; p<0,001); персоналізація «доброго» пов'язана з самоконтролем (rs=0,457; p<0,001) і прийняттям відповідальності (rs=0,969; p<0,001). Очікуваними є зв'язки з конструктивними копінгами: самоконтролем, прийняттям відповідальності й розв'язанням проблеми.

Отримано також прямі достовірні кореляційні зв'язки з параметрами песимістичного атрибутивного стилю зі стратегіями копінг-поведінки. Сталість «поганого» має зв'язки з конфронтацією (rs=0,928; p<0,001) і дистанціюванням (rs=0,411; p=0,002), а широта «поганого» – з розв'язанням проблеми (rs=0,509; p<0,001), конфронтацією (rs=0,383; p=0,005) і дистанціюванням (rs=0,969; p<0,001).

Персоналізація «доброго» має зв'язок з втечею (rs=0,759; p<0,001). Очікуваними є зв'язки з деструктивними копінгами: конфронтацією, дистанціюванням і втечею. Дещо неочікуваним є достовірний зв'язок широти «поганого» з розв'язанням проблеми (rs=0,509; p<0,001). Акцентуємо, що широта «поганого» наділена найміцнішим зв'язком з дистанціюванням (rs=0,969; p<0,001).

Обґрунтовано, що дослідження атрибутивного стилю, як захисного механізму поведінки респондентів у вимірі їх здоров'язбереження, є узвичаєним способом, за допомогою якого вони пояснюють причини та

наслідки несприятливого перебігу подій у контексті пошуку конструктивних і деструктивних стратегій копінг-поведінки.

Зазначено, що оптимістичний і песимістичний атрибутивні стилі є відображенням когнітивних процесів поведінки молоді. Зафіксовано високі ідентичні параметри персоналізації «доброго» й персоналізації «поганого», що свідчать про амбівалентність атрибутивного стилю, яку пояснено особливостями юнацького віку й максималістськими проявами, крайнощами в досягненні бажаного результату, конвергентною позицією респондентів.

Констатовано, що захисні механізми поведінки реалізуються через конструктивні поведінкові стратегії (самоконтроль, прийняття відповідальності та розв'язання проблеми) і деструктивні (конфронтація, дистанціювання, втеча й пошук соціальної підтримки).

Аргументовано відсутність достовірного зв'язку з конструктивною переоцінкою тим, що в процесі й результаті здоров'язбережувальної діяльності респондентам доводиться постійно оцінювати, осмислювати, раціоналізувати й інтелектуалізувати, що не дозволяє сприймати конструктивну переоцінку як стратегію копінг-поведінки.

З'ясовано і статистично підтверджено перевагу персоналізації «доброго» за копінгом «прийняття відповідальності» й перевагу персоналізації «поганого» за копінгом «втеча». Отримані результати пояснюють низку сценаріїв поведінки респондентів і становлять інтерес для фахівців, які працюють з молоддю у напрямку її здоров'язбереження.

На *п'ятому етапі* емпіричного дослідження було проведено виявлення структурно-змістовних особливостей мотивації молоді до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Аналіз життєвих подій, що впливають на ставлення до здоров'я, дозволив виділити найбільш значущі події, а також умови та механізми формування мотивації до здоров'язбереження у молоді в трансформаційному соціумі.

Виділено два типи мотивації до здоров'язбереження: мотивація самопочуття та мотивація цілепокладання. Показано, що мотивація

самопочуття у здоров'язбереженні зі смисловим підґрунтям «самопочуття і середовище» забезпечує вирішення поточних життєвих проблем, життєдіяльність в межах соціальної спільності. Мотивація цілепокладання у здоров'язбереженні зі смисловою основою «цінність здоров'я і особистісні цілі» дозволяє не просто вирішувати поточні життєві завдання, підтримувати певний рівень комфорту, а успішно реалізовувати свої здібності та значущі особистісні цілі в напрямі здоров'язбереження.

Виявлено провідні тенденції в мотивації до здоров'язбереження у молоді: збільшення значення чинників мотивації від приналежності до сім'ї, бажання привабливо виглядати, інтересу і любові до життя, матеріального благополуччя до розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я, розуміння можливих захворювань, їх наслідків, розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя, наявності мети, заради якої потрібно бути здоровим, відповідального ставлення до себе.

Встановлено, що мотивація до здоров'язбереження у молоді має свої структурно-змістовні особливості, які обумовлені станом організму, соціальним статусом, завданнями розвитку на цій життєвій стадії. Ці особливості характеризуються переважанням мотивації самопочуття над мотивацією цілепокладання. З'ясовано, що чинники мотивації до здоров'язбереження у молоді відіграють важливу роль: стимулюють турботу про здоров'я («погіршення самопочуття, захворювання», «розуміння та побоювання можливих захворювань, їх наслідків», «приналежність до сім'ї»); підтримують турботу про здоров'я («відповідальне ставлення до свого життя», «регулярність турботи про здоров'я»), а смисл турботи про здоров'я забезпечують чинники «розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя», «розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я», «бажання гарного фізичного та психічного самопочуття».

Результати дослідження дозволили визначити умови та механізми формування мотивації до здоров'язбереження у молоді в умовах сучасних викликів транформаційного соціуму.

Узагальнено, що умовами формування мотивації до здоров'язбереження у молоді є: відсутність фізичних, емоційних, інтелектуальних перевантажень, стресів; наявність позитивного сприятливого емоційного фону, оптимальний рівень задоволеності життям; задоволеність потреб, характерних для попередніх та теперішніх етапів розвитку; наявність в оточенні референтної особи чи групи, що має високу цінність здоров'я та демонструє зразки здорового способу життя для передачі смислів турботи про здоров'я (батьки, фахівці, однолітки); наявність оптимального, регулярного контролю з боку дорослих (батьків, фахівців) за виконанням правил та дотриманням принципів здорового способу життя, виключаючи авторитарні форми; наявність доброзичливого, шанобливого ставлення до молоді при обговоренні питань впливу переконань, поведінки на власне здоров'я та здоров'я оточуючих; наявність умов життя, спілкування, виховання, що сприяють формуванню відповідальності за своє життя в цілому і за здоров'я, зокрема.

Показано, що механізмами формування мотивації до здоров'язбереження у молоді є опора на чинники, що впливають на почуття особистої причинності і, отже, на внутрішню мотивацію (наявність вибору та свободи його здійснення; наявність зворотного зв'язку, що має інформувальний характер); використання механізмів формування мотивації досягнення (формування синдрому досягнення, самоаналіз, формування прагнення і навичок ставити перед собою високі, але адекватні цілі, міжособистісна підтримка); знаходження молодою людиною особистісного смислу у здоров'язбереженні для перетворення знаних мотивів у діючі; мотиваційне зміщення, перемикання, обумовлення, фіксація; гармонійне використання чинників мотивації виживання та мотивації досягнення у здоров'язбереженні: для організації спонукання піклування про здоров'я − забезпечення розуміння небезпек можливих захворювань та їх наслідків, з урахуванням досвіду інших людей, звернення уваги на зв'язок здоров'я та привабливої зовнішності; для знаходження особистісного смислу турботи про

здоров'я − забезпечення розуміння ролі здоров'я для повноцінного, щасливого, успішного життя, гарного самопочуття та розуміння того, що втрачене здоров'я важко відновити; для підтримки бажання піклуватися про своє здоров'я − розвиток відповідального ставлення до себе, формування навичок здорового способу життя для забезпечення регулярності виконання дій щодо здоров'язбереження. Для забезпечення реально діючого характеру мотивації необхідною є представленість всіх компонентів ставлення до здоров'я: ціннісно-смислового, когнітивного, емоційно-вольового, діяльнісного.

Отримані на констатувальному етапі дослідження дані було враховано при побудові та реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [12; 13; 40; 41; 42; 46; 62; 75; 104; 141; 142; 143; 145; 146; 147; 148; 236; 259; 262].

РОЗДІЛ 4

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ

4.1. Змістовно-процесуальні засади побудови багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму

Як показав проведений аналіз, кризові явища в політичному, соціально-економічному і духовному житті українського суспільства породжують і загострюють низку соціальних проблем, призводять до погіршення фізичного та психічного здоров'я молоді [70; 263; 295 та ін.].

У зв'язку з цим зростає необхідність здоров'язбереження молоді та роль соціально-психологічної роботи, як специфічного цілісного напряму діяльності фахівців, мета якої полягає в задоволенні соціальних потреб молоді, вирішенні проблем праці, побуту, духовного і фізичного розвитку молодої людини, зокрема шляхом залучення до цього державних, громадських інституцій, використання всього потенціалу суспільних можливостей.

Виявлені на констатувальному етапі дослідження умови та механізми формування мотивації до здоров'язбереження у молоді було покладено в основу розробки багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення її здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Провідна мета багаторівневої соціально-психологічної програми полягала у формуванні ціннісно-смислового, когнітивного, емоційно-

вольового, діяльнісного компонентів ставлення до здоров'язбереження у молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Для формування ціннісно-смислового компонента доцільно використовувати ціннісно-рефлексивний підхід, при якому акцентується увага на актах усвідомленого, рефлексивного ставлення молодої людини до цінностей та смислів свого життя.

Для забезпечення ціннісно-смислового компонента ставлення до здоров'язбереження потрібно спиратися на цілеспрямовану роботу з молоддю з осмислення підстав здоров'язбереження, з погляду на те, що усвідомлення молоддю ролі здоров'я допомагає їй включити турботу про нього у своє життя як його складову частину.

Формування когнітивного компонента передбачало своєчасне надання інформації з питань здоров'язбереження, труднощів у відновленні втраченого здоров'я.

Формування емоційно-вольового компонента спиралося на навчання прийомам самопізнання, самоаналізу, саморегуляції, що дозволяло використовувати отримані навички для прийняття рішення на користь здоров'я в різних життєвих ситуаціях.

Формування діяльнісного компонента передбачало включення до соціально-психологічної програми необхідності регулярної оцінки власної поведінки по відношенню до здоров'я, аналіз причин, що перешкоджають реалізації прийнятого рішення.

У програмі визначено принципи роботи з молоддю, вимоги до особистості фахівців, напрями діяльності психологічної служби закладу освіти в напрямку здоров'язбереження тощо.

Особливу увагу в соціально-психологічній програмі було приділено патогенному впливу психічних травм на розвиток особистості та психіки молодої людини, зважаючи на те, що проблематика психоемоційних травм у молоді, незважаючи на всю її важливість та актуальність, потребує

поглибленого опрацювання в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Під психоемоційною травмою розумілося порушення нормального функціонування емоційної сфери внаслідок впливу на неї несприятливих чинників середовища; як емоційний стан, викликаний впливом одного або декількох стресових чинників (в результаті подій, що відбулися, тривалого перебування в несприятливих умовах тощо), що призводили до порушення психічного благополуччя молодої людини, виходячи з того, що будь-яка подія, яка має високу особистісну значущість, може стати відправною точкою у формуванні та розвитку психоемоційної травми [180; 279; 289].

Особливе місце при роботі з молоддю у стані психоемоційної травми відводилося кризовим центрам, як установам соціальної сфери, орієнтованим на надання допомоги та підтримки молоді, яка потрапила у важку життєву ситуацію, пов'язану з насильством, жорстоким поводженням, цькуванням, переслідуванням тощо. Система допомоги, яка надавалася учасникам програми в умовах кризового центру, включала соціально-побутові, психолого-педагогічні, соціально-культурні, соціально-правові послуги. Для організації всебічної підтримки учасників долучалися фахівці із соціальної роботи, роботи з сім'єю, психологи, соціальні педагоги та ін.

Отже, соціально-психологічний супровід молоді з психоемоційною травмою в межах розробленої соціально-психологічної програми передбачав надання комплексної, системної допомоги, що включала, поряд із соціально-побутовим (у разі потреби), медико-соціальним супроводом, соціально-психологічну підтримку на основі продуктивної взаємодії фахівців різного профілю, а також організацію дозвілля.

Нижче наведено основні етапи соціально-психологічного супроводу учасників з психоемоційними травмами в межах багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді.

Перший етап – діагностичний, який передбачав виявлення ступеня психоемоційної напруги, глибини та характеру психоемоційної травми. Цей

етап реалізувався в перші дні перебування учасників програми в центрі та передбачав реалізацію комплексу діагностичних методик психологом, фахівцем із соціальної роботи та іншими фахівцями.

Слід зазначити, що на цьому етапі доцільним є застосовування методик, спрямованих на діагностику рівня тривожності (шкала Бека, тест Спілбергера-Ханіна, Шпитальна шкала тривоги та депресії, інтегративний тест тривожності, повний кольоровий тест Люшера, восьмиколірний тест Люшера та ін.); комплексні методики, пов'язані з оцінкою емоційного стану та поведінки (Методика «Поточна реакція на травматичний стрес», тест-вправа «Гарний малюнок», вправи «Образ», «Вишневі обійми» та ін.).

Другий етап – етап взаємодії – був заснований на терапії психотравми. На цьому етапі послідовно реалізувалися такі стадії: стабілізація, опрацювання та інтеграція.

Стадія стабілізації мала на меті приведення в норму соматичного, психічного та психологічного станів. Важливим на цьому етапі вважалося також відновлення соціальних зв'язків, стійких соціальних відносин та робота з усіма супутніми порушеннями: дисоціацією, порушенням адаптації, депресією.

Стадія опрацювання мала на меті прямий «контакт», «зіткнення» з травмою, її прямий розгляд, опис супутніх емоційних станів, емоцій. Провідними завданнями цієї стадії було відновлення відчуття впевненості та контролю учасників програми.

Заключною стадією другого етапу соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереження була інтеграція травми в життя молодої людини, з метою показати, що все буде не так, як було раніше, але в подальше життя події необхідно інтегрувати. Необхідно навчитися приймати та розуміти: те, що сталося, назавжди залишиться в минулому, і воно не повинно заважати подальшому розвитку та руху вперед, які є необхідними.

Третій етап – моніторинг результатів допомоги в процесі вирішення проблеми здоров'язбереження, в ході якого фахівці застосовували існуючі діагностичні методики, здійснювали спостереження.

Зауважимо, що основою багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму виступили підпрограми, які дозволили, зокрема, працювати з психотравмою та посттравматичним стресовим розладом:

- «Етнокультурні технології реабілітації молоді з психоемоційною травмою»;

- «Соціально-психологічна реабілітація молоді з психоемоційною травмою»;

- «Комплексна терапія травми з використанням мультимодальних арт-технологій».

Нижче наведено зміст, основні форми та методи соціально-психологічної роботи, які використовувалися в межах кожної підпрограми.

Підпрограма «Етнокультурні технології реабілітації молоді з психоемоційною травмою» мала особливу значущість в структурі багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Полікультурність, динамічність сучасного суспільства, нестабільність соціальних процесів та проникність культурних кордонів, міграція, взаємопроникнення та перетворення традиційних спільнот зумовлюють наразі актуальність проблеми збереження культурної та історичної самобутності, національних традицій, непорушних моральних цінностей народу.

Сучасна молодь гостро потребує вивчення та відтворення національної культури, а одним із основних завдань закладів освіти, культури, соціальної сфери є формування та розвиток у молоді інтересу до цінностей традиційної

народної культури, виховання позитивного ставлення до етнокультурних відмінностей.

Особливо вразливою групою в цьому векторі є молодь, яка прибула із зон бойових дій. Це категорія осіб із психоемоційними травмами, які гостро потребують соціокультурної реабілітації.

Саме етнокультурні технології є ефективним інструментом соціокультурної реабілітації цієї категорії молоді. Вони дозволяють не тільки реалізувати культурні потреби та інтереси, що забезпечують інтеграцію молоді у суспільство, залучення до цінностей традиційної народної культури, виховання шанобливого ставлення до культурної спадщини, минулого країни, а й сприяють нормалізації їхнього психоемоційного стану, підтримці внутрішнього балансу та зовнішнього зв'язку з навколишнім світом.

Метою підпрограми виступала реабілітація молоді з психоемоційною травмою засобами етнокультурних технологій. Реалізація цієї мети вбачалася можливою в процесі залучення молоді до цінностей традиційної народної культури, формування позитивного образу «Я» та навколишнього світу, корекції емоційної сфери (зниження тривожності, корекція страхів, агресії), оволодіння способами взаємодії з собою та навколишнім світом, а також активізації позитивно спрямованих ресурсів.

Форми занять в межах цієї підпрограми були різноманітними і мали пізнавальний, рекреаційний та розважальний потенціал, а також були практико-орієнтовані: екскурсії, майстер-класи, ігрові та інтерактивні програми, квести, вікторини та ін.

Значущою та актуальною в багаторівневій соціально-психологічній програмі забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму виступала підпрограма комплексної реабілітації учасників з психоемоційною травмою.

Актуальність комплексної мети здоров'язбереження учасників програми з психоемоційною травмою була обумовлена збільшеною потребою

суспільства у застосуванні системного підходу до надання допомоги та підтримки молоді з психоемоційною травмою.

Наразі молодь все частіше стикається в своєму житті з різними психотравмуючими обставинами: насильством, трагічними подіями, смертю близьких, втратою одного з батьків тощо. Це події, за які молодь не відповідає сама, вона безсила перед ними і не може їх запобігти або якось на них вплинути, тому такі переживання дуже болячі.

Соціально-психологічна робота в межах багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму здійснювалася у групах.

У кожній терапевтичній групі перебувало від 8 до 12 осіб. Фахівці працювали у парах. Це дозволяло проводити як індивідуальну, так і групову роботу, розвивати систему взаємопідтримки, обміну досвідом тощо.

У побудові роботи груп використовувалася система STOP-реабілітації за Б. Кілборном [234].

Вона включала:

1. S – структуру і організованість часу.

2. T – створення умов для відвертої розмови.

3. O – організацію гри.

4. P – створення атмосфери поваги, уваги, турботи про кожного учасника; приєднання, близький контакт.

Робота у групах включала індивідуальні сесії, групові заняття і тренінги, роботу в малих групах і спільні заходи.

Підпрограма «Соціально-психологічна реабілітація молоді з психоемоційною травмою» складалася з таких блоків:

Блок 1. Знайомство.

Знайомство учасників групи один з одним та колективом фахівців: вступна настановна бесіда, яка проводилася у доступній формі, для обговорення майбутньої роботи, графіка занять, їх значущості, формулювання правил роботи групи, висування учасниками своїх вимог та пропозицій;

проведення ігор та вправ на знайомство, зниження внутрішньої напруги; обговорення.

Блок 2. Довіра.

Із учасниками програми обговорювалася тема «Довіра». Надавалися теоретичні знання; проводився блок ігор та вправ, спрямованих на розвиток групової довіри та закріплення теоретичних знань. Програвалися життєві ситуації тощо.

Блок 3. Робота з агресією.

Здійснювалася розмова з учасниками про форми та види агресії. Учасники навчалися формам управління гнівом.

Блок 4. Емоції.

Учасників програми навчали розпізнавати емоції, керувати ними. Проводилася робота з негативними та позитивними емоціями; навчання передачі емоцій за допомогою міміки, жестів, пози; невербальні ігри, пантоміма тощо.

Блок 5. Робота з фобіями та тривожністю.

Проводилися бесіди з учасниками про природу та прояв страху. Відбувалася робота зі снами.

Блок 6. Впевненість.

Проводилися соціально-психологічна робота на підвищення самооцінки учасників, на розвиток та зміцнення їх впевненості в собі; вироблення навичок соціальної адаптації; проєкція в майбутнє.

Блок 7. Закріплення.

Проводилося підведення підсумків; проведення спільних заходів. Провідною метою багаторівневої соціально-психологічної програми виступала комплексна реабілітація учасників із психоемоційною травмою. Водночас, ця програма була спрямована на зниження емоційної тривожності учасників, розвиток самосвідомості, комунікативних навичок, підвищення самооцінки, закріплення позитивних поведінкових реакцій.

У ході реалізації підпрограми соціально-психологічної реабілітації молоді з психоемоційною травмою використовувалися такі форми та методи: бесіди; елементи групової дискусії; психологічні тести, вправи, тренінги; рисуночні методи; елементи техніки саморегуляції та прийоми психогімнастики; окремі прийоми самодіагностики емоційного стану.

Заняття в межах підпрограми соціально-психологічної реабілітації молоді з психоемоційною травмою будувалися таким чином, що учасники оперативно включалися до групової та індивідуальної роботи, швидко адаптувалися до їхньої структури та змісту. Залежно від мети, заняття мали різне наповнення.

Наявний в арсеналі фахівців різноманітний матеріал та досвід практичної соціально-психологічної роботи дозволяв підбирати вправи, необхідні для роботи з різними емоційними переживаннями учасників з метою їх здоров'язбереження.

У ході реалізації підпрограми соціально-психологічної реабілітації молоді з психоемоційною травмою виконувалася оцінка її результативності, у ході якої застосовувалися такі методи, як спостереження за емоційними реакціями учасників та способами їх реагування на ситуації (карта спостереження); експертні бесіди з учасниками про зміни їхнього психоемоційного стану під час засобів формувального впливу.

Актуальність третьої підпрограми «Комплексна терапія травми з використанням мультимодальних арт-технологій» в межах багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді була зумовлена зростанням потреби в застосуванні технологій арт-терапії щодо різних категорій та груп учасників програми.

Особливо затребуваним напрямом у цьому контексті вбачалося надання допомоги саме учасникам з психоемоційними травмами, оскільки арт-терапія виступає потужним інструментом роботи психолога у вирішенні проблем, пов'язаних із посттравматичними стресовими розладами внаслідок пережитих надзвичайних ситуацій; втратою батьків (смерть, розлучення); перебуванням у зонах бойових дій тощо.

Застосовувалася мультимодальна терапія творчістю (МТТ) – «лікування мистецтвом» – як напрямок психотерапії та психологічної корекції, у межах якого терапія відбувалася за допомогою мистецтва чи творчості.

Метою підпрограми було надання допомоги її учасникам на основі комплексного терапевтичного впливу мультимодальних арттехнологій – терапії психотравми за допомогою метафоричних асоціативних карток; реабілітація учасників з психоемоційною травмою засобами каністерапії; відновлення та розвиток психоемоційного стану учасників засобами арт-терапії (ізо-, казкотерапії).

Підпрограма «Комплексна терапія травми з використанням мультимодальних арт-технологій» включала 3 блоки занять (по 12 у кожному блоці).

У цій підпрограмі, як і в попередніх, була передбачена вікова диференціація занять з учасниками.

За підсумками реалізації підпрограм здійснювався моніторинг якості надання соціально-психологічної допомоги учасникам програми в напрямку їх здоров'язбереження, який дозволяв оцінити отримані результати та ефективність використаних форм та методів соціально-психологічної роботи.

Реалізація багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму передбачала участь фахівців кризових центрів у програмі розвитку компетенцій практичних психологів та працівників соціальної сфери, яка була невід'ємною частиною усієї роботи в межах цього напряму.

Участь у програмі дозволяла підвищити рівень теоретичних знань у роботі з емоційною психотравмою, сприяла оволодінню практичними вміннями та навичками надання допомоги учасникам в напрямку їх здоров'язбереження.

Слід наголосити, що формування емоційно-вольових якостей учасників програми було обумовлено впливом великої кількості чинників, серед яких

слід виокремити особистий досвід, рівень культури, вплив батьків, педагогів та однолітків.

Оскільки невід'ємною частиною здоров'язбереження є різні поведінкові звички та прояви особистості, без безпосередніх зусиль учасника, без його налаштованості та мотивації до докладання зусиль для збереження та зміцнення здоров'я, досягнути позитивного результату неможливо.

Однак, враховуючи те, що зазначені складові здоров'язбереження є динамічними і перебувають під впливом різних умов, а поведінка особистості орієнтована на покращення своїх потреб, необхідним вбачалося створення соціально-психологічних умов, які спрямовують розвиток особистості на шляху до забезпечення здоров'язбереження, формування культури здоров'я і довголіття.

Зазначені умови можна класифікувати в такий спосіб: психолого-педагогічні, організаційно-психологічні, інформаційно-змістовні, діяльнісні.

Психолого-педагогічні умови були спрямовані на формування безперервної та різнобічної мотивації учасників програми до здоров'язбереження. Організаційно-психологічні та інформаційно-змістовні умови передбачали розробку інформаційного поля та профілактичних заходів щодо формування здорового способу життя, а діяльнісні умови були націлені на організацію освітнього процесу шляхом впровадження конкретних заходів, спрямованих на усунення небезпек здоров'ю з боку освітнього середовища, на викорінення шкідливих звичок, організацію щадного режиму навчання та здоров'язбереження загалом.

Слід наголосити, що запропонована стратегія дій щодо здоров'язбереження учасників програми та формування здорового способу життя в межах багаторівневої соціально-психологічної програми включала:

- заходи соціально-психологічного впливу, пов'язані з формуванням в учасників програми установки на готовність до ведення здорового способу життя;

- організацію пропаганди медичних та гігієнічних знань, підвищення обізнаності учасників з питань здоров'язбереження.

У зв'язку з вищевикладеним при створенні рекомендацій щодо здоров'язбереження молоді наголошено на важливості їх застосування на особистісному, соціально-психологічному та адміністративному рівнях.

Зауважимо, що відповідно до проведеного опитування з оцінки значущості для учасників програми чинників здоров'язбереження, з'ясовано, що основними складовими здоров'язбереження є відмова від шкідливих звичок, позитивне мислення, рухова активність, здоровий сон, раціональне харчування, відпочинок на природі.

Виходячи з оцінки та аналізу пріоритетних напрямів здоров'язбереження учасників, підкреслено, що основними напрямками багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді на особистісному рівні виокремлено такі:

- розробка та впровадження дієвих підстав мотивації учасників до здоров'язбереження;

- формування в учасників переконаності в тому, що здоровий спосіб життя є неодмінною умовою самореалізації та самовдосконалення, необхідним елементом майбутнього кар'єрного зростання, а здоров'язбереження сприяє самоорганізації та мобілізації сил для прийняття правильних рішень;

- інформування про взаємозв'язок здоров'язбереження з плідною навчальною, професійною та творчою діяльністю;

- посилення інформаційної складової зі значення для молодої людини раціонального харчування та фізичної активності.

Оскільки здоровий спосіб життя невіддільний від навчальної, професійної та творчої активності молодої людини, то в багаторівневій соціально-психологічній програмі забезпечення здоров'язбереження молоді було запропоновано та реалізовано шляхи розвитку творчого потенціалу та особистісних якостей з ним пов'язаних:

- підвищення результативності самостійної роботи, написання наукових статей на конференції та конкурси, оскільки творча діяльність, яка приносить задоволення, також є одним із шляхів зниження психічної напруженості особистості.

- зосередження на створенні та розвитку уявлень учасників про системність навколишнього світу. Останнє можливе з урахуванням запровадження в освітній процес основних положень синергетики, провідних концепцій сучасного природознавства тощо;

- формування етики відповідальності, що допоможе більш усвідомлено здійснювати різні вибори, допускати розумний ризик, без якого творчий процес рідко обходиться, в тому числі оцінювати можливий ризик безпеки діяльності як для себе, так і для оточуючих;

- впровадження в освітній процес евристичних методів викладання, які сприяють розвитку мислення та підвищують інтерес до створення власного творчого продукту.

Однією з форм роботи зі здоров'язбереження молоді розглядалася участь у соціально-психологічних та особистісних тренінгах, спрямованих на актуалізацію резервних можливостей та розвиток соціально-психологічних компетенцій.

На тренінгах «Розвиток впевненої поведінки», «Розвиток життєстійкості», «Розвиток комунікативних навичок», «Формування толерантних установок», «Розвиток капіталу ідентичності» учасники програми мали можливість вивчати власні ресурси, отримати знання щодо особистісного саморозвитку і формувати соціально-психологічні уміння та навички, які сприяють здоров'язбереження.

Слід наголосити, що соціально-психологічна робота зі здоров'язбереження учасників програми була масштабною, різноспрямованою, тривалою та системною. Вона не обмежувалася соціально-психологічною роботою, представленою у кожній із підпрограм.

У процесі соціально-психологічної роботи з молоддю фахівці враховували індивідуально-типологічні та соціально-психологічні особливості, можливості та ресурси кожного учасника, соціокультурні інтереси та потреби, орієнтувалися на динаміку загального стану, а також на можливості надалі вести повноцінне життя.

Експериментальну роботу з реалізації виявлених соціально-психологічних умов та перевірки ефективності розробленої багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, спрямованої на ефективний розвиток в учасників досвіду самопізнання, як основи їх здоров'язбереження, можна розділити на три етапи: попередній, практичної реалізації та етап дослідницької роботи.

Попередній етап був спрямований на формування базових основ знань та умінь учасників програми у галузі самопізнання.

Етап практичної реалізації був пов'язаний з інтеграцією знань та практичних умінь учасників програми щодо розвитку досвіду пізнання свого організму та перенесення їх у нову життєву ситуацію.

Третій етап був пов'язаний зі створенням та захистом дослідницьких проєктів у галузі здоров'язбереження на основі самопізнання учасниками свого організму.

На першому етапі, з метою формування базових основ знань і умінь учасників у галузі самопізнання, була підготовлена і впроваджена програма курсу «Самопізнання як шлях здобуття здоров'я».

Формування базових знань у галузі самопізнання відбувалося шляхом активного застосування методів психологічної діагностики, методів проблемного навчання, частково-пошукових і рефлексивних методів.

Відповідні заняття дозволили учасникам адекватно оцінювати себе, виявлити функціональні особливості та адаптивні реакції свого організму в умовах реального життєвого середовища, усвідомити міру відповідальності за своє здоров'я.

Для реалізації застосованих методів були активно використані такі прийоми: діагностика, ігрові, дискусійні, рефлексивні, голографічні прийоми, методи продуктивного зворотного зв'язку.

На заняттях провідна роль приділялася самостійній роботі або роботі під керівництвом фахівця. На цих заняттях учасники засвоювали матеріал за такими розділами: самопізнання як необхідна умова здоров'язбереження учасників; стан серцево-судинної системи як показник загального фізіологічного стану організму; зміцнення органів дихання та профілактика їх захворювань; пізнання фізіологічних можливостей нервової системи як необхідна умова об'єктивної оцінки власної психічної діяльності та ін.

Були розроблені також завдання для усвідомлення учасниками особливостей свого організму та його адаптивних реакцій до умов конкретного регіону, на виявлення загальних понять, виключення ознак, аналіз відносин, аналіз складних асоціацій, визначення їх подібності та відмінностей, пошук протилежностей. Ці завдання допомагали учасникам визначити та розвинути вміння самопізнання у сфері здоров'язбереження.

Найбільш вдалими для цього етапу експериментальної роботи виявилися такі форми навчання, як інтегративні методи, індивідуальні консультації учасників, тематичні екскурсії та ін. Вони були спрямовані на інтеграцію знань учасників про себе та їх уміння зберігати здоров'я, розуміти завдання щодо захисту свого організму від несприятливих умов.

Знання своїх фізіологічних особливостей та адаптаційних реакцій і вміння самопізнання, набуті на попередньому етапі, дозволили учасникам раціонально вибирали методи здоров'язбереження, усвідомлено застосовувати профілактичні заходи в будь-якому виді діяльності – навчальній, трудовій, оздоровчій, профілактичній; практично використовувати отримані знання в нових ситуаціях, раціонально поєднувати розумові та фізичні навантаження, відрегулювати характер харчування, режим праці та відпочинку, відмовитися від шкідливих звичок, підвищити медичну активність.

Все це допомагало учасникам програми прийняти здоровий спосіб життя як єдиний можливий. На це були спрямовані дискусійні, ігрові, рефлексивні та голографічні прийоми, прийоми актуалізації життєвого досвіду, моделювання ситуацій, прийоми продуктивного зворотного зв'язку та ін.

Застосування цих прийомів дозволило учасникам зрозуміти характер взаємовідносин їх організму з навколишнім середовищем, яке здатне прямо чи опосередковано впливати на їх зростання, розвиток та стан здоров'я; усвідомити, що організм − це відкрита система; середовище − частина природи, що оточує їх, а організм та довкілля пов'язують складні взаємини; сформувати вміння, спрямовані на захист організму від впливу негативних чинників.

Як засоби, що забезпечують реалізацію другого етапу, було використано інформацію про статево-вікову норму морфофізіологічного розвитку в різних доступних учасникам джерелах (у наукових статтях, довідниках, нормативних документах та ін.); розроблені нами завдання, анкети та тести; результати діагностики; таблиці, схеми, графіки, що наочно показують динаміку функціонування та адаптивних реакцій окремих органів або їх систем; результати, отримані в ході самоспостереження, з метою аналізу фізіологічних особливостей та адаптаційних реакцій власного організму; розроблені алгоритми, створені для вибору раціональних методів підвищення захисних властивостей організму учасників.

На наступному етапі експериментальної роботи учасники брали активну участь у дослідницькій діяльності під час участі в проєктах з оцінки середовища проживання та вивчення його впливу на здоров'я.

З метою дослідження взаємозв'язку адаптивних можливостей учасників та вивчення впливу на них соціального та природного середовища було запропоновано такі теми, як: «Оцінка ступеня напруги адаптивних систем організму та ступеня впевненості в собі»; «Стрес як екопсихологічний чинник», «Вплив харчування на здоров'язбереження в юнацькому віці»,

«Вплив рухливих ігор на приріст показників фізичної підготовленості молоді» та ін.

На цьому етапі учасниками програми активно використовувалася інформація про досліджуваний об'єкт власного життєвого середовища, отримана, зокрема, з інструкцій про технічні характеристики приладів, інформація про хімічний склад харчових продуктів, отримана з доступних учасникам джерел; наукові звіти щодо методів захисту організму людини від впливу негативного впливу середовища тощо.

Отже, розроблена та експериментально перевірена особистісно-орієнтована методика ефективного розвитку досвіду самопізнання, як основи здоров'язбереження, задіяна в межах соціально-психологічної програми, включала спеціально підібрані методи, прийоми та форми організації навчання, що дозволяли учасникам програми навчитися адекватно оцінювати себе, виявляти функціональні особливості та адаптивні реакції організму в умовах реального життєвого середовища, приймати себе і усвідомлювати відповідальність за власне здоров'я та поведінку.

Отже, на соціально-психологічний супровід потребували різні категорії учасників програми, в тому числі й ті, що мали виражені медико-соціальні проблеми, які взаємно потенціюють одна одну, й вирішення яких неможливе в межах однобічних професійних впливів.

В цих умовах зростала об'єктивна потреба в діяльності комплексного характеру, в межах якої фахівців реалізували спеціальні профілактичні та реабілітаційні програми для особливих категорій осіб.

У зв'язку з цим, важливою складовою багаторівневої комплексної соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму вбачалася підготовка майбутніх фахівців соціономічного профілю (психологів, соціальних працівників, вчителів, медиків) до використання технологій соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереження молоді.

Соціально-психологічна робота розглядалася як вид мультидисциплінарної професійної діяльності психолого-педагогічного і медико-соціального характеру, спрямованої на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я молоді. Вона принципово змінює комплексну допомогу в сфері охорони здоров'я, оскільки передбачає забезпечення системних соціально-психологічних впливів на більш ранніх етапах розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, які потенційно ведуть до важких ускладнень.

На нашу думку, в умовах обмежених соціальних ресурсів і значної кількості соціальних проблем, соціально-психологічний вплив може бути ефективним тільки за умови застосування технологічного підходу.

Наразі можна говорити про різні типи технологій, спрямованих на збереження здоров'я молоді. За характером діяльності технології соціально-психологічної роботи поділяють на конкретні, вузькоспеціалізовані (спрямовані на окрему групу населення, клієнтів, наприклад, на профілактику інфікування ВІЛ чи вірусами гепатитів В, С, ін'єкційних споживачів наркотиків) та комплексні або інтегровані (мають більш універсальний характер і можуть застосовуватися в роботі з декількома чи багатьма групами клієнтів (наприклад, первинна соціальна профілактика, формування здорового способу життя, збереження здоров'я здорової молоді тощо).

Вузькоспеціалізовані технології поділяють на групи (в залежності від сфери, основних методів і засобів упровадження):

- медичні (технології профілактики захворювань, корекції та реабілітації соматичного здоров'я, санітарно-гігієнічна діяльність);

- навчальні технології, що сприяють здоров'язбереженню (інформаційно-навчальні, виховні);

- соціальні (технології організації безпечного і здорового способу життя, профілактики і корекції девіантної поведінки);

- психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистісного та індивідуального розвитку).

До комплексних технологій належать:

- технології комплексної профілактики захворювань, корекції та реабілітації здоров'я;

- медико-соціальні навчальні технології, що сприяють здоров'язбереженню;

- технології формування здорового способу життя [111].

Таким чином, під технологією соціально-психологічної роботи розуміється сукупність методів, прийомів і впливів, які спрямовані на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, підтримку і зміцнення здоров'я молоді через інститути соціального, медичного страхування, соціального забезпечення, медико-соціального обслуговування тощо.

Основним завданням технології соціально-психологічної роботи була розробка методів цілеспрямованого психосоціального впливу; застосування технологізації, як способу оптимізації соціально-психологічного результату в напрямку здоров'язбереження молоді.

Майбутні фахівців соціономічного профілю (психологи, соціальні працівники та ін.) мають бути готовими до застосування у професійній діяльності технологій соціально-психологічної роботи.

Проведена експериментальна робота надала підстави визначити готовність майбутніх фахівців соціономічного профілю до застосування технологій соціально-психологічної роботи як стійкого особистісного утворення, в якому інтегровані мотиви, знання й уміння, емоції майбутнього фахівця, спрямовані на ефективне вирішення проблем, пов'язаних з відновленням, збереженням та зміцненням здоров'я молоді. Це − здатність обирати і використовувати діагностичні та оціночні інструменти, адекватні рівню складності проблеми; розробляти й реалізовувати програми профілактики й реабілітації молоді з урахуванням потреб і обмежень; обирати й видозмінювати необхідні стратегії соціально-психологічної допомоги, організовувати й координувати діяльність поліпрофесійних бригад з метою індивідуального супроводу, адаптації та підтримки соціального функціонування учасників багаторівневої соціально-психологічної програми

забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

Готовність до такого виду діяльності характеризується наявністю взаємопов'язаних компонентів: мотиваційного, емоційно-вольового, теоретичного, практичного.

Підготовка майбутніх фахівців соціономічного профілю до застосування технологій соціально-психологічної роботи відбувається успішно за дотримання таких умов: професійна орієнтація на соціально-психологічну роботу; використання потенціалу професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальній діяльності; проведення практичних занять та організація практики майбутніх фахівців у спеціалізованих закладах, зокрема, медико-соціальних; участь у волонтерській діяльності.

Значна увага при розробці програми зверталася на досвід соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереження молоді в зарубіжних країнах [197; 242; 274].

Зауважимо, що професійна підготовка майбутніх фахівців соціономічного профілю у закладах вищої освіти має бути спрямованою на формування високоосвіченого спеціаліста, який має фундаментальні знання, вміння та навички, необхідні для професійної діяльності. Що стосується підготовки до використання технологій соціально-психологічної роботи, то кожен заклад вищої освіти організовує її, зважаючи на власні можливості та ресурси. У деяких закладах впроваджено низку спеціальних дисциплін психосоціального спрямування; в інших – медико-соціальні питання є складовими фахових дисциплін із соціальної роботи. Проблемною є практична підготовка до застосування технологій соціально-психологічної роботи: відсутність єдиного стандарту у вітчизняних закладах вищої освіти до її організації, питання нормативного регулювання волонтерської практики тощо.

Аналіз змісту навчальних планів підготовки майбутніх фахівців соціономічного профілю у вітчизняних закладах вищої освіти свідчить, що

низка гуманітарних та професійно-орієнтованих дисциплін передбачає ознайомлення з окремими аспектами соціально-психологічної роботи. Однак, варто відзначити, що при їх вивченні технологічний компонент соціально-психологічної роботи представлений поверхово. Як правило, вивчаються особливості соціально-психологічної роботи з конкретними категоріями осіб, а технологічні аспекти організації діяльності майже не розглядаються [228; 267; 293 та ін.].

Процес підготовки до застосування соціально-психологічних технологій відзначається фрагментарністю, має опосередкований характер. Уміння використовувати технології соціально-психологічної роботи (ТСПР) формується здебільшого стихійно в процесі виробничої практики.

В межах запропонованої багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді професійна орієнтація майбутніх фахівців соціономічного профілю на соціально-психологічну роботу зі здоров'язбереження молоді реалізувалася шляхом проведення спеціальних інформаційних бесід, побудови перспектив професійного розвитку, складання професіограми, зустрічей із психологами, соціальними працівниками медико-соціальних закладів і служб та ін.

Використання потенціалу професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальній діяльності відбувалося під час науково-практичних конференцій, олімпіад, конкурсів наукових робіт, майстер-класів, тренінгів. Практичні заняття з окремих дисциплін, ознайомча і виробнича практика організовувалися в таких медико-соціальних закладах і службах як: центр профілактики та боротьби зі СНІДом, соціальні служби для молоді, дитячі будинки сімейного типу, школи-інтернати, наркологічні диспансери, психоневрологічні диспансери, реабілітаційні центри для дітей з обмеженими можливостями та ін.

Участь у волонтерській діяльності забезпечувалася шляхом залучення до реалізації різноманітних програм на базі медико-соціальних закладів і служб, участі у благодійних акціях тощо.

Так, в Ужгородському національному університеті готовність майбутніх фахівців соціономічного профілю до використання технологій соціально-психологічної роботи забезпечувалася в процесі теоретичної підготовки («Вступ до спеціальності», «Медико-соціальні основи здоров'я», «Система організації соціальних служб», «Теорія соціальної роботи», «Методи соціальної роботи», «Соціальна робота з різними категоріями клієнтів», «Технології соціальної роботи», «Соціальна медицина» та ін.) та практичної підготовки, яка відбувалася в соціально-медичних закладах, шляхом волонтерської практики, а також позааудиторної роботи, що реалізовувалася у двох напрямках – науковому (конференції, конкурси наукових робіт, презентації, майстер-класи) і культурно-масовому (інформаційні бесіди, лекції, тренінги, дискусії, вечори запитань і відповідей, благодійні акції).

Підготовка майбутніх фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи в межах розробленої багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму передбачала 3 етапи: підготовчий (1-2 курси), основний (3 курс), спеціалізований (4 курс).

На першому етапі під час вивчення дисциплін «Вступ до спеціальності», «Медико-соціальні основи здоров'я», «Система організації соціальних служб», «Теорія соціальної роботи», «Методи соціальної роботи», «Соціальна робота з різними категоріями клієнтів» здійснювалася теоретична підготовка до майбутньої професійної діяльності у сфері соціально-психологічної роботи, а також практичне навчання, що передбачало організацію практики у таких закладах, як центр профілактики та боротьби зі СНІДом, територіальний центр обслуговування інвалідів та одиноких непрацездатних громадян, обласний наркологічний диспансер, психоневрологічний диспансер та ін. Також учасники програми залучалися до участі у волонтерській діяльності, зокрема, на базі медико-соціального реабілітаційного центру «Дорога життя», брали участь у волонтерській програмі «Допоможи іншим – стань приятелем», метою якої було налагодження товариських відносин учасників-волонтерів з

особами з обмеженими можливостями. На цьому етапі запроваджувалися елементи професійної орієнтації на соціально-психологічну роботу, що реалізуються шляхом застосування різноманітних форм і методів навчання – інформаційно-довідкових, методів прийняття рішень і побудови перспективи професійного розвитку. Основними формами роботи виступали складання професіограми, демонстрація навчальних відеоматеріалів, зустрічі з соціальними працівниками медико-соціальної сфери, психологами, потенційними роботодавцями та ін.

Другий етап (дисципліни «Технології соціальної роботи» і «Соціальна медицина») передбачав цілеспрямовану підготовку до соціально-психологічної роботи та застосування технологій соціально-психологічної роботи (ТСПР) у професійній діяльності, яка забезпечувалася використанням різних форм, методів і засобів навчання. Так, провідними формами навчання на цьому етапі були лекції-візуалізації та теоретичне конструювання, де вербальна інформація технічними засобами трансформувалася у певний візуальний ряд і таким чином відбувалося зміщення акценту з монологічного викладення матеріалу на спільну творчу діяльність викладача і майбутніх фахівців.

Для наочності використовувалися різні носії змістової інформації (слайди, плівки, малюнки, блок-схеми тощо). Зокрема, під час вивчення теми «Теоретичні основи проєктування технологій соціально-психологічної роботи» наводилися приклади існуючих технологій, зокрема «Технологія соціального обслуговування інвалідів вдома», яка представлена у вигляді блок-схеми. Доцільним вбачалося проведення семінарських занять у формі семінару-дискусії.

Практикувалося запрошення вітчизняних і зарубіжних фахівців закладів соціальної реабілітації для проведення окремих занять і професійно спрямованих виховних заходів.

Важливе значення мали спеціальні екскурсії (наприклад, в соціальні заклади Закарпатської області).

Вагому роль у процесі підготовки майбутніх фахівців до застосування технології соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереження молоді відігравали такі методи: кейси (до прикладу, кейс «Евтаназія», в якому подано історіографію проблеми, зарубіжний досвід впровадження, оцінки експертів з різних галузей і передбачено аналіз ситуації та колективне обговорення варіантів вирішення проблеми); ділові ігри («Толерантність фахівця соціономічного профілю»), соціальні та освітні проєкти («Розробка розвивальної програми для осіб-інвалідів») та ін. Широко використовувалися різні тренінги.

На цьому етапі учасники програми активно залучалися до позааудиторної роботи, яка реалізувалася в двох напрямках – науковому і культурно-масовому. У межах першого напрямку систематично проводилися науково-практичні конференції, конкурси наукових робіт, майстер-класи, тренінгові заняття, зустрічі та ін. Так, на базі ЦССДМ м. Ужгорода для учасників програми було організовано і проведено науково-практичні конференції «Соціально-значимі хвороби сучасної молоді», міжнародної конференції за участю американських та угорських студентів «Волонтерство в Україні і за рубежем» та інші, які стали логічним завершенням акцій «Стоп-СНІД», «Туберкульоз – соціальна хвороба» та інших. Також була організована зустріч учасників із членами громадської організації інвалідів по зору «Дивосвіт» на тему: «Соціальна реабілітація інвалідів по зору за допомогою собак-поводирів», де обговорювалася роль собак-поводирів у житті сліпих людей. Учасники програми мали змогу оцінити допомогу собаки-поводиря на практиці, оскільки громадська організація представила на зустрічі спеціально тренованих собак-поводирів.

Як відзначалося вище, культурно-масовий напрямок в межах багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді передбачав інформаційні бесіди, лекції, тренінги, дискусії, вечори запитань і відповідей, благодійні акції, презентації. Зокрема, учасники проходили навчання (у Школі здоров'я, ЦССДМ та ін.), а потім

самостійно, в ролі лекторів, проводили роз'яснювальну роботу серед учнів шкіл, студентської молоді на різні теми («Молодь проти ВІЛ/СНІДу», «Молодь проти наркотиків», «Ні – насильству»). Так, акція «Обери здоров'я – збережи життя» полягала у розповсюдженні листівок про шкоду алкоголю, наркотиків, тютюну серед молоді. Також учасники програми брали участь у різноманітних тренінгах – «Формування здорового способу життя», «Репродуктивне здоров'я» та ін. Благодійний концерт на підтримку дітей з обмеженими можливостями був організований учасниками програми разом із дітьми з обмеженими можливостями. Для цих дітей була проведена екскурсія по місту Ужгороду і організована поїздка в м. Мукачево, де вони відвідали історичні місця міста і «Музей меду». Зазначимо, що виставки-презентації малюнків та інших виробів дітей з обмеженими можливостями часто демонструються в фойє Ужгородського національного університету.

В межах третього етапу (дисципліни «Методика індивідуального та групового консультування», «Основи соціальної реабілітації») здійснювалася підготовка майбутніх фахівців до застосування технологій соціально-психологічної роботи з конкретними категоріями осіб у закладах різного типу, наприклад, наркозалежними, невиліковно хворими, їх сім'ями тощо. На цьому етапі застосовувалися форми і методи роботи, які передбачали більшу самостійність і відповідальність за виконану роботу, зокрема, метод проєктів. Пропонувалася різноманітна тематика проєктних робіт, наприклад, «Технологія соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереження молоді» та ін. Презентація проєктів відбувалася у вигляді доповідей на наукових конференціях, публічного захисту, звіту тощо. Слід відзначити, що тематика бакалаврських і магістерських робіт обов'язково передбачає дослідження соціально-психологічної аспектів професійної діяльності фахівців соціономічного профілю у напрямку здоров'язбереження молоді. Важливе значення в процесі професійної підготовки надається й забезпеченню міждисциплінарних зв'язків.

В цьому аспекті важливим вбачається розкриття нових аспектів викладання освітніх компонент з організації охорони здоров'я в рамках кредитно-модульної системи.

Нижче представлено аналіз викладання зазначених освітніх компонент в рамках кредитно-модульної системи шляхом застосування інтерактивного методу проведення практичних занять ЧПКМ (читання та письмо для розвитку критичного мислення). Метод ґрунтується на когнітивній аналітико-синтетичній здатності до поетапного аналізу, логічно аргументованого судження щодо змісту та форми навчальних текстів, а також самостійності, незалежності мислення від існуючих стереотипів, результатом чого є формування власної позиції до будь-яких текстів і ситуацій в цілому.

Організація охорони здоров'я як наука і предмет викладання посідає одне з провідних місць у сучасній підготовці, зокрема фахівців системи охорони здоров'я. Навчальна дисципліна розкриває весь спектр фундаментальних понять «здоров'я» та «охорона здоров'я», особливості їх формування, сучасні тенденції трансформації та вплив на суспільний розвиток. В англомовних країнах цю навчальну дисципліну частіше називають «Громадське здоров'я» [114]. Ефективна робота фахівців у нових умовах не можлива без засвоєння основ громадського здоров'я та його охорони. Саме ця дисципліна акцентує увагу на вивченні залежності здоров'я від різноманітних чинників, у тому числі соціальних, на підходах до розробки та оцінки ефективності заходів щодо поліпшення й удосконалення надання медико-соціальної та соціально-психологічної допомоги.

Потік інформації в сучасному світі вимагає застосування таких методів навчання, які б дозволили ефективно передавати великий обсяг знань та забезпечити високий рівень оволодіння матеріалом, який вивчається [7].

Однією із методичних інновацій є використання інтерактивних методів навчання. До провідних методів інтерактивних форм навчання в межах розробленої програми належали соціально-психологічні тренінги, дискусії,

кейс-методи, методи проєктів, ділові ігри, методи аналізу ситуацій та розвитку критичного мислення.

Підвищення рівня навчально-пізнавальної діяльності учасників програми з соціальної медицини та організації охорони здоров'я відбувалося шляхом застосування інтерактивного методу проведення практичних занять ЧПКМ (читання та письмо для розвитку критичного мислення) в умовах кредитно-модульної системи, формування системи знань з дисципліни «Організація охорони здоров'я» та набуття майбутніми фахівцями вмінь щодо успішної роботи в умовах ринку.

Вивчення дисципліни проводилося на IV-V курсах. Згідно з тематичним планом проводилося 20 практичних занять та 10 лекцій. Поточний контроль здійснювався на кожному практичному занятті відповідно до конкретної мети з кожної теми. На останньому практичному занятті проводився підсумковий модульний контроль. Максимальна оцінка за кожне заняття (тему) складала 12 балів, мінімальна – 6 балів. Форма проведення підсумкового модульного контролю була стандартизованою і включала контроль теоретичної (запитання і тести) та практичної підготовки. Максимальна оцінка за підсумковий модульний контроль складала 80 балів. Мінімально допустима кількість балів за підсумковий модульний контроль складала 50 балів. У процесі вивчення дисципліни учасники засвоювали методи визначення та аналізу основних показників громадського здоров'я у взаємозв'язку з чинниками, що на нього впливають, ознайомлювалися з принципами оцінки організації та якості надання різних видів медичної допомоги, формувалися знання з питань втрати працездатності та порядку організації експертизи працездатності, оволодіння принципами розробки заходів покращення здоров'я та прийняття управлінських рішень, спрямованих на вдосконалення системи здоров'язбереження.

У процесі проведення практичних занять особливої уваги заслуговував метод «Читання та письмо для розвитку критично го мислення» (ЧПКМ).

Зауважимо, що наразі метод ЧПКМ реалізується в освітніх системах 29 країн світу і включає систему конкретних методичних прийомів і стратегій.

Програма ЧПКМ є спільною про позицією Міжнародної асоціації читачів, університету Північної Айови США (К. Мередіт, Д. Стіл, Ч. Темпл) [247], Інституту відкритого суспільства Джорджа Сороса та Національного фонду Сороса.

Слід зазначити, що цей метод є універсальним, міжпредметним, відкритим до взаємодії з іншими психолого-педагогічними підходами й методиками [109; 123; 168; 300 та ін.]. Саме цей метод надавав можливість учасникам програми вчитися актуалізувати наявні знання, співвідносити вже наявну інформацію та нові дані, підсумовувати і систематизувати, ставити питання, виробляти власну думку, при цьому враховувати точки зору інших, виражати свої думки чітко, впевнено і коректно, аргументувати свою точку зору, а найважливіше – самостійно здобувати знання (академічна мобільність).

Ще одним з позитивних моментів цього методу слід відзначити розвиток комунікативних навичок учасників програми, що є найважливішою вимогою сучасності для реалізації ефективного працевлаштування в конкурентних умовах.

Для цього весь навчальний процес тісно пов’язується з конкретними життєвими завданнями і проблемами, з якими учасники програми зустрічатимуться в реальному житті.

В основі методу ЧПКМ лежить базова модель, що складається з трьох фаз: виклику, реалізації, рефлексії.

Перша фаза була орієнтована на актуалізацію наявних знань, формування особистісного інтересу до отримання нової інформації та ціннісного ставлення до предмету. Оскільки при цьому поєднуються індивідуальна та групова форми роботи, участь в освітньому процесі активізується.

Головними завданнями другої фази є пошук інформації, співвіднесення нового з раніше відомим, систематизація, власні роздуми, оцінка. Читання надає можливість замислитися про природу досліджуваного об’єкта шляхом

співвіднесення старої і нової інформації. На цьому етапі за допомогою низки прийомів фахівець допомагав учасникам програми відслідковувати процес пізнання.

Третя фаза спрямована на підсумовування і систематизацію нової інформації, вироблення власного ставлення до досліджуваного матеріалу і формулювання питань для подальшого обговорення [38].

Нижче проаналізовано модель практичного заняття на тему: «Фактори, які впливають на здоров'язбереження молоді» з використанням методу ЧПКМ (дидактичний прийом – розподіл на кластери). Технологічні етапи за методом ЧПКМ:

1 етап. Виклик (мотивація, інтерес до теми). На дошці записувався вираз «Чинники здоров'язбереження». Учасники об'єднувалися в малі групи і пропонували слова, ідеї, які викликають у них асоціативні зв'язки в контексті запропонованої теми. Кожна група формувала і озвучувала свою позицію щодо зазначеної проблеми. Фахівець на дошці записував попередній кластер ідей.

2 етап. Реалізація. Учасникам програми пропонувався текст для читання «Чинники здоров'язбереження. Методологія їх дослідження». На аркуші паперу, який був розділений на дві частини вертикальною лінією (прийом «Подвійний щоденник»), у лівому стовпчику учасники записували ідеї і цитати з тексту, які є для них новими й цікавими, а правий відводився для коментарів, запитань і посилань на іншу інформацію, якою вони володіють з даної теми.

Учасники програми обмінювалися власними думками в групах, відбувалася систематизація отриманої інформації. Всі ідеї поділялися за змістом на декілька категорій, в результаті чого формувався розширений кластер.

3 етап. Рефлексія. На цьому етапі відбувалося порівняння нової інформації із початковими записами, обговорення нових аспектів досліджуваної проблеми, які вимагали додаткової інформації.

Учасники програми оцінювали свою діяльність на кожному етапі, вказували на його значущість, відзначали нові знання, які отримали в процесі читання.

Слід зауважити на ще одній важливій функції методу ЧПКМ – виховання соціальної відповідальності в учасників програми, оскільки професійна підготовка майбутніх фахівців соціономічного профілю до ефективної професійної діяльності вимагає розвитку в них певних пізнавальних навичок: осмислювати досвід, приходити до певних висновків, логічно вибудовувати ланцюжок доказів, формувати власну думку, відстоювати позицію.

Для формування цих навичок і здібностей потрібно не тільки засвоєння певного багажу знань, але й поступове «входження» в соціальне середовище з відповідними принципами і світоглядом, а для цього необхідним є розвиток навичок спільної діяльності, комунікативних навичок тощо, які забезпечуються в процесі застосування інноваційних методів навчання.

Отже, під час активного соціально-психологічного навчання учасники програми отримували теоретичну та практичну підготовку з питань здоров'язбереження. Серед інноваційних методів, які виправдовують себе в практиці освітньої діяльності, є саме використання методу «Читання та письмо для розвитку критичного мислення» (ЧПКМ). Застосування такої форми навчання в умовах кредитно-модульної системи дозволяло інтенсифікувати знання та вміння учасників програми, мотивувати їх до аналізу інформації та критичного мислення [109; 300]. Отже, для забезпечення якісної підготовки фахівців необхідно забезпечувати подальший пошук і впровадження інноваційних методів у навчальний процес.

Реалізація формувального експерименту передбачала впровадження в розроблену програму соціально-психологічних технологій здоров'язбереження «Здорова особистість» та «Здорове середовище».

При відборі змісту соціально-психологічних технологій ми керувалися такими принципами: триєдності поняття здоров'я (фізичного, психологічного,

соціального), безперервності і наступності, урахування вікових особливостей учасників програми, позитивних впливів, контролю над результатом та інших.

Зміст соціально-психологічної технології «Здорова особистість» був спрямований на якісне перетворення особистості учасників та підвищення рівня готовності до здоров'язбереження.

З метою формування готовності учасників програми до здоров'язбереження було розроблено елективний курс «Здоровий спосіб життя».

В процесі реалізації курсу в учасників формувалися наукове розуміння сутності здоров'язбереження; ставлення до здоров'я як до цінності; знання у галузі профілактики шкідливих звичок та залежностей, а також різних захворювань, розуміння сутності цих явищ; культура міжособистісних відносин; основи безпечної (для здоров'я особистості) життєдіяльності та поведінки в різних життєвих ситуаціях; навички надання першої медичної допомоги.

Відбір змісту курсу здійснювався з урахуванням принципу гуманістичної спрямованості освіти та ціннісного ставлення до особистості. Це дозволило сконцентрувати зміст курсу навколо таких основних цінностей, як здоров'я, особистість, творчість. У ньому розкривалися такі поняття: здоров'я, здоровий спосіб життя, здоров'язберігаючі освітні технології, соціально-психологічні технології здоров'язбереження, принципи, форми та методи здоров'язбереження та ін.

При розробці змісту та технологій практичних занять використовувалися аналіз психологічних ситуацій, доповіді, повідомлення, диспути та дискусії. Система розвитку готовності учасників до здоров'язбереження, формування здорового способу життя передбачала індивідуальні та активно-творчі форми роботи на практичних заняттях.

Навчально-тематичний план елективного курсу містив сім лекційних і сім практичних занять. На лекційних заняттях з курсу «Здоровий спосіб життя» застосовувалися ситуації пізнавального ускладнення, елементи

рольових ігор, вільної дискусії. Такі форми занять сприяли формуванню мотивації до засвоєння засобів здоров'язбереження, здорового способу життя.

На підставі результатів дослідження було визначено основні умови профілактики порушень та розвитку здоров'я учасників багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення їх здоров'язбереження.

Основні соціально-психологічні умови профілактики порушень та розвитку здоров'я учасників програми умовно було розподілено на дві групи.

До першої групи віднесено такі умови виявлення та розширення соціально-психологічних ресурсів здоров'язбереження учасників:

- психологічне забезпечення процесу адаптації учасників до умов навчальної/ навчально-професійної діяльності. Умовами соціально-психологічного забезпечення реалізації цього етапу були: оптимальне комплектування навчальних груп; вивчення соціально-психологічних особливостей адаптації учасників до навчальної діяльності; розвиток в учасників психологічної готовності до професійно-особистісного саморозвитку;

- психологічне забезпечення розвитку професійно значущих якостей особистості. Умови соціально-психологічного забезпечення реалізації цього етапу: психологічний моніторинг розвитку в учасників професійно-значущих особистісних якостей; розвиток особистості та розкриття творчого потенціалу учасників; професійно-психологічна підготовка учасників;

- психологічне забезпечення підготовки учасників до самостійної професійної діяльності. Умови соціально-психологічного забезпечення: формування в учасників навичок самоосвіти та самовиховання; оцінка рівня психолого-педагогічної підготовленості учасників до самостійної професійної діяльності.

Другу групу умов склали здоров'язберігаючі заходи, рекомендовані для впровадження в освітню практику при підготовці майбутніх фахівців соціономічного профілю:

- заходи щодо оптимізації ефективного спілкування учасників програми, стилю роботи;

- заходи, створені для розвитку згуртованості груп, сприятливого соціально-психологічного клімату, як одного з чинників попередження професійного стресу;

- формування здоров'язберігаючої поведінки, завдяки впровадженню системи корпоративного навчання, що включає соціально-психологічні тренінги, а також використання програм активного навчання, спрямованих на розвиток комунікативної компетентності та навичок управління стресом, зокрема використання адекватної та гнучкої позиції у спілкуванні, впевненості в собі, емоційної саморегуляції у спілкуванні з конфліктними (агресивними) особами;

- рефлексія вікових особливостей та динаміки професійних деструкцій;

- вироблення стратегій поведінки в нестандартних ситуаціях із опорою на індивідуально-психологічні якості учасників;

- створення в освітньому закладі рекреаційної зони, що включає кабінет релаксації та відпочинку;

- створення інформаційних стендів, які знайомлять учасників програми з особливостями їхньої майбутньої професійної діяльності, особистими та професійними досягненнями;

- проведення конкурсів професійної майстерності серед учасників програми та молодих фахівців соціономічного профілю;

- підвищення іміджу фахівця соціономічного профілю;

- створення системи професійної мотивації, що спирається на індивідуальні потреби та мотиви, пов'язані з задоволенням потреби у визнанні, підвищенні статусу учасників.

4.2. Результати формувального етапу дослідження та їх узагальнення

До участі в програмі було залучено 76 учасників (36 чоловіків та 40 жінок), які за результатами констатувального етапу дослідження виявили низькі показники за параметрами готовності та мотивації до здоров'язбереження, а також ставлення до здоров'я та самопізнання, як основи здоров'язбереження. З них 39 учасників (18 чоловіків та 21 жінка) увійшли до експериментальної групи (ЕГ), з якою проводилися програмні заходи формувального впливу, 37 учасників (18 чоловіків та 19 жінок) склали контрольну групу. Відбір учасників у групи відбувався за принципом добровільності.

Оцінка ступеня сформованості готовності до здоров'язбереження учасників багаторівневої соціально-психологічної програми здійснювалася шляхом анкетування, спостереження, порівняльного аналізу виконаних творчих робіт зі здорового способу життя, спостереження їхньої активності у практичній реалізації способів здоров'язбереження.

Крім того, готовність учасників програми до здоров'язбереження оцінювалася шляхом вивчення їх переконань у життєвій цінності здоров'я та здорового способу життя; потреби в оздоровчій діяльності, пропаганді здорового способу життя, здатності оцінювати свій спосіб життя.

Узагальнена характеристика учасників, отримана в ході формувального етапу дослідження показала, що вони перебувають на різних рівнях готовності до здоров'язбереження, проте у порівнянні з результатами I діагностичного зрізу зафіксовано статистично значущі позитивні зміни ($p \leq 0,05$).

Експериментальна робота з розвитку досвіду самопізнання учасників програми передбачала визначення критеріїв та показників оцінки її ефективності.

Як критерій виступав рівень розвитку досвіду самопізнання учасників програми. Як показники виступали повнота і міцність знань учасників програми у галузі самопізнання, повнота оволодіння вміннями самопізнання, усвідомленість виконання дій, здатність до саморозвитку і самоосвіти, емоційно-ціннісне ставлення до себе і до власного здоров'я.

Для проведення формувального етапу дослідження були обрані 4 групи учасників: три експериментальні та одна контрольна група. При цьому в першій експериментальній групі (ЕГ1) перевірялася ефективність введення першої та другої умови щодо рівня розвитку досвіду самопізнання, а в другій експериментальній групі (ЕГ2) − ефективність першої та третьої умови щодо рівня розвитку досвіду самопізнання, в ЕГ3 – перевірялася ефективність комплексу виокремлених нами соціально-психологічних умов щодо рівня розвитку досвіду самопізнання. Такі варіації обґрунтовані тим, що перша з висунутих умов щодо рівня розвитку досвіду самопізнання є базовою і виступає в якості основи для реалізації двох інших умов.

У контрольній групі (КГ) програмні заходи формувального впливу не передбачалися.

Проведений аналіз дозволяв з достатнім ступенем впевненості констатувати явне переважання на початок експерименту в учасників програми у всіх досліджуваних групах низький рівень розвитку досвіду самопізнання.

Порівняння результатів на початок експерименту в групах підтвердило попередній висновок про приблизно рівний склад учасників програми і практично однаковий рівень розвитку у них досвіду самопізнання за виокремленим нами критерієм.

Порівнявши рівні розвитку досвіду самопізнання учасників програми на початок і кінець формувального етапу дослідження, ми дійшли висновку, що у всіх експериментальних групах спостерігається позитивна динаміка за обраним критерієм, але найбільш значущі зміни були отримані в ЕГ3, де в ході формувального експерименту застосовувався весь комплекс зазначених соціально-психологічних умов щодо рівня розвитку досвіду самопізнання.

Аналіз підтверджує, що до кінця формувального етапу дослідження приріст кількості учасників програми з високим рівнем розвитку досвіду самопізнання в ЕГ3 склав 32,2%; це на 10,4% більше, ніж у ЕГ1 і на 6,8% більше, ніж в ЕГ2.

При цьому в КГ позитивні зміни, пов’язані з переходом учасників програми на високий рівень за вибраним критерієм, не спостерігалися. Крім того, до кінця формувального етапу дослідження у всіх підгрупах відзначалося зниження кількості учасників програми з низьким рівнем розвитку досвіду самопізнання. Так, в ЕГ3 зменшення склало 31,7%. Це відповідно на 3,4% і 4,6% більше, ніж в ЕГ1 і в ЕГ2, і на 28,3% більше, ніж у КГ.

Проведений аналіз дозволив дійти висновку, що у всіх експериментальних групах спостерігається ефективне зростання за обраним нами критерієм, оскільки в цих групах значення приросту за досвідом самопізнання (СП) значно вище, ніж у КГ.

Оскільки значення приросту по КЕ в ЕГ1 і ЕГ2 на 0,07 і 0,05 менше, ніж в ЕГ3, можна стверджувати, що введення комплексу соціально-психологічних умов ефективніше впливає на розвиток в учасників програми досвіду самопізнання.

Крім того, здійснювалася перевірка статистичної гіпотези експерименту, оскільки розвиток в учасників програми досвіду самопізнання в групах міг відбуватися й під впливом іхших чинників.

Достовірність отриманих даних експериментальної роботи перевірялася за критерієм χ^2 Пірсона.

В ЕГ1 і ЕГ2 з ймовірністю 0,05 було доведено перевагу нульової гіпотези перед альтернативною, оскільки Тсп. < Ткр. (3,431 < 5,999; 3,876 < 5,999). Проте, для ЕГ3 Тсп. > Ткр. (6,654 > 5,999), тому ми дійшли висновку, що при довірчій вірогідності 0,05 отримані результати не можуть бути пояснено випадковими причинами, а є наслідком спеціально організованої діяльності, тобто пояснюється введенням комплексу соціально-психологічних умов.

Отже, отримані розрахунки підтвердили припущення, що реалізація комплексу запропонованих соціально-психологічних умов сприяє досягненню найвищого результату − ефективного розвитку в учасників програми досвіду самопізнання з метою розвитку їх готовності до здоров'язбереження.

Результати проведеного анкетування показали, що 53,8% учасників програми стали більш уважно ставитися до власного організму і збереження здоров'я; 48,7% з числа опитаних учасників вважають, що проведений експеримент допоміг їм змінити своє ставлення до харчування, 61,5% − звернули увагу на свій режим праці та відпочинку; у 43,6% учасників − підвищився інтерес до інформації про здоровий спосіб життя, 51,3% учасників вважають, що складена на заняттях індивідуальна програма допомогла їм намітити конкретні шляхи зі зміцнення свого здоров'я.

Отже, на формувальному етапі дослідження в межах багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді було підтверджено, що самопізнання власного організму розглядається як своєрідний вид індивідуальної діяльності, спрямований на виявлення і розуміння сильних і слабких сторін свого організму на основі їх зіставлення з нормативними показниками, характерними для юнацького віку.

Уточнено, що структурними компонентами досвіду самопізнання учасників програми є мотиваційно-ціннісний, що включає мотиви

самопізнання, ціннісні орієнтації на здоров'язбереження, установки на зміцнення і збереження здоров'я; когнітивний, що складається зі знань про свій організм та методи самопізнання; поведінковий, що поєднує вміння та навички самоспостереження, самоаналізу, самооцінки свого організму, прийняття та зміни своєї поведінки.

Конкретизовано, що основними функціями розвитку досвіду самопізнання, як основи здоров'язбереження молоді, виступають інформаційна, діагностична, прогностична, адаптивна, корегувальна, саморегуляційна та розвивальна.

Обґрунтовано, що розвиток досвіду самопізнання у молоді сприяє актуалізації її захисних сил і здоров'язбереженню загалом, шляхом поповнення та систематизації знань про свій організм, усвідомлення своїх функціональних особливостей і адаптивних реакцій, сформованості мотивів на здоров'язбереження.

Комплекс соціально-психологічних умов, спрямований на ефективний розвиток у молоді досвіду самопізнання власного організму з метою здоров'язбереження, включає:

- усвідомлення особливостей свого організму та його адаптивних реакцій до умов регіону;

- розуміння взаємозв'язку свого організму з чинниками середовища життєдіяльності;

- сформованість умінь самопізнання для вибору та застосування у повсякденному житті раціональних методів, спрямованих на підвищення захисних властивостей організму.

Запропонована особистісно-орієнтована методика ефективного розвитку у молоді досвіду самопізнання, як основи її здоров'язбереження, дозволяє в освітньому процесі навчитися адекватно оцінювати себе, виявляти функціональні особливості та адаптивні реакції свого організму в умовах

реального життєвого середовища, приймати себе та усвідомлювати відповідальність за своє здоров'я та поведінку.

Вона включає спеціально підібрані методи (психологічна діагностика, частково-пошукові, дослідницькі методи, методи проблемного навчання, проєкти, рефлексивні методи та ін.); прийоми (діагностика, ігрові, дискусійні, рефлексивні, голографічні методи, прийоми продуктивного зворотного зв'язку, моделювання ситуацій, актуалізація життєвого досвіду та ін.); форми організації навчання (інтегративні заняття, соціальні проєкти, дискусії, індивідуальні консультації учасників, тематичні екскурсії та ін.).

Рівень розвитку досвіду самопізнання молоді виступає основним критерієм оцінки ефективності процесу, який розглядається.

За результатами оцінки ефективності впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді виявлено значущі позитивні зміни за індикаторами мотивації до здоров'язбереження учасників ЕГ ($U=154,0$; $p=0,038$), а саме: бажання гарного фізичного та психічного самопочуття, розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я і регулярності турботи про здоров'я, а також розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя ($U=192$; $p=0,044$), як загального переконання в необхідності відповідального ставлення до здоров'я.

Крім того, встановлено, що в ЕГ за результатами формувального впливу вірогідно знижені вираженість переживання соціального стресу ($U=1321,5$; $p\leq0,001$), фрустрація потреби в досягненні успіху ($U=1068,5$; $p\leq0,019$), страх самовираження ($U=1168,5$; $p\leq0,001$) і невідповідності очікуванням оточення ($U=1342$; $p\leq0,001$), натомість підвищилася фізіологічна опірність стресу ($U=1412$; $p\leq0,001$).

З'ясовано, що в учасників ЕГ відбулася позитивна динаміка у показниках оптимістичного атрибутивного стилю ($T=111$; $p\leq0,001$) та готовності до здоров'язбереження ($T=269$; $p\leq0,005$).

Показано, що розроблена багаторівнева соціально-психологічна програма забезпечення здоров'язбереження молоді вплинула на переоцінку та позитивні зрушення за конструктивними стратегіями копінг-поведінки (Т=223; $p \leq 0,05$) учасників ЕГ, а саме за самоконтролем, прийняттям відповідальності, розв'язанням проблем, конструктивною переоцінкою.

Виявлено, що відбулися позитивні зрушення в конструктах ставлення до здоров'я учасників ЕГ за когнітивною (Т=237; $p \leq 0,05$), емоційною (Т=265; $p \leq 0,05$), поведінковою (Т=241; $p \leq 0,05$) та ціннісно-мотиваційною (Т=249; $p \leq 0,05$) шкалами, що сприяло підвищенню рівня загального показника самозбережувальної активності та поведінки в ситуаціях, пов'язаних з погіршенням стану здоров'я, в порівнянні з показниками першого діагностичного зрізу.

Констатовано, що формувальні заходи з впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді, які були реалізовані в ЕГ, позитивно вплинули на оцінку рівня задоволеності якістю життя (U=283,5; p=0,028) та сприяли підвищенню рівня оптимістичності її учасників, збільшенню позитивних емоцій і зниженню напруженості ($p \leq 0,05$).

Впровадження розробленої соціально-психологічної програми сприяло також підвищенню адекватності оцінки агресивності у відносинах (Т=208; $p \leq 0,05$), а також зниженню непрямої агресії (Т=124; $p \leq 0,05$), роздратування (Т=260; $p \leq 0,05$), негативізму (Т=104; $p \leq 0,046$), почуття провини (Т=256; $p \leq 0,05$) учасників ЕГ.

Крім того, зафіксовані статистично значущі позитивні зсуви у показниках емоційної лабільності (Т=219,5; $p \leq 0,05$), імпульсивності (Т=252; $p \leq 0,05$), ригідності (Т=206,5; $p \leq 0,05$), тривожності (Т=312; $p \leq 0,05$), а також зниження вираженості соціальних страхів учасників ЕГ, що сприяло здоров'язбереженню учасників розробленої програми.

Показано, що заходи формувального впливу сприяли підвищенню рівня самоактуалізації учасників ЕГ (Т=352; $p \leq 0,05$), що знайшло прояв у зростанні показників орієнтації в часі, потреби в пізнанні, креативності (прагненні до творчості), саморозумінні, гнучкості в спілкуванні ($p \leq 0,05$) та позитивно позначилося на розвитку досвіду самопізнання учасників програми, як основи здоров'язбереження.

У КГ статистично значущих змін не відбулося.

Узагальнення результатів формувального етапу дослідження показало, що юнацький вік є періодом закладки фундаменту дорослого життя, інтенсивного засвоєння професійних знань та умінь, активної побудови власного майбутнього. Фізіологічні та психологічні можливості і резерви організму перебувають на високому рівні, виступаючи основою для активної життєдіяльності та особистісного розвитку. Водночас, цей період пов'язаний із психофізіологічною адаптацією молодого організму до нових умов життєдіяльності.

Для розуміння особливостей процесу адаптації проведено вивчення психофізіологічної адаптації молоді. Серед досліджуваних параметрів розглядалися: когнітивна здатність до навчання, психофізіологічні індивідуальні особливості (індивідуальні переваги та вміння в процесі навчання, легкість засвоєння навчального матеріалу, схильність до усних або письмових завдань, здатність виконувати поточні завдання та підсумкову атестацію), інтерес до професії у спеціальності та знання її основ, адекватність самооцінки, рівень самодисципліни, комунікативна компетентність, статус у групі, авторитет усередині своєї навчальної групи.

Показано, що психофізіологічна адаптація зростає зі збільшенням курсу навчання, тому критичний момент переходу від суворого контролю сім'ї та школи до відносно індивідуальної та вільної поведінки на початкових курсах навчання у закладі вищої освіти та помилкове відчуття «дорослості» може

призвести до набуття шкідливих звичок та відсутності мотивації до формування здорового способу життя.

Нагадаємо, що шкідлива звичка – це дія, що багаторазово повторюється, відрізняється своєю шкідливістю з позиції суспільного блага, оточуючих людей або здоров'я молодої людини, яка потрапила під вплив цієї звички.

Незмінними властивостями шкідливої звички є автоматизм та «не корисність» дії.

Подібні автоматичні дії молода людина виявляє внаслідок слабкої волі. Якщо молода людина не в змозі виявити силу волі для того, щоб просунутися вперед, вона потрапляє у владу звички, яка кидає її на колишній шлях, на здійснення звичної дії.

Серед основних причин виникнення та поширення шкідливих звичок виокремлено:

- соціальну узгодженість;
- задоволення;
- цікавість;
- уникнення фізичного стресу;
- невміння правильно використовувати вільний час;
- відчуження та невлаштованість у житті.

У межах модулю, присвячемому екологічним та соціально-психологічним детермінантам здорового способу життя, було проведено оцінку схильності учасників програми до різних видів залежності.

З отриманих даних можна констатувати, що до шкідливих звичок належать куріння, зловживання спиртними напоями, психоактивними речовинами, «заучування в останню хвилину», навчання в транспорті, музика та шум під час навчання, Інтернет-залежність.

Куріння, насамперед, позначається на нервовій та серцево-судинній системах. Незабаром виявляються скарги на задишку за фізичного

навантаження, оскільки організму потрібно багато сил, щоб упоратися з усіма навантаженнями.

Щодо зловживання спиртними напоями, алкоголь уповільнює роботу мозку і робить для нього нерозрізненими сигнали нервових закінчень, саме тому у молодої людини після вживання алкоголю різко знижується реакція та порушується координація рухів. Сумною є статистика: алкоголь – одна з найчастіших причин смерті молодих людей віком від 17 до 30 років. У тих, хто зловживає алкоголем, особливо в молодому віці, ризик розвитку раку порожнини рота в 10 разів вищий, а якщо вони ще й курять, то в 15 разів вищий, у порівнянні з людьми, які не зловживають алкоголем.

Небезпека психоактивних речовин полягає у тому, що вони надають руйнівну дію на організм через певний час, коли залежність сформувалася і самостійно припинити їх вживання вже неможливо. Абсолютно точно можна сказати, що психоактивні речовини впливають на всі без винятку системи організму. Наркотики руйнують імунну систему молодої людини, вкрай виснажують організм [127 та ін.].

«Заучування в останню хвилину». Багато поколінь молодих людей присягаються в ефективності цього методу. Поспішне заучування призводить до того, що у молодої людини виникає сильний стрес, а інформація швидко забувається. При цьому стрес згубно позначається на психічному стані молодої людини, що знижує її працездатність.

Одна з найпоширеніших негативних звичок молоді – навчання в транспорті (у метро, в автобусі, у літаку). Насправді ці місця добре підходять для легкого читання, але не для інтенсивного навчання. Нова інформація краще засвоюється в спокійному місці, а шум і гул, що супроводжують подорож, ніяк не сприяють цьому.

Музика під час навчання, як і шум, може порушувати здатність мозку сприймати нову інформацію, що заважає зосередитись на навчанні та швидше освоїти інформацію.

Інтернет-залежність: процес навчання (курсові, дипломні роботи, доповіді, науково-дослідні роботи) вимагає використання інформаційних технологій. Проте така залежність поглинає вільний час, який молода людина може провести з користю для себе та навчання.

Серед рекомендацій щодо викорінення шкідливих звичок на особистісному рівні можна відзначити такі: слід здійснювати інформаційний акцент на інформуванні про небезпеку шкідливих звичок та про позитивні аспекти здоров'я при відмові від них. Наприклад, слід пам'ятати, що вага прийде в норму, якщо перейти на правильне харчування, автоматично покращиться метаболізм. Також нормалізується робота шлунково-кишкового тракту. При відмові від алкоголю покращиться склад крові, оскільки печінка зможе працювати на повну силу та повноцінно фільтрувати кров. Нормалізується рівень артеріального тиску. Якщо кинути палити, поступово очистяться легені, мине кашель, знизиться частота захворювань на застудний характер. Ризик розвитку інсульту чи інфаркту знизиться до мінімуму. Самопочуття стане відмінним, з'являться бадьорість і повнота сил. При відмові від наркотичних засобів життя зміниться кардинально. Харчування мозку нормалізується, пройдуть головний біль, агресія, біль у м'язах, нормалізується настрій.

За допомогою соціально-психологічних тренінгів чи шляхом самостійної роботи над собою доцільно формувати навички самостійного прийняття рішень, вміння протиставити себе тиску групи, долати стресові ситуацій, конфліктні та інші складні життєві ситуації.

З психологічної точки зору для уникнення шкідливих звичок вкрай важливо знайти заняття, що відволікають або розслабляють; такими заняттями можуть бути спорт, навіть на аматорському рівні.

Якщо важко позбутися шкідливої звички, варто спробувати оточити себе людьми, які ведуть активний, здоровий спосіб життя. Важливо позбавлятися у своєму оточенні тих, хто підтримує згубні та шкідливі звички.

На психолого-педагогічному рівні боротьба зі шкідливими звичками є гострим питанням, яке потребує особливої уваги, оскільки молодь – це майбутнє будь-якої країни, у тому числі її демографічний та трудовий потенціал. Альтернативою може виступати активна участь в житті молоді делегованих співробітників закладів вищої освіти (наприклад, кураторів, викладачів екології та безпеки життєдіяльності людини), надання різних можливостей саморозвитку та самовдосконалення у вигляді гуртків, клубів, у тому числі у напрямі спортивної діяльності та підтримки активного способу життя (студентські табори, спортивні секції).

Оскільки куріння та інші шкідливі звички часто є проявом моди і формою соціальної адаптації (комунікаційної адаптації) в молодіжному середовищі необхідно розвивати інші підходи до формування соціальної адаптації: залучення молоді до участі в різних молодіжних, волонтерських організаціях (згідно з низкою досліджень наразі участь в молодіжних організаціях не приваблює молодь; лише 15-17% є членами певної організації). Реалізація можлива завдяки розширенню діяльності студентського самоврядування, колективів художньої самодіяльності та ін.; частіше проводити різні заходи, покликані пояснити всю важливість проблеми здоров'язбереження молоді (акції, концерти та інші заходи; виступи людей, які побороли шкідливу звичку і повернулися до нормального способу життя); акцентувати небезпеку куріння.

Колективна відмова від шкідливої звички часто буває першим поштовхом для цільової установки особистості. Початок колективної відмови від шкідливих звичок може бути реалізований шляхом організації тематичних тижнів, Днів здорового харчування, Днів відмови від куріння, Днів високої фізичної активності, Днів без тютюну та ін.

Нижче наведено рекомендації з мінімізації та попередження розвитку компьютерної залежності.

Слід наголосити, що залежності − це психологічні причини певних особистих катастроф, руйнувань та захворювань. Вони викрадають час для повноцінного життя та енергію здоров'я, заважають розвиватися, перешкоджають здійсненню заповітних бажань.

Особливу небезпеку становить розвиток комп'ютерної залежності. У психології під комп'ютерною залежністю розуміється нехімічна (на відміну від наркотичної, алкогольної, тютюнової) залежність, що є нав'язливою потребою у використанні комп'ютера та інтернету, що супроводжується соціальною дезадаптацією і вираженими психологічними симптомами. Поки що не існує офіційно затверджених критеріїв для визначення ступеня прихильності до Інтернету. Це зумовлює варіацію оцінок інтернет-залежності щодо її вивчення різними методами. Разом із тим, встановлено, що особливості інтернет-залежної молоді проявляються, перш за все, в емоційно-вольовій сфері (схильність до депресії, підвищеної тривожності, підвищеному рівні самотності, зниженні стресостійкості та впевненості в собі).

У дослідженій нами вибірці вираженої інтернет-залежність не виявлено, проте встановлено досить високий рівень атачменту до її формування. Молоді люди, майбутня професійна діяльність яких пов'язана з використанням комп'ютера, протягом тривалого часу використовують комп'ютер, проводять більше часу в мережі Інтернет і характеризуються вищими значеннями ймовірності розвитку інтернет-залежності.

На особистісному рівні вагомими є заходи щодо розширення кола діяльності, альтернативної залежній поведінці; розвиток особистісних ресурсів та навичок у досягнення поставлених цілей в реальному житті. Цьому сприятиме участь молоді у культурно-масових заходах волонтерських організаціях, у спортивних гуртках та клубах.

На рівні освітнього середовища та соціально-психологічної роботи для профілактики виникнення інтернет-залежності педагогам, викладачам та кураторам слід здійснювати інформування молоді про небезпеку розвитку інтернет-залежності та сприяти формуванню інформаційної культури. Останнє може включати організацію серії семінарів (диспутів, бесід, рольових ігор) з роз'яснення механізмів впливу мережі Інтернет на особистість, неприпустимість заміни комп'ютером інших способів пізнання, розвитку та спілкування, проведення соціально-психологічних тренінгів зі зміцнення стресостійкості та розвитку міжособистісних комунікацій. Профілактика має бути комплексною та включати освітні, психологічні та соціальні компоненти [125; 126; 128; 129; 264; 296; 301 та ін.].

Важливим вбачалося також формування поведінкових установок молоді в сфері харчування, дозвілля, соціальної активності і статевого виховання.

Правильне харчування є одним з життєво необхідних чинників і важливим напрямком охорони здоров'я молоді, що забезпечує нормальний розвиток, сприяє профілактиці захворювань, підвищенню працездатності, поповненню енерговитрат у процесі навчання, створенню умов для адекватної адаптації до навколишнього середовища, нормального соціально-психологічного клімату в колективі [280 та ін.].

Як було показано, однією з небезпек освітнього середовища є порушення режимів харчування.

З метою конкретизації проявів цієї небезпеки питання організації харчування вивчалися на підставі анкетування. Результати дослідження

дозволяють констатувати, що найбільш масовим порушенням у режимі харчування є значне подовження інтервалів між їдою; відсутність перших страв та різноманітності асортименту продуктів харчування; заміна повноцінного прийому їжі фастфудом; відсутність сніданків; незначна частка овочів та фруктів у раціоні; недостатність часу для прийому їжі.

Отримані дані не суперечать даним сучасних досліджень у розглянутому проблемному полі та свідчать про необхідність оптимізації заходів щодо здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

У свою чергу отримані результати дослідження харчової поведінки молоді демонструють, як позитивний вплив соціально корисної моди (здорове харчування), так і пристрасть до шкідливої їжі (фастфуд), що дозволяє визначити основні напрямки у питаннях харчування молоді.

Вважаємо, що як рекомендації з питань правильного харчування на особистісному рівні необхідно продовжити формування культури харчування молодої людини.

На психолого-педагогічному рівні цьому може сприяти проведення педагогами, викладачами, кураторами навчальних семінарів, вікторин, круглих столів з питань раціонального харчування молоді. Викладачам, спільно з молоддю, слід обговорювати питання правильного харчування: якість та безпеку продуктів встановленим вимогам; оптимальний режим харчування; дотримання вимог санітарних норм та вимог; розробляти завдання для самостійного вирішення молоддю відповідності енергетичної цінності добових раціонів харчування енерговитратам; вміння розрахувати збалансованість харчових інгредієнтів; максимальне розмаїття раціону харчування.

Узагальнення результатів проведеного дослідження надало змогу рекомендувати шляхи нормалізації режиму харчування молоді. Для

забезпечення ритмічності харчування необхідно введення двох (замість однієї) більш тривалих перерв для прийому їжі та відпочинку. Для швидкого обслуговування під час коротких перерв між заняттями доцільно організовувати столи-буфети, через які реалізуються фрукти, овочі, бутерброди, напої, кондитерські вироби. Буфети такого типу можна обладнати у окремих приміщеннях, холах та коридорах навчальних корпусів. Адміністрації підприємства громадського харчування слід погодити порядок роботи їдалень, кафе, буфетів при закладах освіти з адміністрацією та профспілковим комітетом, відповідно до інтенсивності потоку.

Однією з несприятливих тенденцій, характерних для молоді, є зростання гіподинамії. Сучасна молодь все менше уваги приділяє спорту та рухливим видам діяльності, їх повністю захопив технічний прогрес. Недостатній обсяг рухової активності тягне за собою комплекс змін, що виникають у функціональному стані організму, насамперед, життєзабезпечувальних систем з порушенням нервово-рефлекторних зв’язків, обміну речовин та розвитком низки неінфекційних захворювань. У малорухливих молодих людей відзначається прогресуюче зменшення кісткової маси та слабкість м’язової системи, що ведуть до дистрофічних дегенеративних змін хребта та суглобів.

Наслідком гіподинамії є також емоційна неврівноваженість, погіршення розумових процесів, пам’яті, уваги та падіння розумової працездатності. Результат опитування показав, що в режимі дня має місце гіпокінезія. Сидячий спосіб життя відмічено у 79,7% респондентів. При організації дозвілля респонденти віддають перевагу заняттям з різного роду гаджетами (81,6%), просиджування за екраном монітора (iPhone, телефону та ін.) більше 4-х годин на день (27,6%), відсутність щоденних занять фізичними вправами (51,3%), відсутність щоденних прогулянок тощо.

Основу рухової активності становлять організовані форми фізичного виховання, тривалість яких найчастіше скорочується чи проводиться заміна іншими предметами. Так, серед респондентів 1 курсу 14,2% мають фізичне навантаження у формі відвідування тренажерного залу, заняття у танцювальному клубі, спортивні секції, а серед студентів 4 курсу цей показник набагато вищий та різноманітніший, становить 29,4%.

В цих умовах виникає необхідність своєчасної донозологічної діагностики та прогнозування стану здоров'я молоді.

З огляду на негативну тенденцію стану здоров'я молоді рекомендовано використовувати модель прогностичних коефіцієнтів для визначення ймовірності індивідуального ризику здоров'я молоді на початкових етапах навчання в освітніх закладах. Спільно з викладачами фізичного виховання слід обговорити необхідне індивідуальне фізичне навантаження з урахуванням можливостей його виконання з метою забезпечення оптимального функціонування основних фізіологічних систем організму. З метою підвищення адаптаційних можливостей до низки несприятливих впливів зовнішнього середовища, навчального навантаження, умов проживання рекомендовано заняття фізкультурою проводити не тільки в залі, а й на вулиці. Доведено, що такі вправи, у поєднанні з природними чинниками загартовування, є більш ефективними для здоров'я молоді.

Фахівцям слід проводити серед молоді роз'яснювальну роботу з відновлення організму у режимі навчання, побуту та відпочинку з урахуванням активізації навчального процесу, збільшених навантажень, гіпокінезії.

Систематичне використання засобів фізичного виховання є необхідною умовою організації здорового способу життя, тому молоді потрібно пропонувати різноманітні види фізичного навантаження: ігровий метод,

поєднаний з фізичними вправами; змагальний, за умов упорядкованого суперництва за першість; заняття у спортивних секціях за інтересами.

З метою вирішення проблеми дефіциту рухової активності молоді доцільно обговорити з адміністрацією закладів освіти питання запровадження у середині робочого дня обов'язкових 15 хвилинних перерв для заняття фізичними вправами на свіжому повітрі.

Наразі одним із пріоритетних напрямів діяльності держави залишається демографічна безпека. Молодь є основним соціальним ресурсом, тому одним із пріоритетних завдань є збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я молоді. Проте репродуктивне здоров'я сучасної молоді характеризується низкою негативних тенденцій.

За результатом опитування було виявлено, що захворюваність на репродуктивну систему у респондентів 1 курсу нижча, ніж у респондентів 4 курсу (18,3% і 24,6% відповідно). Зверненість до лікаря-гінеколога низька, як серед респонденток 1 курсу, так і старшокурсниць.

Бажану інформацію з питань планування сім'ї, проблем, пов'язаних із захворюваністю на репродуктивну систему 19,1% респонденток першого курсу отримують від батьків, 25,7% із засобів масової інформації та інтернету, 10% у розмові з подружками.

Серед респондентів, як п'ятого курсу, так і першого курсу 82,4% респондентів бажали б отримати цю інформацію від лікаря та лише 6,8% від викладачів у школі та закладі вищої освіти. 86,3% випускників закладів вищої освіти і 66,4% першокурсників показали гарну поінформованість про інфекції, що передаються статевим шляхом і про сучасні методи контрацепції.

Репродуктивне здоров'я молоді та суспільства загалом тісно взаємопов'язані. У зв'язку з цим зазначено, що на особистісному рівні необхідно посилити пропаганду таких аспектів здорового способу життя як неухильне дотримання молодими людьми правил особистої гігієни, причому це стосується не лише жінок, а й чоловіків; зміцнення імунітету; виключення

шкідливих звичок, уважне ставлення до збереження здоров'я репродуктивної системи, своєчасна профілактика та лікування всіх захворювань статевої сфери, використання сучасних контрацептивів, які дозволяють не допустити небажаної вагітності.

На психолого-педагогічному рівні серед молоді слід проводити своєчасну роз'яснювальну роботу до яких медичних закладів можна звернутися для вирішення проблем репродуктивного здоров'я. Варто розвивати уявлення молоді про сімейно-шлюбні стосунки та репродуктивні установки на прикладі трудових династій та багатодітних сімей, у тому числі і серед викладацького складу.

Розглядаючи репродуктивне здоров'я як обов'язковий елемент поняття здоров'язбереження, разом із фізичним, духовним здоров'ям слід постійно формувати мотивацію молоді до здоров'язбереження як основи майбутньої міцної сім'ї.

Отже, основою особистої безпеки молодої людини, насамперед, є міцне здоров'я. Водночас, сучасний світ сповнений небезпек та загроз здоров'ю. Вони підстерігають молоду людину, як у природному, так і в штучному − техногенному середовищі. Не позбавлене небезпек й освітнє середовище на всіх його рівнях.

Освітнє середовище сучасної молоді є цілісною системою взаємопов'язаних компонентів: екологічних, освітніх та медико-соціальних. Воно часто постає як чинник ризику здоров'ю молоді. За невідповідності параметрів чинників освітнього середовища існуючим гігієнічним нормативам та державним регламентам їх вплив перевищує адаптаційні можливості організму. Це сприяє більш ранньому формуванню негативних відхилень у стані здоров'я молоді, збільшенню кількості молодих осіб, які мають «навчально-обумовлені» захворювання, що в майбутньому веде до серйозних медико-соціальних наслідків та представляє серйозну державну проблему. Саме тому дуже важливо загострити увагу молоді на небезпеках освітнього середовища та механізмах їх впливу на психічне та фізичне

здоров’я особистості, щоб молоді люди правильно вибудовували процес взаємодії з освітнім середовищем та виробляли моделі та стратегії поведінки, адекватні мінливим у цьому середовищі умовам, не забуваючи про особисту безпеку.

Особливо складним є перший рік навчання у закладі вищої освіти через складний і багатогранний процес адаптації до освітнього середовища, оскільки цей процес передбачає залучення соціальних і біологічних ресурсів ще несформованого організму.

Важливим є вміння молодої людини пристосовуватися до чинників навколишнього середовища та своїх власних можливостей, протистояти зовнішнім та внутрішнім негативним впливам та ушкодженням; це вміння, зберігаючи себе, розширювати власні здібності, збільшувати тривалість повноцінної життєдіяльності до глибокої старості.

Формуванню культури безпечного існування та мотивації до такого вміння покликані сприяти запропоновані рекомендації на особистісному рівні.

Перспективи становлення здорового покоління будуються не лише на вихованні ціннісних орієнтацій і навичок поведінки на сім’ї, а й на залученні потенціалу учасників позасімейних інститутів в освітній і виховний процес.

На підставі проведених досліджень встановлено, що більшість абітурієнтів не мають уявлення про системність і закономірний взаємозв’язок матеріального світу. Проте саме ці уявлення багато в чому визначають безпечну орієнтацію молодої людини у світі.

Скорочення термінів підготовки фахівців із вищою освітою соціономічного профілю залишає мало можливостей для поповнення цього недоліку в стінах закладу вищої освіти.

Наразі практично всі природничі знання зосереджені в навчальній дисципліні з безпеки життєдіяльності людини, метою якої є вироблення алгоритму поведінки у різних критичних ситуаціях. При обмеженому часовому ресурсі курс включає великий спектр питань безпеки в різних сферах що фактично не залишає часу на глибоке висвітлення питань, спрямованих на

формування природничої і загальної культури майбутнього фахівця соціономічного профілю.

Таким чином, з одного боку, стандарт вищої освіти висуває вимогу на створення та розвиток комплексу компетенцій, а, з іншого боку, існуючі програми підготовки фахівців-гуманітаріїв забезпечують лише обмежені можливості підвищувати свій світоглядний і культурний рівень у процесі професійної підготовки у закладі вищої освіти, перекладаючи вирішення цього завдання на особистість молодої людини, а її емоційно-вольові якості часто бувають недостатніми для формування уявлень про навколишній світ на основі наукових досягнень, без яких неможливе формування таких компетенцій. Виникає необхідність створення нової моделі освітнього процесу.

Норми здорового життя впливають на формування таких психофізіологічних характеристик молодої людини, як емоційна сфера, тип темпераменту, характер, витривалість і адаптованість організму до чинників довкілля, а також на стресостійкість. Перелічені властивості особистості становлять психофізіологічну основу безпечної життєдіяльності. Ці показники багато в чому генетично запрограмовані, залежать від виховання не лише у сім'ї, але й у соціумі, і сама людина може істотно впливати на рівень їх вираженості, докладаючи до цього певних зусиль.

Виходячи з оцінки та аналізу екологічних, соціально-психологічних детермінант формування здорового способу життя молоді, до яких можна віднести поінформованість про шкоду згубних звичок, сімейне виховання, виховно-педагогічні заходи в закладах освіти, особисті якості молодої людини (характер, уміння наполягти на своєму, впевненість у собі), заняття спортом, вважаємо, що основними напрямами багаторівневої соціально-психологічної програми з цілеспрямованого навчання здоров'язбереженню та впровадження здорового способу життя можуть бути нежченаведені.

Створення в освітній установі постійно діючої системи моніторингу стану здоров'я молоді та анкетування їх на предмет сформованості та готовності до ведення здорового способу життя.

Залучення молодої людини до здорового способу життя слід починати з формування в неї мотивації до здоров'язбереження. Турбота про здоров'я та його зміцнення має стати ціннісним мотивом, який формує та регулює спосіб життя людини з самого раннього віку. Особливо уважно слід поставитися до перехідних етапів становлення та розвитку особистості, зокрема до підліткового періоду та періоду адаптації до освітнього середовища закладу освіти.

Важливою є розробка та впровадження різних підстав мотивації молоді до здоров'язбереження (особистісних, суспільних, соціальних).

Створення єдиного профілактичного простору в умовах учнівського, студентського середовища та викладацького складу, що включає створення оптимальних умов перебування, забезпечення сприятливого психологічного клімату, вдосконалення медичного забезпечення, забезпечення здоров'язбереження учасників освітнього процесу.

Проведення індивідуальної роботи щодо підвищення результативності самостійної роботи, залучення молоді до наукової роботи, оскільки творча праця, яка приносить задоволення, також є обов'язковою компонентою здоров'язбереження.

В організації здоров'язберігаючого середовища освітніх установ слід використовувати соціальне партнерство загальноосвітніх установ, соціальних центрів, психологічних служб та ін. Для створення здоров'язберігаючого та здоров'яформуючого середовища в сучасній освітній установі необхідний комплекс дієвих, науково обґрунтованих заходів, що сприяють викоріненню шкідливих звичок, натомість формуванню сприйняття здорового способу життя як елемента соціальної та особистісної цінності. Формування алгоритмів до ведення здорового способу життя та здоров'язбереження загалом має носити системний характер.

Висновки до розділу

У розділі розкрито змістовно-процесуальні засади побудови і реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму та проведено оцінку її ефективності.

На формувальному етапі дослідження було розроблено багаторівневу соціально-психологічну програму забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, із залученням системно-інтегрованого, комплексного та технологічного підходів та показано, що в основу її реалізації було покладено умови (психолого-педагогічні, організаційно-психологічні, інформаційно-змістовні, діяльнісні), які спрямовують розвиток особистості у векторі забезпечення її здоров'язбереження, формування культури здоров'я і довголіття.

До участі в програмі було залучено 76 учасників (36 чоловіків та 40 жінок), які за результатами констатувального етапу дослідження виявили низькі показники за параметрами готовності та мотивації до здоров'язбереження, а також ставлення до здоров'я та самопізнання, як основи здоров'язбереження. З них 39 учасників (18 чоловіків та 21 жінка) увійшли до експериментальної групи (ЕГ), з якою проводилися програмні заходи формувального впливу, 37 учасників (18 чоловіків та 19 жінок) склали контрольну групу. Відбір учасників у групи відбувався за принципом добровільності.

Провідна мета соціально-психологічної програми полягала у формуванні ціннісно-смислового, когнітивного, емоційно-вольового, діяльнісного компонентів готовності її учасників до здоров'язбереження. Показано, що для формування ціннісно-смислового компонента доцільним є задіяння ціннісно-рефлексивного підходу, при якому акцентується увага на актах усвідомленого, рефлексивного ставлення до цінностей та смислів життєдіяльності; для забезпечення ціннісно-смислового компонента потрібно спиратися на

цілеспрямовану роботу з осмислення підстав здоров'язбереження, з погляду на те, що усвідомлення учасниками ролі здоров'я допомагає включити турботу про нього у життя як його вагому складову; формування когнітивного компонента передбачало своєчасне надання інформації з питань здоров'язбереження та його відновлення; формування емоційно-вольового компонента спиралося на навчання прийомам самопізнання, самоаналізу, саморегуляції, що дозволяло використовувати отримані навички для прийняття рішення на користь здоров'я в різних життєвих ситуаціях; формування діяльнісного компонента передбачало включення до програми регулярної оцінки учасниками власної поведінки у векторі здоров'язбереження, а також аналіз причин, що перешкоджають реалізації прийнятого рішення.

Основою багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму виступили підпрограми, які дозволяли, зокрема, працювати з психоемоційною травмою: «Етнокультурні технології реабілітації молоді з психоемоційною травмою»; «Програма комплексної реабілітації молоді з психоемоційною травмою»; «Комплексна програма мультимодальних арт-технологій».

Наголошено, що етнокультурні технології є ефективним інструментом соціокультурної реабілітації категорії учасників з психоемоційною травмою і дозволяють не тільки реалізувати культурні потреби та інтереси, що забезпечують їх інтеграцію в соціум, нормалізацію психоемоційного стану, підтримку внутрішнього балансу та зовнішнього зв'язку з навколишнім світом, а й сприяють залученню до цінностей традиційної народної культури, вихованню шанобливого ставлення до культурної спадщини, минулого країни. Форми занять в межах підпрограми з реалізації етнокультурних технологій були різноманітними і відрізнялися пізнавальним, рекреаційним та розважальним потенціалом, а також були практико-орієнтовані (екскурсії, майстер-класи, ігрові та інтерактивні програми, квести та ін.).

Значущою та актуальною в багаторівневій соціально-психологічній програмі забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму виступила й підпрограма комплексної реабілітації учасників з психоемоційною травмою. Соціально-психологічна робота здійснювалася у групах, з кількістю від 8 до 12 учасників. У побудові роботи груп використовувалася, зокрема, система STOP-реабілітації за Б. Кілборном, що включала: S – структуру і організованість часу; T – створення умов для відвертої розмови; O – організацію гри; P – створення атмосфери поваги, уваги, турботи про кожного учасника; приєднання, близький контакт.

Метою підпрограми з задіяння мультимодальних арт-технологій було надання допомоги учасникам на основі комплексного терапевтичного впливу з використанням мультимодальних арт-технологій – терапії психотравми за допомогою метафоричних асоціативних карток; реабілітації учасників з психоемоційною травмою засобами каністерапії; відновлення та розвитку психоемоційного стану учасників засобами арт-терапії. У цій підпрограмі, як і в попередніх, була передбачена вікова диференціація занять з учасниками, що забезпечувало багаторівневість програми. Крім того, соціально-психологічна робота зі здоров'язбереження учасників програми була масштабною, різноспрямованою, тривалою та системною. В ній враховувалися індивідуально-типологічні та соціально-психологічні особливості, можливості та ресурси кожного учасника, їх соціо-культурні інтереси та потреби тощо.

Підкреслено, що важливою складовою багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму вбачалася підготовка майбутніх фахівців соціономічного профілю (психологів, соціальних працівників та інших фахівців) до використання технологій соціально-психологічної роботи зі здоров'язбереженні молоді.

Встановлено, що дієвими формами роботи зі здоров'язбереження молоді, задіяними в межах розробленої програми, виступили соціально-

психологічний та особистісний тренінги, спрямовані на актуалізацію резервних можливостей та розвиток здоров'язбережувальних компетенцій учасників. Зокрема, на тренінгах «Розвиток впевненої поведінки», «Розвиток життєстійкості», «Формування толерантних установок», «Розвиток капіталу ідентичності» учасники мали можливість оцінити власні ресурси та отримати знання щодо особистісного саморозвитку, формувати соціально-психологічні уміння та навички у сфері здоров'язбереження. До провідних інтерактивних методів навчання, які довели свою ефективність, належали кейс-метод, метод проєктів, дискусії, ділові ігри, методи аналізу ситуацій та розвитку критичного мислення, соціально-психологічні технології здоров'язбереження «Здорова особистість» та «Здорове середовище», а також особистісно-орієнтована методика ефективного розвитку досвіду самопізнання молоді, як основи здоров'язбереження.

За результатами оцінки ефективності впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді виявлено значущі позитивні зміни за індикаторами мотивації до здоров'язбереження учасників ЕГ ($U=154,0$; $p=0,038$), а саме: бажання гарного фізичного та психічного самопочуття, розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я і регулярності турботи про здоров'я, а також розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя ($U=192$; $p=0,044$), як загального переконання в необхідності відповідального ставлення до здоров'я.

Крім того, встановлено, що в ЕГ за результатами формувального впливу вірогідно знижені вираженість переживання соціального стресу ($U=1321,5$; $p\leq0,001$), фрустрація потреби в досягненні успіху ($U=1068,5$; $p\leq0,019$), страх самовираження ($U=1168,5$; $p\leq0,001$) і невідповідності очікуванням оточення ($U=1342$; $p\leq0,001$), натомість підвищилася фізіологічна опірність стресу ($U=1412$; $p\leq0,001$).

З'ясовано, що в учасників ЕГ відбулася позитивна динаміка у показниках оптимістичного атрибутивного стилю ($T=111$; $p\leq0,001$) та готовності до здоров'язбереження ($T=269$; $p\leq0,005$).

Показано, що розроблена багаторівнева соціально-психологічна програма забезпечення здоров'язбереження молоді вплинула на переоцінку та позитивні зрушення за конструктивними стратегіями копінг-поведінки (Т=223; p≤0,05) учасників ЕГ, а саме за самоконтролем, прийняттям відповідальності, розв'язанням проблем, конструктивною переоцінкою.

Виявлено, що відбулися позитивні зрушення в конструктах ставлення до здоров'я учасників ЕГ за когнітивною (Т=237; p≤0,05), емоційною (Т=265; p≤0,05), поведінковою (Т=241; p≤0,05) та ціннісно-мотиваційною (Т=249; p≤0,05) шкалами, що сприяло підвищенню рівня загального показника самозбережувальної активності та поведінки в ситуаціях, пов'язаних з погіршенням стану здоров'я, в порівнянні з показниками першого діагностичного зрізу.

Констатовано, що формувальні заходи з впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді, які були реалізовані в ЕГ, позитивно вплинули на оцінку рівня задоволеності якістю життя (U=283,5; p=0,028) та сприяли підвищенню рівня оптимістичності її учасників, збільшенню позитивних емоцій і зниженню напруженості (p≤0,05).

Впровадження розробленої соціально-психологічної програми сприяло також підвищенню адекватності оцінки агресивності у відносинах (Т=208; p≤0,05), а також зниженню непрямої агресії (Т=124; p≤0,05), роздратування (Т=260; p≤0,05), негативізму (Т=104; p≤0,046), почуття провини (Т=256; p≤0,05) учасників ЕГ.

Крім того, зафіксовані статистично позитивні зсуви у показниках емоційної лабільності (Т=219,5; p≤0,05), імпульсивності (Т=252; p≤0,05), ригідності (Т=206,5; p≤0,05), тривожності (Т=312; p≤0,05), а також зниження вираженості соціальних страхів учасників ЕГ, що сприяло здоров'язбереженню учасників розробленої програми.

Показано, що заходи формувального впливу сприяли підвищенню рівня самоактуалізації учасників ЕГ (Т=352; p≤0,05), що знайшло прояв у зростанні

показників орієнтації в часі, потреби в пізнанні, креативності (прагненні до творчості), саморозумінні, гнучкості в спілкуванні ($p \leq 0,05$) та позитивно позначилося на розвитку досвіду самопізнання учасників програми, як основи здоров'язбереження.

У КГ статистично значущих змін не відбулося.

Отже, ефективність впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму є експериментально доведеною, а запропонована соціально-психологічна програма може бути рекомендованою до практичного застосування.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [18; 44; 45; 47; 55; 57; 60; 64; 151; 152; 251; 258; 272; 273; 303].

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення та нове розв'язання проблеми визначення соціально-психологічних засад здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Запропонована концепція дослідження забезпечила системне розкриття соціально-психологічних основ процесу здоров'язбереження молоді в умовах суспільних трансформацій. Узагальнення отриманих у дисертаційному дослідженні результатів дозволило зробити такі висновки.

1. Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми здоров'язбереження молоді. Констатовано, що в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму проблема здоров'язбереження молоді є важливим державним завданням, пов'язаним із різними аспектами життєдіяльності молодої людини (соціальними, психологічними, медичними, економічними та ін.), а проблема здоров'язбереження молоді має вирішуватися з урахуванням його складових: екогенетичної, соціально-психологічної, соціально-економічної, культурологічної та ін.

Зазначено, що проаналізовані підходи до розуміння категорії здоров'язбереження (філософський, психологічний, медичний, екологічний, аксіологічний та ін.) вказують на відсутність фундаментальної теорії здоров'я, що створює труднощі у формуванні понятійного апарату практико-орієнтованої теорії цього процесу. Операціоналізація категорії здоров'я дозволила розглядати цей конструкт як інтегральну категорію, що включає взаємозалежні компоненти (фізичний, психічний, соціальний, особистісний, моральний). Підкреслено, що особливістю уявлень молоді про здоров'я та способи його збереження є розуміння здоров'я переважно як фізичного благополуччя та бракує його усвідомлення як єдності фізичного, психічного, соціального компонентів, в тому числі особистісного та морального. У осіб молодшого юнацького віку ця закономірність виражена сильніше.

2. Здійснено концептуалізацію проблеми здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму в соціально-психологічному дискурсі, зокрема через її розкриття у векторах інституційної та ментальної цілісності соціуму, а також визначення соціально-психологічних та організаційно-технологічних принципів і умов здоров'язбереження молоді в трансформаційному соціумі. Проведено аналіз соціокультурних деформацій, які негативно позначаються на соціальному та психологічному статусі сучасної молоді та впливають на її здоров'язбереження загалом. Наукова рефлексія проблеми виконана на основі методології соціокультурної детермінації соціально-психологічного розвитку особистості та соціальних груп. У парадигмі становлення і розвитку молодої людини феномен здоров'язбереження розглянуто як ефект та результат її продуктивної соціалізації, формування адекватної картини світу, позитивної самосвідомості та конструктивних патернів життєдіяльності. Розкрито основні рівні ідентифікації соціокультурних викликів здоров'язбереженню молоді (культурний, історично-формаційний, соціально-політичний, соціально-економічний та ін.). Зазначено, що у соціально-психологічному дискурсивному контексті здоров'я молоді залежить від стану психосфери, від домінуючих у суспільстві відносин. Наголошено, що в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму необхідним є концептуальний перехід від егоцентричної парадигми розуміння проблеми здоров'язбереження молоді та її психологічного благополуччя загалом до культуроцентричної парадигми з опорою на життєво-діяльнісний план молодої людини як повноцінного суб'єкта життєдіяльності та життєздійснення.

3. Запропоновано структурно-функціональну модель формування готовності молоді до здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, що є відображенням системи особистісних характеристик молодої людини (вікових, гендерних, соціально-психологічних, психосоматичних), в якій інтегровані ціннісне ставлення, теоретичні знання і практичні вміння ведення здорового способу життя та яка

відзначається взаємозв'язком мотиваційно-ціннісного, інтелектуального та діяльнісного компонентів. Показано, що мотиваційно-ціннісний компонент готовності молоді до здоров'язбереження проявляється в усвідомленій спрямованості на збереження та зміцнення здоров'я і має такі критеріальні показники, як усвідомлення цінності здоров'я, наявність стійкої мотивації до ведення здорового способу життя, прийняття здорового способу життя як умови успішної, творчої життєдіяльності, що сприяє гармонійному розвитку особистості. Інтелектуальний компонент готовності зводиться до оволодіння сукупністю теоретичних знань у сфері здоров'язбереження. Його критеріальними показниками є наявність достатніх теоретичних знань і умінь до ведення здорового способу життя, можливість реалізації здоров'язберігаючого потенціалу навчальних дисциплін, наявність пізнавальної активності в освоєнні способів збереження та зміцнення здоров'я. Діяльнісний компонент зводиться до реалізації молоддю індивідуальної стратегії ведення здорового способу життя. Його критеріями виступають ступінь сформованості умінь молодої людини зберігати і зміцнювати власне здоров'я; адекватно оцінювати особливості стану та функціонування систем організму; систематично здійснювати профілактичні та оздоровчі заходи; ефективно протистояти впливу на здоров'я негативних чинників зовнішнього середовища. Наголошено, що загальна готовність молоді до здоров'язбереження передбачає взаємозв'язок всіх зазначених компонентів, ступінь сформованості яких визначається рівнями готовності (низьким, середнім, високим).

4. Розкрито соціально-психологічні особливості здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму з позиції структурної організації системи здоров'язбереження молоді (соціально-економічні, демографічні та регіональні аспекти). Визначено психологічні предиктори здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму (інформаційні, активаційні, особистісні, соціально-психологічні). Виявлено особливості функціонування соціально-психологічних складових внутрішньої

картини здоров'я молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму (на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях). З'ясовано соціально-психологічну специфіку атрибутивного стилю (оптимістичного, песимістичного) як захисного механізму, що реалізується через конструктивні або деструктивні поведінкові копінг-стратегії молоді у вимірі її здоров'язбереження в період суспільних трансформацій. Виокремлено структурно-змістовні особливості мотивації молоді до здоров'язбереження в трансформаційному соціумі (типологію, умови та механізми).

5. Розкрито змістовно-процесуальні засади побудови та реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму, із залученням системно-інтегрованого, комплексного та технологічного підходів, у межах якої розроблено й імплементовано навчально-методичний та організаційно-технологічний супровід цього процесу з виокремленням й обґрунтуванням соціально-психологічних технологій здоров'язбереження молоді на різних етапах її професіоналізації та необхідністю підготовки фахівців соціономічного профілю до соціально-психологічної роботи з молоддю в напрямку її здоров'язбереження в умовах трансформаційного соціуму.

Показано, що в основу реалізації багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді покладено психолого-педагогічні, організаційно-психологічні, інформаційно-змістовні, діяльнісні умови, які спрямовують її заходи у векторі забезпечення здоров'язбереження, формування культури здоров'я і довголіття.

Наголошено, що соціально-психологічна робота зі здоров'язбереження молоді в межах запропонованої програми була масштабною, різноспрямованою, тривалою та системною. Крім того, була передбачена вікова диференціація занять, що обумовлювало її багаторівневість, а одним із провідних аспектів запропонованої програми визначено соціально-психологічний супровід забезпечення процесу здоров'язбереження молоді з

психоемоційними травмами, зокрема через застосування етнокультурних технологій, мультимодальних арт-технологій, активного соціально-психологічного навчання та допомоги.

6. Проведено оцінку ефективності впровадження багаторівневої соціально-психологічної програми забезпечення здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Виявлено значущі позитивні зміни за індикаторами мотивації молоді до здоров'язбереження, як-то: бажання гарного фізичного та психічного самопочуття, розуміння труднощів відновлення втраченого здоров'я і регулярності турботи про здоров'я, а також розуміння цінності здоров'я для щасливого, успішного життя, як загального переконання у необхідності відповідального ставлення до здоров'я. Встановлено зниження вираженості переживання соціального стресу, фрустрації потреби в досягненні успіху, страху самовираження і невідповідності очікуванням оточення, поряд із підвищенням фізіологічної опірності стресу. Відбулася позитивна динаміка у показниках оптимістичного атрибутивного стилю та загальної готовності молоді до здоров'язбереження.

Показано, що розроблена програма вплинула на переоцінку та позитивні зрушення за конструктивними стратегіями копінг-поведінки (за самоконтролем, прийняттям відповідальності, розв'язанням проблем, конструктивною переоцінкою). Відбулися позитивні зрушення в конструктах ставлення молоді до здоров'я за когнітивною, емоційною, поведінковою та ціннісно-мотиваційною шкалами, що сприяло підвищенню рівня загального показника самозбережувальної активності та поведінки в ситуаціях, пов'язаних з погіршенням стану здоров'я.

Констатовано, що формувальні заходи позитивно вплинули на оцінку рівня задоволеності якістю життя, що сприяло підвищенню рівня оптимістичності, збільшенню позитивних емоцій і зниженню напруженості. Зафіксоване підвищення адекватності оцінки агресивності у відносинах, а також зниження непрямої агресії, роздратування, негативізму, почуття провини. Крім того, відзначено статистично значущі зсуви щодо зниження

показників емоційної лабільності, імпульсивності, ригідності, тривожності, а також вираженості соціальних страхів, що також позитивно впливає на здоров'язбереження молоді. Підвищився рівень самоактуалізації молоді, що знайшло прояв у зростанні показників орієнтації в часі, потреби в пізнанні, креативності, саморозумінні, гнучкості в спілкуванні та позитивно позначилося на розвитку досвіду самопізнання молоді, як основи її здоров'язбереження.

Перспективи подальшого дослідження. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів вивчення соціально-психологічних засад здоров'язбереження молоді в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. Перспективи подальшого дослідження полягають у вивченні динаміки і спрямованості процесу здоров'язбереження молоді у напрямку вивчення взаємозв'язку типів мотивації до здоров'язбереження з особистісними особливостями молодої людини, у розробці методів роботи з молоддю щодо формування активної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я з опорою на її внутрішні можливості. Важливим напрямом подальших досліджень вбачаємо також вивчення специфіки процесу забезпечення здоров'язбереження молоді з особливими потребами, та молоді, яка перебуває в особливих умовах життєдіяльності. Серед перспективних напрямів подальших досліджень цієї проблеми вважаємо розробку обґрунтованої загальнодержавної системи підготовки психологів, соціальних працівників та інших фахівців, які мають працювати з молоддю у напрямку її здоров'язбереження в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афанасенко В., Комар Т., Сіренко А. Психологічна спроможність рефлексивного дискурсу в психотерапії латентних деструктивних змістів психіки особистості. *Psychology Travelogs.* 2024. № 3. С. 6-17.
2. Барко В.І., Барко В.В., Бондаренко В.Д. Теоретичні засади розроблення каліфорнійського психологічного опитувальника. *Вісник Національного університету оборони України.* 2021. Вип. 1. С. 12-21.
3. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Біоюриспруденція – фундаментальна частина сучасного загальнотеоретичного правознавства. *Аналітично-порівняльне право*: *Електронне наукове видання.* 2022. № 4. С. 59-62.
4. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Конституційне право людини на життя. *Функціонування судових і правоохоронних органів в умовах війни: конституційні та міжнародно-правові маркери: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародного круглого столу* (м. Ужгород, 27 жовтня 2022 р.). Ужгород: Ужгородський національний університет, 2022. С. 24-31.
5. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Право людини на життя: міжнародні нормативне регулювання та практика національного правозастосування. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* 2022. Вип. 73, Ч. 2. С. 188-196.
6. Бєлова М.В., Данко Д.В., Данко А.В. Право людини на штучне запліднення: сучасні аксіологічні підходи. *Право в умовах війни: пріоритети, завдання, функції: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародного круглого столу* (м. Ужгород, 14 жовтня 2022 р.). Ужгород: Ужгородський національний університет, 2022. С. 13-24.
7. Бистрова Ю.В. Інноваційні методи навчання у вищій школі України. *Право та інноваційне суспільство*. 2015. № 1 (4). С. 27-33.
8. Білецький П.С., Завацький Ю.А., Завацька Н.Є., Шаповалова В.А., Кривобогова Н.П. Соціально-психологічні засади збереження

професійного здоров'я фахівців медичної галузі. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 2 (61). С. 153-162.

9. Блискун О.О. Соціальні механізми інтеріоризації і трансформації цінностей сучасною молоддю в процесі її реінтеграції. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 3 (53). Т. 1. С. 36-47.
10. Борисюк А.С. Професійна маргінальність як вияв кризи професійної ідентичності особистості з проблемами психологічного здоров'я. *Феномен кризи: філософські та соціально-психологічні шляхи попередження і подолання: колективна монографія* / відп. ред. М.П. Тимофієва. Чернівці: Технодрук, 2020. 224 с. С. 42-67.
11. Борисюк А.С. та ін. Психологія здоров'я людини: до постановки проблеми в координатах сучасних парадигм. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 5-14.
12. Бохонкова Ю.О., Блискун О.О., Пелешенко О.В., Данко Д.В. Психологічні особливості прояву агресії та форми агресивної поведінки молоді в мережі Інтернет. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 3. С. 33-44.
13. Бохонкова Ю., Сербін Ю., Завацька Н., Данко Д. Атрибутивний стиль як захисний механізм поведінки студентів-активістів. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2025. № 13. С. 280-304.
14. Бохонкова Ю.О., Хунов Ю.А., Сербін Ю.В. Соціально-психологічні особливості впливу соціальних мереж на особистісний розвиток у студентському віці. Теоретичні та прикладні проблеми психології.

Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 3 (47). Т. 1. С. 53-59.

15. Бохонкова Ю., Цимбал С., Яременко Н., Бугайова Н. Дослідження типів навченої безпорадності майбутніх фахівців іноземної філології. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2023. Вип. 10. С. 213-231.
16. Бочелюк В.Й. Трансформація особистості в період глобальної соціально-економічної кризи. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. *Серія: Психологічні науки*. 2019. Вип. 3. С. 114-121.
17. Боярин Л.В. Соціальна компетентність молоді в умовах трансформаційного соціуму: психологічний вимір: монографія. К.: ПВТП «LAT&K», 2024. 303 с.
18. Бугайова Н.М., Андрющенко І.О., Данко Д.В. Подолання дистресу як складової психологічного здоров'я особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 2 (58). С. 225-233.
19. Будз В.П., Гоян І.М. Антропологічні та аксіологічні принципи самоорганізації освіти майбутнього. *Молодий вчений: наук. журн*. 2020. № 4 (80). С. 514-521.
20. Будз В.П., Гоян І.М. Зв'язок антропологічних та аксіологічних вимірів самоорганізації моралі. *Сучасний рух науки: зб. наук. статей за матеріалами XLVI Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 5 червня 2020 р.). Ч. 4. С. 94-97.
21. Бурлакова І.А., Круглов К.О., Федорова О.В., Дигун І.С., Федоров А.Ю. Соціально-психологічні засоби самоменеджменту психологічного здоров'я особистості лідера. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 67-80.

22. Бурлакова І.А., Шаповалова В.А., Бровендер О.О., Шелест О.В., Сорока О.М., Дуфинець В.А. Психологічна структура здоров'я особистості в кризових умовах. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 15-25.
23. Вакула Н., Данко Д. Акош Озорі: 175-річчя від дня народження доктора медицини, професора, уродженця Закарпаття (1850-1888). Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2025 рік: рек. бібліогр. посіб. / Департамент культури Закарпат. облдержадмін.; КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, І.В. Когутич-Гаврош, М.Б. Бадида]. Ужгород: РІК-У, 2024. С. 130-132.
24. Вакула Н., Данко Д. Антон Михайлович Бращайко: 125-річчя від дня народження лікаря, поборника ідеї Карпатської України. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2022 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. С. 95-99.
25. Вакула Н., Данко Д. Володимир Іванович Смоланка: 60-річчя від дня народження доктора медичних наук, професора, ректора Ужгородського національного університету. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2021 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2020. С. 114-117.
26. Вакула Н., Данко Д. Михайло Іванович Фатула: 90-річчя від дня народження доктора медичних наук, професора медичного факультету Ужгородського національного університету, заслуженого лікаря України, академіка Академії наук вищої школи України. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2022 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. С. 195-201.

27. Вакула Н., Данко Д. Ніна Іванівна Корабельщикова: 95-річчя від дня народження доктора медичних наук, професора. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2021 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида]. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2020. С. 181-184.
28. Вакула Н., Данко Д. Павло Степанович Рішко: 100-річчя від дня народження організатора охорони здоров'я Закарпатської області. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2024 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида, І.В. Когутич-Гаврош]. Ужгород: РІК-У, 2023. С. 211-114.
29. Вакула Н., Данко Д. Петро Гаврилович Мізун: 95-річчя від дня народження кандидата медичних наук, доцента Ужгородського національного університету (1930-1997). Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2025 рік: рек. бібліогр. посіб. / Департамент культури Закарпат. облдержадмін.; КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, І.В. Когутич-Гаврош, М.Б. Бадида]. Ужгород: РІК-У, 2024. С. 86-93.
30. Вдовиченко Є. Місія філософії освіти в реформуванні освітньої системи України. *Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії.* 2017. Вип. 10. С. 17-22.
31. Вірна Ж.П., Іванашко О.Є., Гаврилюк І.О. Суверенність психологічного простору як особистісно-адаптаційна проєкція студентської молоді України. Scientific research of the XXI century: collective monograph. Vol. 1 / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, Los Angeles: GS publishing service, 2021. С. 365-400.
32. Волошина В.В., Лотиш В.М. Теоретичні аспекти вивчення міжособистісних взаємодій в юнацькому віці. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*. 2012. Вип. 10. С. 35-41.

33. Гаркуша С.В. Сучасні тенденції у стані здоров'я дітей і молоді в умовах навчання. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Х., 2013. №10. С. 7-11.
34. Гаркуша С.В. Характеристика стану здоров'я сучасної молоді в Україні. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія: педагогічні науки*. Чернігів: ЧНПУ, 2013. № 107. Т. 1. С. 92-95
35. Гарькавець С.О., Волченко Л.П. Емоція образи – психологічні виміри подолання її руйнівних впливів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 2 (64). С. 22-34.
36. Гоян І.М., Завацька Н.Є., Завацький Ю.А., Каськов І.О., Дерев'янко О.В. Психологічні особливості процесу самоорганізації молоді та розвитку її рефлексії в період суспільних трансформацій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 3 (59). С. 94-103.
37. Грись А.М. Особливості ставлення до майбутнього сімейного життя в період дорослішання. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2020. Т. XI, Вип. 21. С. 99-114.
38. Губіна Н.В. Етика і деонтологія у фармації: нові аспекти викладання в рамках кредитно-модульної системи. *Науковий вісник УжНУ. Серія: Педагогіка*. 2015. Вип. 1 (51). С. 266-268.
39. Гусак П.М., Зимівець Н.В., Петрович В.С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: монографія / за ред. П.М. Гусака. Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. 219 с.

40. Данко Д.В. Відношення працівників закладів охорони здоров'я гірської георгафічної зони до заходів реформування системи охорони здоров'я України. *Actual trends of modern scientific research: The 1st International scientific and practical conference* (Munich, Germany, July 19-21, 2020). Munich, Germany: MDPC Publishing, 2020. P. 81-86.
41. Данко Д.В. Геополітичні, демографічні та соціально-економічні характеристики Закарпатської області, як важливі чинники реформи системи охорони здоров'я в регіоні. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 4 (57). С. 17-22.
42. Данко Д.В. До питання формування лікарень в гірській географічній зоні України в умовах формування госпітальних округів. *Scientific achievements of modern society: The 11th International scientific and practical conference* (Liverpool, United Kingdom, June 24-26, 2020). Liverpool, United Kingdom: Cognum Publishing House, 2020. P. 223-226.
43. Данко Д.В. Історичні аспекти медико-соціальної роботи. *Актуальні проблеми сучасної соціології, соціальної роботи та професійної підготовки фахівців: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Ужгород, 16 вересня 2016 р.). Ужгород: УжНУ, 2016. С. 51-53.
44. Данко Д.В. Корекція психоемоційних травм молоді в умовах трансформаційного соціуму. *Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської інтернет-конференції з міжнародною участю* (м. Кропивницький, 11 січня 2025 р.). К., 2025. С. 14-21.
45. Данко Д.В. Нові аспекти викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я в рамках кредитно-модульної системи. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2017. Вип. 1 (55). С. 152-154.
46. Данко Д.В. Організаційно-психологічні умови та принципи формування у молоді мотивації до здоров'язбереження. *Наукова спадщина української*

психології: єдність минулого та теперішнього: зб. наук. статей за матеріалами щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 12 червня 2024 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. С. 27-29.

47. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до використання технологій медико-соціальної роботи у професійній діяльності. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: зб. наук. статей за матеріалами V Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 30-31 березня 2017 р.). Хмельницький: ХНУ, 2017. С. 77-78.
48. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до медико-соціальної роботи. *Сучасні тенденції розвитку освіти і науки в інтердисциплінарному контексті. Діалог культур як чинник інтеграції*. Варшава – Ужгород – Херсон: Просвіт, 2019. С. 67-69.
49. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до медико-соціальної роботи в країнах Західної Європи. *Розвиток порівняльної професійної педагогіки у контексті глобалізаційних та інтеграційних процесів: зб. наук. статей за матеріалами VI Міжнародного науково-методологічного семінару* (м. Київ, м. Хмельницький, 18 травня 2017 р.). К.; Хмельницький: Термінова поліграфія, 2017. С. 128-132.
50. Данко Д.В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до професійної медико-соціальної діяльності. *Сучасна система освіти і виховання: досвід минулого – погляд у майбутнє: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 7-8 жовтня 2016 р.). К.: Київська наукова організація педагогіки і психології, 2016. С. 55-58.
51. Данко Д.В. Принципи формування здорового способу життя молоді та її психологічного здоров'я в умовах сучасних викликів трансформаційного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету*

імені Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 1 (66). С. 107-119.

52. Данко Д.В. Проблема здоров'язбереження молоді в кризово-трансформаційній ситуації розвитку суспільства. *Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 20 травня 2025 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 16-18.
53. Данко Д.В. Проблема здоров'язбереження молоді у векторі інституційної та ментальної цілісності соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 2 (67). С. 251-260.
54. Данко Д.В. Психологічний аспект проблеми здоров'язбереження молоді в умовах трансформаційного соціуму. *Актуальні питання відновлення ментального здоров'я у психологічному вимірі: зб. наук. статей за матеріалами І Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Київ, 11 жовтня 2024 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. С. 144-146.
55. Данко Д.В. Соціально-психологічні засади здоров'язбереження молоді в умовах сучасних соціогенних викликів: монографія. К.: ПВТП «LAT&K», 2025. 303 с.
56. Данко Д.В. Сучасні науково-прикладні підходи до здоров'язбереження молоді. *Життєві виклики сучасного суспільства в умовах воєнного часу: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Київ, 05-06 листопада 2024 р.) / за ред. С.Д. Максименка, В.В. Турбан. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. С. 26-28.
57. Данко Д.В. Формування інституту медико-соціальної роботи і професійної підготовки фахівців. *Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості: зб. наук. статей за матеріалами Міжнародної*

науково-практичної конференції (м. Харків, 13-14 січня 2017 р.). Х.: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2017. С. 21-24.

58. Данко Д.В. Юрій Андрійович Думнич: 100-річчя від дня народження кандидата медичних наук, організатора медичної служби області. Календар краєзнавчих пам'ятних дат Закарпаття на 2024 рік: рек. бібліогр. посіб. / КЗ «Закарпат. обл. універс. наук. б-ка ім. Ф. Потушняка» ЗОР; [уклад.: О.О. Шелак, М.Б. Бадида, І.В. Когутич-Гаврош]. Ужгород: РІК-У, 2023. С. 178-181.
59. Данко Д.В., Булеза Б.Я. Медико-соціальні аспекти підготовки майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: зб. наук. статей за матеріалами VII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 11-12 квітня 2019 р.). Хмельницький: ХНУ, 2019. С. 38-40.
60. Данко Д.В., Булеза Б.Я. Підготовка майбутніх соціальних працівників до використання технологій медико-соціальної роботи у професійній діяльності. *Virtus: Scientific Journal. Series: Philosophy. Psychology. Pedagogy. Montreal:* СРМ «ASF», 2017. № 12. С. 88-89.
61. Данко Д.В., Данко В.Й., Рогач І.М. Евтаназія та біоетика: окремі медичні та правові аспекти співвідношення. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2019. № 55, Т. 1. С. 73-77.
62. Данко Д.В., Завацький В.Ю. Диференціація соціально-психологічних чинників ПТСР у молоді в структурі її здоров'язбереження. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 3 (65). Т. 2. С. 134-145.
63. Данко Д.В., Рогач І.М. Емеріх Емеріхович Данко – видатна особистість, талановитий лікар, організатор медичної служби на Закарпатті. *Науковий вісник Ужгородського університету.* 2016. Вип. 1 (53). С. 148-151.

64. Данко Д.В., Сойма Н.Д. Підготовка майбутніх соціальних працівників до застосування медико-соціальних технологій в роботі з «дітьми групи ризику». *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2016. Вип. 2 (39). С. 71-74.
65. Добровольська Н.А. Становлення особистості в умовах невизначеності / Соціально-психологічні основи становлення обдарованої особистості: монографія / за ред. Н.А. Добровольської та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. 282 с. С. 54-72.
66. Добровольська Н.А. Соціально-психологічний вектор збереження психологічного здоров'я особистості в професії / Соціально-психологічні засади особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічного профілю: монографія / за ред. І.Є. Жигаренко та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. 252 с. С. 193-214.
67. Добровольська Н.А. Соціально-психологічні механізми розвитку молоді в умовах невизначеності / Соціально-психологічні основи розвитку іншомовної діяльності особистості: монографія / за ред. С.В. Цимбал та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 172-198.
68. Добровольська Н.А., Завацька Н.Є., Городничий О.В., Петренко М.О., Духновська О.Г., Стрельченко Л.Е. Показники обдарованості, обумовлені логікою особистісного розвитку в онто- і соціогенезі та соціальною активністю особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 3 (59). С. 64-72.
69. Дудник О., Малімон Л. Атрибутивний стиль як детермінанта модальності емоційних проявів особистості. *Психологічний журнал*. 2022. № 9. С. 13-24.
70. Єна А.С. Психологічні аспекти ресурсного розвитку особистості в умовах війни. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи:*

зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 1 (63). С. 27-36.

71. Єжова О.О., Бєсєдіна А.А., Бережна Т.І. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика: монографія / за заг. ред. О.О. Єжової. Суми: Сумський державний університет, 2016. 288 с.
72. Життєстійкість особистості як фактор здоров'язбереження в умовах невизначеності: монографія / Л.С. Яковицька, Л.В. Помиткіна, Д.А. Карпілянський, М.М. Дідух, Н.В. Мужанова, А.П. Ковальова, Е.М. Ходанович; за наук. ред. Л.В. Помиткіної. К.: Державний університет «Київський авіаційний інститут», 2025. 275 с.
73. Журба М.А., Пагава О.В., Байдик В.В. Лабіринти віртуального: Тесей у пошуках Аріадни: монографія. Х.: Точка, 2016. 334 с.
74. Завацька Н.Є., Завацький Ю.А., Федорова О.В., Олійник Д.І., Стригуновський С.О., Федоров А.Ю., Добровольська Н.А. Соціально-психологічні особливості розвитку професіоналізму фахівців соціономічного профілю та їх професійна самореалізація в умовах професійних криз. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 2 (67). С. 169-182.
75. Завацька Н.Є., Попович І.С., Данко Д.В., Піддубняк С.В. Засоби соціально-психологічної корекції суїцидонебезпечних станів особистості та її саморегуляції у міжособистісних конфліктах. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 1 (51). С. 111-118.
76. Завацький В.Ю. Психологічні та соціологічні вектори розвитку здатності особистості до передбачення в умовах життєвих змін. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-

во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 2 (52). Т. 2. С. 275-287.

77. Завацький Ю.А. Особистісно-орієнтований підхід до психологічного супроводу соціальної мобільності особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. № 2 (40). С. 58-63.
78. Завацький Ю.А., Гречишкіна К.М., Кальна С.П., Стоянова В.О. Взаємозв'язок особистісних цінностей та адаптації студентів: трансфер методики «Навчання дією». *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 1. С. 91-98.
79. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю.Д. Бойчука. Х.: Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.
80. Заграй Л.Д., Пілецька Л.С. Емоційна безпека в екзистенції життєвого шляху особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна.* 2024. № 1. С. 20-26.
81. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: zakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html
82. Капська А.Й., Завацька Л.М., Грищенко С.В. Технології соціальної роботи в зарубіжних країнах. К.: Слово, 2011. 248 с.
83. Карпенко Є.В. Репрезентація аксіологічного потенціалу емоційного інтелекту в працях українських учених. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3(50). Т. 3. С. 127-143.
84. Карпенко З. Аксіологічна психологія особистості: монографія. 2-ге вид., перероб., доповн. Івано-Франківськ: ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2018. 720 с.

85. Каузометрія / Є.І. Головаха, О.О. Кронік / Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / Ред. кол.: І.М. Дзюба, А.І. Жуковський, М.Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. К.: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2012. Режим доступу: https://esu.com.ua/article-11105
86. Кнодель Л. В. Професійна підготовка соціальних працівників до клінічної соціальної роботи в Німеччині. *Вісник Дніпропетровського університету економіки та права ім. А. Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія»*. 2011. Вип. 1 (1). С. 33-36.
87. Козубовська І.В., Данко Д.В. Психологічні засади організації навчально-виховного процесу у вищій школі: метод. рекомендації. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2020. 32 с.
88. Козубовська І.В., Данко Д.В. Формування готовності іноземних студентів-медиків до міжкультурного спілкування. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота.* 2017. Вип. 1 (40). С. 136-138.
89. Комар Т.В. Гендерні особливості міжособистісної взаємодії студентів-психологів як передумова формування готовності до професійної діяльності. *Вісник Національного університету оборони України*. Вип. 5 (69). 2022. С. 75-84.
90. Комар Т.В. Самоорганізація учнівської молоді в процесі її соціалізації та здоров'язбереження / Соціально-психологічні засади самоорганізації молоді в період суспільних трансформацій: монографія / за ред. І.М. Гояна та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 117-142.
91. Комар Т.В. Соціалізація молоді та її саморегуляція у векторі міжособистісної взаємодії / Соціально-психологічні особливості саморегуляції молоді у конфліктних ситуаціях міжособистісної взаємодії: монографія / за ред. Ю.І. Ахтирської та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. С. 59-86.
92. Комар Т.В. Соціально-психологічні детермінанти супроводу обдарованої

молоді. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 2 (61). Т. 3. С. 60-70.

93. Комар Т., Варгата О., Хоптяна О. Стресостійкість як складова самозбереження психічного здоров'я фахівців соціономічного профілю. *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 62-72.
94. Комар Т., Міхеєва Л., Ваврашко В., Гузаїров А. Педагогічні умови професійної підготовки майбутніх фахівців соціономічних професій до здоров'язбережувальної діяльності. *Physical culture and sport scientific perspective*. 2025. № 2. С. 227-232.
95. Комар Т., Синюк В. Асертивність як ключовий фактор гармонізації взаємин у соціумі. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія».* Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2024. № 6. С. 36-43.
96. Корнієнко В.В., Завацька Н.Є., Данко Д.В., Гєтта О.М. Концептуалізація вивчення проблеми розвитку психологічного реабілітаційного потенціалу особистості. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм*: *зб. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєвєродонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. С. 57-61.
97. Котенко С.Л. Державне регулювання кадрової політики галузі охорони здоров'я. *Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я: зб. наук. статей за матеріалами науково-практичної конференції* (м. Київ, 22 квітня 2015 р.). К., 2015. С. 56-59.
98. Крижановський О.М. Безпека особистості у сучасному соціуму: соціально-психологічний контекст. *Актуальні питання відновлення ментального здоров'я у психологічному вимірі: зб. наук. статей за матеріалами І Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Київ, 11 жовтня 2024 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. С. 257-260.

99. Кубіцький С.О. Історія соціальної роботи в зарубіжних країнах. К.: ДАКККіМ, 2009. 298 с.

100. Кузьо Л.І. Резильєнтність як чинник збереження психічного здоров'я студентів-медиків в умовах війни. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 2 (67). С. 42-56.

101. Лехан В.М., Надутий К.О., Слабкий Г.О. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню. *Україна. Здоров'я нації.* 2011. № 3 (19). С. 86-91.

102. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3 (Спец. вип.). С. 67-86.

103. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. К., 2009. 50 с.

104. Литвиненко О.Д., Завацька Н.Є., Модестова Т.В., Данко Д.В., Вишневська О.П. Критерії ефективності міжкультурної адаптації молоді та її здоров'язбереження в процесі її соціалізації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 2 (64). С. 183-197.

105. Лосієвська О.Г., Ляшко А.О. «Soft-skills» як ключовий компонент професійної ефективності здобувачів вищої освіти. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 101-110.

106. Лукашов О.О. Об'єктивні та суб'єктивні передумови соціальної відповідальності особистості. *Особистість у кризових умовах сучасності: психологічні виклики: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної*

науково-практичної конференції (м. Івано-Франківськ, 3 березня 2023 р.). Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2023. С. 410-414.

107. Лук'янченко М. Здоров'я людини через призму моделі салютогенезу: теорія та практика. *Молодь і ринок*. 2010. № 12 (71). С. 58-69.
108. Малімон Л. Я., Дучимінська Т. І. Психологія особистісної безпорадності студентів. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 192 с.
109. Мар'яненко Л.В., Поклад І.М. Внутрішні та зовнішні психологічні умови розвитку мислення учнів у процесі навчально-пізнавальної діяльності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 1 (60). С. 152-168.
110. Михайлишин У.Б., Шмідзен І.Ю., Юхименко І.В. Взаємозв'язок депресивних станів та мотиваційної сфери студентів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 2. С. 68-80.
111. Мешко Г.М. Підготовка майбутніх учителів до збереження і зміцнення професійного здоров'я. Тернопіль: ТПУ ім. В. Гнатюка, 2012. 468 с.
112. Миронюк І.С., Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика забезпеченості сільського населення передгірської та гірської географічних зон Закарпаття долікарською медичною допомогою. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2019. № 3-4 (33-34). С. 46-52.
113. Миронець С.М., Корольчук М.С., Тімченко О.В. Психологія праці в звичайних та екстремальних умовах. К.: КНТЕУ, 2014. 523 с.
114. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Грузєва Т.С. Громадське здоров'я. Вінниця: Нова Книга, 2013. 560 с.

115. Носко М.О., Гаркуша С.В., Воєділова О.М. Здоров'язбережувальні технології у фізичному вихованні: монографія. К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. 300 с.

116. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2015. 41 с.

117. Овчаренко М.О., Сосін І.К., Вороніна Т.Г., Овчаренко Т.М., Пінський Л.Л. Використання психокорегуючої методики у підлітків для підвищення їх спроможності щодо прийняття конструктивних рішень в стресовій ситуації. *Український медичний альманах*. 2012. Т. 15, № 2. С. 116-118.

118. Остополець І.Ю., Педченко О.В., Резнікова О.А., Свіденська Г.М. Взаємозв'язок соціальних страхів та тривожності у юнацькому віці. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 148-156.

119. Омелянюк С. М. Сучасні соціальні уявлення молоді про здоров'я та здоровий спосіб життя в умовах проблемогенного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 1 (66). С. 77-87.

120. Онуфрієва Л.А., Чайковська О.М. Індивідуально-психологічні регулятори комунікативної діяльності майбутніх фахівців соціономічних професій. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. Ужгород: Видавничий дім «Гельветика», 2023. Вип. 1. С. 35-40.

121. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрактування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. К., 2020. 59 с.

122. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2011. № 2. С. 39-41.

123. Пасічник І.Д. Мовна особистість в освітньому просторі: монографія / ред. кол. О.А. Вісич, Х.М. Карповець, З.В. Столяр. Острог: Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2021. 270 с.

124. Петяк О., Комар Т., Вельський Д., Мельничук А. Психологічні інтервенції для підвищення резильєнтності студентів під час воєнних дій. *Psychology Travelogs*. 2025. № 2. С. 17-25.

125. Пилюк Н. Діагностика рівня готовності майбутніх соціальних педагогів до здійснення здоров'язберігаючої діяльності у спеціальних навчальних закладах. *Social Work and Education*. Ternopil-Aberdeen, 2021. Vol. 8, No. 1. С. 129-138.

126. Пилюк Н. Діяльність соціального педагога з реалізації здоров'язбережувальних технологій в освітньому середовищі. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології.* 2020b. № 10. С. 370-379.

127. Пилюк Н. Профілактика схильності підлітків до вживання наркотиків. *Соціальна робота: виклики сьогодення: зб. наук. праць за матеріалами VIII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Тернопіль,18-19 квітня 2019 р.) / за заг. ред. В.А. Поліщук, С.М. Калаур, Г.І. Слозанської. Тернопіль: ТНПУ імені В. Гнатюка, 2019a. С. 269-271.

128. Пилюк Н. Структура готовності майбутніх соціальних педагогів до здоров'язберігаючої діяльності в спеціальних загальноосвітніх закладах. *Актуальні питання гуманітарних наук.* 2020a. Вип. № 32, Т. 1. С. 263-269.

129. Пилюк Н. Структура професійної компетентності соціальних педагогів у здоров'язберігаючій діяльності в спеціальних загальноосвітніх закладах. *Актуальні проблеми педагогічної освіти: європейський та національний вимір: зб. наук. праць за матеріалами IV Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Луцьк, 28-29 травня 2019 р.). Луцьк: ПП Іванюк В.П., 2019b.

130. Пілецька Л.С. Соціалізація обдарованої молоді в сучасних умовах. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. Вип. 2 (61). С. 36-44.

131. Пілецька Л.С., Сафонова С.О., Завацька Н.Є., Каширіна Є.В., Бровендер О.О. Соціально-психологічні засади життєстійкості та самореалізації молоді в професіях соціономічного типу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. Вип. 2 (58). С. 5-17.

132. Побокіна Г.М. Розуміння значущості змін життєвого світу для становлення особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 2 (55). С. 147-155.

133. Попович Г.М. Соціальна робота в Україні і за рубежем. Ужгород: Ґражда, 2000. 134 с.

134. Порядок організації надання медичної допомоги при різних клінічних станах та захворюваннях / Л.Ф. Матюха, В.М. Лехан, Н.Г. Гойда та ін. К.: МОЗ України; НМАПО ім. П.Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. 43 с.

135. Постанова КМУ «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 р. № 1074 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text.

136. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.apteka.ua/article/458646.

137. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік» від 27 листопада 2019 р. № 1124 [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF.

138. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html

139. Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів. МОЗ України. К., 2017. 27 с.

140. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. К., 2014. 207 с.

141. Рогач І.М., Данко Д.В. Геополітичні особливості Закарпатської області як важливий чинник структурної перебудови системи охорони здоров'я регіону. *Матеріали 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету* (м. Ужгород, 25 лютого 2020 р.). Ужгород: ФОП «Сабов А.М.», 2020. С. 64-65.

142. Рогач І.М., Данко Д.В. Гірська та передгірська географічні зони Закарпатської області як території з особливими умовами в забезпеченні населення доступною медичною допомогою. *Perspectives of world science and education: The 9th International scientific and practical conference* (Osaka, Japan, May 20-22, 2020). Osaka, Japan: CPN Publishing Group, 2020. P. 852-858.

143. Рогач І.М., Данко Д.В. Результати дослідження серед закладів охорони здоров'я гірської зони їх доступності та якості медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 2 (59). С. 23-28.

144. Рогач І.М., Данко Д.В. Спроможність реформованої системи охорони здоров'я Закарпаття до надання доступної медичної допомоги населенню.

Eurasian scientific congress: The 5th International scientific and practical conference (Barcelona, Spain, May 17-19, 2020). Barcelona, Spain: Barca Academy Publishing, 2020. P. 170-176.

145. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика госпіталізації населення в заклади охорони здоров'я Закарпатської області. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 3 (56). С. 52-55.

146. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика населення Закарпатської області. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2019. № 1 (9). С. 75-78.

147. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення Закарпатської області. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2019. № 2 (10). С. 91-94.

148. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика територіальної доступності сільському населенню гірської і передгірської зон проживання первинної та долікарської медичної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 4 (82). С. 30-36.

149. Рогач І.М., Данко Д.В., Ряшко В.І. Микола Георгійович Вітенбергер – ювелір медичної справи. До 110-річчя від дня народження. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1 (54). С. 167-169.

150. Рогач І.М., Палко А.І., Данко Д.В., Гаджега І.І., Качер Е.І., Ремез А.-М. Стан харчування учнів молодших класів загальноосвітніх навчальних закладів Закарпатської області. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2018. № 4 (42). С. 35-38.

151. Рогач І., Слабкий Г., Погоріляк Р., Ціцвакова М., Шип Д., Данко Д. Порівняльна характеристика окремих організаційних підходів до надання медичної допомоги в Україні та Словаччині. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017. T. LXX, Nr. 3, Cz. I. S. 439-442.

152. Розлуцька Г.М., Данко Д.В., Іваськевич В.З. Дидактичні основи сучасної взаємодії учасників освітнього процесу у вищий медичній освіті: навч.-метод. посібник. Ужгород: ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2020. 64 с.

153. Руденко Л.М. Клініко-психологічні аспекти класифікації розладів поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2010. Вип. 16. С. 309-312.

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

155. Седих К.В. Психологія взаємодії систем: «сім'я» та освітні інституції. Полтава: Довкілля-К, 2008. 228 с.

156. Сидоренко Ж.В., Короцінська Ю.А., Лавренюк Ю.В. Діагностика професійного стресу в контексті впливу на ментальне здоров'я працівників організації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. № 2 (67). С. 68-80.

157. Сколота Е.В., Завацький Ю.А., Добровольська Н.А., Завацька Н.Є., Шаповалова В.А., Шелест О.В. Асертивність та самореалізація фахівця у соціономічній сфері діяльності: соціально-психологічний вимір. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 3 (65). Т. 2. С. 124-133.

158. Слабкий Г.О., Зозуля І.С., Зозуля А.І. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. *Сімейна медицина.* 2014. № 3 (53). С. 25-27.

159. Слабкий Г.О., Лехан В.М. Уроки реформи охорони здоров'я в Україні: досягнення, невирішені питання, ризики, проблеми. *Організація і управління охороною здоров'я: зб. наук. статей за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю*. (20-21 жовтня 2015 р.). 2015. С. 26-27.

160. Слабкий Г.О., Скрип В.В. Методичні підходи до автономізації закладів охорони здоров'я. *Intermedical Journal*. 2015. № IV (6). С. 20-25.

161. Спицька Л.В., Турбан В.В., Завацька Н.Є., Крижановський О.М., Омелянюк С.М., Данко Д.В. Соціальне функціонування особистості в умовах сучасного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 2 (55). С. 64-71.

162. Соціальна робота / В.А. Поліщук, О.П. Бартош-Пічкар, Н.М. Горішна, Г.В. Пеіцук, О.Ю. Пришляк / За ред. Н.Г. Пичкало. Тернопіль: ВАТ«ТВПК «Забруч», 2010. 330 с.

163. Терлецька Л.Г. Психологія здоров'я: арт-терапевтичні технології. 2-ге вид. К.: ВД «Слово», 2017. 128 с.

164. Тимофієва М.П. Духовність як чинник формування психічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Чернівецького університету: зб. наук. праць. Філософія*. Чернівці: Рута, 2018. № 414 415. С. 23-27.

165. Тимошенко В. Лідерство в умовах суспільних трансформацій. Економіка та суспільство. 2024. № 59. С. 92-100.

166. Титаренко Т.М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. *Проблеми політичної психології: зб. наук. праць*. К.: Міленіум, 2017. Вип. 5 (19). С. 3-10.

167. Ткач Т.В., Кравченко А.В. Психологічні детермінанти розвитку соціальних компетенцій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 1. С. 151-160.

168. Токарева Н.М. Психолінгвістична парадигма проблеми психологічного моделювання особистісних конструктів. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2018. Вип. 8. С. 45-57.

169. Траверсе Т.М. Політичне мислення як механізм функціонування політичної ідентичності. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. Вип. 3. С. 120-126.

170. Фалько Н.М. Психологічні детермінанти збереження психічного здоров'я студентів як чинника організації освітнього простору. *Вісник Одеського національного університету імені І.І. Мечникова. Серія: Психологія.* Одеса: Астропринт, 2013. Т. 18. № 1 (27). Ч. 3. С. 184-191.

171. Федчук О. В. Внутрішня картина здоров'я як особистісний ресурс. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 2. С. 98-111.

172. Фромм Е. Втеча від свободи / Пер. з англ. М. Яковлєв. Х.: КСД, 2019. 288 с.

173. Фурман О.Є. Громадянська відповідальність особистості як предмет психологічного дослідження. *Психологія і суспільство*. 2015. № 1. С. 65-89.

174. Цілі сталого розвитку 2016-2030. Режим доступу: https//www.un.org.ua/ua/tsili rozvytkutysiacholi a/tsili-staloho-rozvytku

175. Цільмак О.М. Складові структури компетентностей. *Наука і освіта*. 2009. № 1-2. С. 128-135.

176. Черновська Л.В. Проблеми взаємодії та спілкування серед молоді у векторі розвитку її соціальної компетентності і міжкультурної адаптації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 2 (64). С. 104-117.

177. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. К.: Центр навч. літератури, 2006. 464 с.

178. Штифурак В.Є. Соціально-психологічні основи формування здоров'язбережувальних пріоритетів студентської молоді. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. 2017. № 1. С. 4-20.

179. Щербан Т.Д. Психологія навчального спілкування: монографія. К.: Міленіум, 2004. 441 с.

180. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання. К.: Вища школа, 2004. 679 с.

181. Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87 (1). P. 49-74.

182. Adler A. The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings / H.L. Ansbacher, R.R. Ansbacher, (Eds). Harper & Row. 1956.

183. Alarifi B.N., Song S. Online vs in-person learning in higher education: effects on student achievement and recommendations for leadership. *Humanities and Social Sciences Communication*. 2024. Vol. 11. P. 86.

184. Allport G. The Genius of Kurt Lewin. *Journal of Personality*. 1947. Vol.16. No. 1. P. 14-21.

185. Allport G. The Nature of Personality: Selected Papers. Westport, CN: Greenwood Press, 1975. 220 p.

186. Argyle M., Martin M., Crossland J. Happiness as a Function of Personality and Social Encounters / Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective / J.P. Forgas, J.M. Innes (Eds.). North-Holland: Elsevier Science Publishers B.V., 1989. P. 189-247.

187. Atkinson J. Motivational Determinants of Risk-Taking Behavior. American Psychological Association. *Psychological Review*. 1957. № 64, P. 1 (6). P. 359-72.

188. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977. Vol. 84 (2). P. 191-215.

189. Bartosh O., Danko D., Kanyuk O., Hodovanets N., Myhalyna Z. Research-based learning in the education process of a higher education institution. *Amazonia Investiga.* 2023. Vol. 12 (64). P. 208-216.

190. Bartosh O.P., Danko D.V., Kozubovska I.V., Povidaichyk O.S. Training of social work bachelors to apply technologies of medical social work. *Wiadomości Lekarskie*, 2021. Vol. LXXIV, Issue 7. P. 1634-1641.

191. Baudrillard J. A l'ombre des majorités silencieuses ou la fin du social. Paris: Utopie, 1981.

192. Borysiuk A.S., Rodchenkova I.V., Zavatska N.Ye., Zavatskyi Yu.A., Shapovalova V.A. Personal health care in the conditions of systemic changes in society. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 136-143.

193. Borysiuk A.S., Zavatskyi Yu.A., Тоба M.V., Zavatskyi V.Yu., Boyarin L.V. Psychology of human health: to statusing the problem in the coordinates of modern paradigms. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 5-14.

194. Boyarin L.V., Zavatska N.Ye., Blyskun O.O., Buchko T.M. Socio-psychological features of young people's sensional orientations and its adaptation to management activity. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 1. С. 70-77.

195. Boyarin L.V., Zavatskyi Yu.A., Zavatska N.Ye., Pobokina H.M., Fedorova O.V., Omelianiuk S.M. Socio-psychological characteristics of self-fulfillment of youth and its resilience: internal and external dimensions. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 2 (58). С. 18-28.

196. Bradburn N. The Structure of Psychological Weil-Being. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 320 p.

197. Browne A. Initial and Long–term Effects: a Review of the Research on Child Sexual Abuse. London: Sage Publications, 1996. 125 p.

198. Bühler Ch., Allen M. Introduction to Humanistic Psychology. Monterey: Brooks, 1972. 120 p.

199. Byelov D.M., Danko D.V. Paradigm as a legal category in the conditions of the military invasion. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2022. № 2. P. 17-20.

200. Carver C.S., Gaines J.G. Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*. 1987. Vol. 11(4). P. 449-462.

201. Carver C.S., Scheier M.F., Segerstrom S.C. Optimism. Clinical Psychology Review. 2010. Vol. 30 (7). P. 879-889.

202. Crawford J., Lewis G., Kelder J.A. Authentic student leadership development: structural equation model testing differences among student leader populations. *Educational and Developmental Psychologist*. 2024. Vol. 41 (2). P. 191-201.

203. Csikszentmihalyi M. Applications of Flow in Human Development and Education: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi. Dordrecht: Springer, 2014.

204. Csikszentmihalyi M. The Systems Model of Creativity: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi. Dordrecht: Springer, 2014.

205. Danko D.V. Characteristics of the network of health care institutions and personnel of the Transcarpathian regional health care system / Current issues of health care and physical rehabilitation: monography / G.O. Slabkiy, V.Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, A.-M.M. Pishkovtsi, A.O. Keretsman, O.V. Zhdanova, I.S. Myronyuk, A.P. Spivak, K.S. Barannik. Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019. P. 62-79.

206. Deci E., Ryan R. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development and Well-Being. *American Psychologist.* 2000. Vol. 55, No. 1. P. 68-78.

207. Deleuze G., Guattari F. Anti-Edipus: Capitalism and Schizophrenia. New York: Viking Press, 1977.

208. Diener E., Seligman M.E.P. Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*. 2004. № 5 (1). P. 1-31.

209. Diener E., Wirtz D., Tov W., Kim-Prieto C., Choi D., Oishi S. Biswas-Diener R. New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*. 2009. № 97 (2). P. 143-156.

210. Dobrovolska N.A., Zavatska N.Ye., Shevchenko O.L., Shtykh I.I. Example problems of preserving personal psychological health. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 81-88.

211. Domínguez-Soto C., Labajo V., Labrador-Fernández J. The relationship between impostor phenomenon and transformational leadership among students in STEM. *Current Psychology*. 2023. Vol. 42. P. 11195-11206.

212. Erikson E. Psychosocial Identity. A Way of Lookingat Things Selected Papers / Edited by S. Schlein. N.-Y., 1995. 720 p.

213. Fedorova O.V., Zavatska N.E., Spytska L.V. Reactionalization of minors in secondary education institutions. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 3. С. 96-107.

214. Fink S.K., Lepkowski A., Lynn C.S. Undergraduate Student Leadership and Social Change. *Journal of College and Character*. 2013. Vol. 14(3). P. 241-252.

215. Flick U. An Introduction to Qualitative Research. 5th Edition, Sage Publications, London. 2014.

216. Folkman S., Lazarus R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 1980. Vol. 21 (3). P. 219-239.

217. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975. Vol. 12, no. 3. P. 189-198.

218. Foucault M. Discourse and Truth. 2008. No. 2 (65). P. 159-262.

219. Frankl V. Ten theses on personality. Jekzistencial'naja tradicija: filosofija, psihologija, psihoterapija. *Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy*. 2005. num 2. P. 4-13.

220. Früchtel F., Cyprian G., Budde W. Sozialer Raum und soziale Arbeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. 2010. 176 s.

221. Fuchs R. Comparing international health care systems. PBS Newshour. 2009.

222. Garcy A.M., Berliner D.C. Acritical review of the literature on the relationship between school quality and healthine qualities. *Review of Education*. 2018. Vol. 6, No. 1. P. 40-66.

223. Gold J.M. Spirituality and self-actualization: Considerations for 21st century counselors. *Journal of Humanistic Counseling*. 2013. Vol. 52 (1). P. 223-234.

224. Gutiérrez-González M.A., Mejía-Toiber J., Montaudon-Tomas C. Leadership for the common good: Students' self-assessment in a mexican university. *Social Sciences & Humanities Open*. 2023. Vol. 8 (1).

225. Halian I., Popovych I., Charkina O., Halian A., Danko D., Zaverukha O., Haponenko L., Kryzhanovskyi O. Relationship between emotional intelligence and coping strategies in young' behavior during extreme competitive situations. *Journal of Physical Education and Sport*. 2024. Vol. 24 (issue 11). P. 1518-1527.

226. Halian I., Popovych I., Hulias I., Serbin Iy., Vyshnevska O., Kovalchuk Z., Pyslar A. Correlation between personality traits of young athletes and their level of self-efficacy. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023a. Vol. 23 (5). P. 1119-1129.

227. Halian I., Popovych I., Vovk V., Kariyev A., Poleshchuk L., Halian O. Correlation of the coach's qualities and junior athletes' self efficacy. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023b. Vol. 23 (7). P 1621-1630.

228. Hall C. Developing a competent global health promotion work force: pedagogy and practice. Caroline Hall. Research Fellow, Centre for Health Research. School of Health Sciences, University of Brighton, England, UK. July 2014. 15 p.

229. Hoian I.M., Fedyk O.V. Structural-level analysis of the experience of organization of consultative work with adolescents. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*.

К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2022. № 1 (57). Т. 1. С. 53-65.

230. Haw J.Y., King R.B. Perceived need-supportive leadership, perceived need-supportive teaching, and student engagement: A self determination perspective. *Social Psychology of Education*. 2023. Vol. 26. P. 1289-1319.

231. Heckhausen H. Will in the Humanities. Springer, Berlin, 1987.

232. Hewison J., Bryant L., Fisher J. Conveying Information about Prenatal Screening and Diagnosis / Pandya P Fetal Medicine: Basic Science and Clinical Practice, 3rd Edition. Elsevier, 2019.

233. Khraban T., Khraban I. A Psychosemantic Study of Compensation Psychological Defense Mechanism in the Novice Military Leaders. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2020. Vol. 7 (2). P. 97-106.

234. Kilborne B. When trauma strikes the soul: shame, splitting, and psychic pain. *American journal of psychoanalysis*. 1999. Vol. 59 (4). P. 385-402.

235. Komar T.V., Zavatska N.Ye., Zhigarenko I.Ye., Safonov A.Yu., Kovalenko V.O. Strategies for realizing the creative potential of youth. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62), Т. 1. С. 144-151.

236. Kovalchuk Z.Ya., Kolisnyk R.Ya., Danko D.V., Toba M.V., Tsarenok L.B., Kaskov I.O., Soroka O.M. Personal reflection and responsibility in the conditions of continuous social changes. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 131-135.

237. Kralik R. The Influence of Family and School in Shaping the Values of Children and Young People in the Theory of Free Time and Pedagogy. *Journal of Education Culture and Society*. 2023. Vol. 14 (1). P. 249-268.

238. Kurova A., Popovych I., Hrys A., Koval I., Pavliuk M., Polishchuk S., Kolly-Shamne A. Dispositional optimistic and pessimistic mental states of young athletes: gender differentiation. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023. Vol. 23 (4). P. 857-867.

239. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*. 1987. Vol. 1. P. 141-169.

240. Los O., Razumova O., Hoi N. Future Socionomic Specialists' Dispositional Self-development. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2023. № 10. P. 196-212.

241. Li Z., Liu W., Li Q. How Distributed Leadership Affects Social and Emotional Competence in Adolescents: The Chain Mediating Role of Student-Centered Instructional Practices and Teacher Self-Efficacy. *Behavioral Sciences*. 2024. Vol. 14 (2). P. 133.

242. Madge N. Families at Risk. London: Heinemann, 1993. 130 p.

243. Maslow A.H. Motivation and personality (3rd ed.). New York: Harper and Row, 1987. 395 p.

244. May R. Freedom and Destiny. Norton & Company, 1981. 288 p.

245. McClelland D.C. Human Motivation. Cambridge University Press, New York, 1987.

246. Melnyk O., Petryk O., Lysohor L., Pavlyk O., Boiaryn L., Tykhonova S. Current Approaches to Organizing the Educational Process in School: a Neuroscientific Approach. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13. P. 01-21.

247. Meredith K.S., Steele J.L., Temple C. Critical Thinking: An Advanced Method. P. IV / Prepared within the framework of the project «Reading and Writing for Critical Thinking». 1997. 55 p.

248. Miquelon P., Vallerand R.J. Goal motives, well-being, and physical health: Happiness and self-realization as psychological resources under challenge. *Motivation and Emotion*. 2006. № 30 (4). P. 259-272.

249. Moreno J.L. Sociometry, experimental method and the science of society. Beacon House, Inc. 1951. 300 p.

250. Murray M. The Murray Method: The Internationally Acclaimed approach to Becoming a Health Blanced Person. Self Published, 2012. 416 p.

251. Palagusyntes R., Shumytska H., Novosad K., Katsora O., Dzhuhan O., Danko D. Encouraging Labor Intellectualization as a Tool for Intellectual

Capital Development. *International Journal of Computer Science and Network Security.* 2022. Vol. 22, No. 11. P. 101-108.

252. Perets S., Davidovitch N., Lewin E. Israeli Students' Evaluations Regarding Leadership Education in Post-Primary Schools. *Education Sciences.* 2023. Vol. 13 (10). P. 1017.

253. Peterson C., Bossio L.M. Learned Helplessness / Self-Defeating Behaviors. The Plenum Series in Social / Curtis R.C. (eds). Clinical Psychology. Springer, Boston, M A. 1989.

254. Peterson C., Semmel A., von Baeyer C., Abramson L.T., Metalsky G.I., Seligman M.E.P. The Attributional Style Ques-tinnier. *Cognitive Therapy and Research*. 1982. Vol. 6. P. 287-300.

255. Piechka L., Voloshyn S., Muliar N., Turbar T., Boiaryn L., Vlasenko O. Neuropsychological Approach in Teaching Children in the Context of Partnership Pedagogy as a Key Component of NUS. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13. No. 1Sup1. P. 67-79.

256. Plokhikh V., Popovych I., Koval I., Stepanenko L., Nosov P., Zinchenko S., Boiaryn L., Zavatskyi V. Anticipatory Resource of Temporary Regulation of Sensorimotor Action. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13(2). P. 01-21.

257. Popovych I., Borysiuk A., Semenov O., Semenova N., Serbin I., Reznikova O. Comparative analysis of the mental state of athletes for risk-taking in team sports. *Journal of Physical Education and Sport*. 2022a. Vol. 22 (4). P. 848-857.

258. Popovych I., Danko D., Yakovleva S., Haponenko L., Shcherbyna O., Kryzhanovskyi O., Hoian I. Emotional intelligence in the structure of self-control among junior athletes. *Journal of Physical Education and Sport*. 2025. Vol. 25 (issue 2). P. 241-250.

259. Popovych I., Kryzhanovskyi O., Zavatskyi V., Tkachenko N., Hrytsuk O., Kolly-Shamne A., Danko D. Self-regulatory behavior styles of juniors in achieving winning outcomes. *Journal of Physical Education and Sport*. 2025. Vol. 25 (issue 1). P. 11-20.

260. Popovych I., Kurova A., Koval I., Kazibekova V., Maksymov M., Huzar V. Interdependence of emotionality, anxiety, aggressiveness and subjective control in handball referees before the beginning of a game: a comparative analysis. *Journal of Physical Education and Sport*. 2022b. Vol. 22 (3). P. 680-689.

261. Popovych I., Plokhikh V., Hrys A., Pavliuk M., Nosov P., Zinchenko S. Operationalization of footballers' emotional intelligence in the dimensions of motivational orientation: analysis based on the basic positions. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023. Vol. 23 (3). P. 772-781.

262. Popovych I., Savchuk O., Matusiak H., Kruglov K., Kryzhanovskyi O., Danko D., Huzar V. Self-attitudes in the structure of motivational orientation of young. *Journal of Physical Education and Sport*. 2024. Vol. 24 (issue 10). P. 1342-1351.

263. Piletska L.S., Zavatska N.Ye., Omelianiuk S.M., Blyskun O.O., Turban V.V., Voloshyn V.M. The gift of youth and its development in the conditions of a problem-genic society. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 30-40.

264. Pyliuk N. Pedagogiczne warunki kształtowania gotowości do działań prozdrowotnych w liceach przyszłych nauczycieli społecznych. *Knowledge. Education. Low. Managtmtnt. Nauka. Oświata. Prawo. Zarządzanie.* 2020. № 2 (30). P. 380-398.

265. Qibin W., Jingjing W. A Study of Student Leadership Development in the Integration of Civic and Psychological Education Based on Social Cognitive Theory. *Applied Mathematics and Nonlinear Sciences*. 2024. Vol. 9(1). P. 1–16.

266. Raievska Y., Savchuk J., Hulias I., Khokhlov A., Hoian I., Syniakova V., Soroka O., Lukashov O. Mechanism of comparison in the structure of self-efficacy in junior athletes' sporting activities. *Journal of Physical Education and Sport.* 2024. Vol. 24 (6). P. 1349-1359.

267. Rumyantseva N.L., Logvynenko O.I. Ukraine: Higher education reforms and dynamics of the institutional landscape / J. Huisman, A. Smolentseva, I. Froumin

(Eds.), 25 years of transformations of higher educa tion systems in post-soviet countries. Palgrave Macmillan, 2018. P. 407-433.

268. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Publishing, 2017.

269. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57. P. 1069-1081.

270. Ryff C.D. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69. P. 719-727.

271. Rogers C.R. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Houghton Mifflin, Boston, 1961. 420 p.

272. Rohach I.M., Danko D.V. Power and activity of the health care system of the Transcarpathian region. *The unity of science: International scientific professional periodical journal.* Vienna, Austria. № 12/2019 December - № 1/January 2020. Czech Republic – Prague, 2020. P. 100-103.

273. Rohach I., Danko D. Transcarpathia as a special geographical zone for creating an efficient health care system / Scientific basis of modern medicine: monography / Rusnak I., Kotsyubynska Yu., Zhivchenko K. International Science Group. Boston: Primedia eLaunch, 2020. P. 59-68.

274. Ross A. Behaviour Therapy. Chichester: Wiley, 1992. 192 p.

275. Rotter J.B. Generalized expectances for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr*. 1966. Vol. 80. № 1. P. 1-28.

276. Radjabova S., Ostopolets I., Mannapova K. Psychological analysis of the phenomenon of individual' social activity in foreign theories and concepts. *Науковий вісник Сіверщини. Серія: Освіта. Соціальні та поведінкові науки.* 2023. Т. 8. Вип. 2 (11). P. 269-279.

277. Rudyshyn S., Truskavetska I., Romanyuk S., Vakal A., Hnatyuk V. The role of motivation factors in education for the development of student's environmental leadership in HEIs. *Journal of Education and Learning (EduLearn)*. 2024. Vol. 18 (1). P. 1-8.

278. Sattar K., Yusoff M.S.B., Arifin W.N., Yasin M.A.M., Nor M.Z.M. Effective coping strategies utilized by medical students for mental health disorders during undergraduate medical education-a scoping review. *BMC Medical Education*. 2022. Vol. 22. P. 121.

279. Schneier F. R. Social anxiety disorder. *BMJ.* 2003. Vol. 327, № 9. P. 515-516.

280. Schoffman D. E., Turner-Mc Grievy G., Jones S.J., Wilcox S. Mobile apps for pediatric obesity prevention and treatment, healthy eating, and physical activity promotion: just fun and games? *Translational Behavioral Medicine*. 2013. No.3 (3). P. 320-325.

281. Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen, Germany: Hogrefe, 1992.

282. Schwarzer R. *Streß, Angst und Handlungsregulation*; (3rd rev. ed.). Stuttgart, Germany: Kohlhammer, 1993.

283. Seligman M. Helplessness: on depression, development, and death. San Francisco: WH. Freeman. 1975. P. 250.

284. Selye H.A. Confusion and Controversy in the Stress Field. *Journal of Human Stress.* 1975. Vol. 1. P. 37-44.

285. Shek D.T.L., Zhu X., Dou D., Tan L. Self-leadership as an attribute of service leadership: Its relationship to well-being among university students in Hong Kong. *Frontiers Psychology*. 2023. Vol. 14.

286. Shona V.Yu., Zavatska N.Ye., Omelianiuk S.M., Bilianska A.Yu., Ryndina L.V. Features of socialization i individual expectation features. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 2 (55). С. 78-84.

287. Shapurov O., Nikitenko V., Ryzhova I., Kovalova O., Falko N., Kozar Yu. Humanitarian measures to understand the problems of the physical and psychological integrity of the human personality in conditions of war. *Cuestiones Politicas*. 2022. Vol. 40, № 74. P. 673-685.

288. Singer J.B., Erbacher T.A., Poland S. Suicide in Schools: A Practitioner's Guide to Multi-level Prevention, Assessment, Intervention, and Postvention. Routledge. 2014.

289. Stein M.B., Kean Y.M. Disability and Quality of life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *American Journal Psychiatry*. 2000. Vol. 157, № 10. P. 1606-1613.

290. Shevchenko R., Kaafarani A., Aliieva T., Piletska L., Radul I., Klepar M., Popovych I. Features of the Psychoemotional State of Internally Displaced Families from the War.Zone. *Revista Inclusiones.* 2020. Vol. 7 num Especial. P. 157-169.

291. Tan K.L., Adams D. Leadership Opportunities for Students with Disabilities in Co-Curriculum Activities. *Insights International Journal and Implications. of Disability, Development and Education*. 2021. Vol. 70 (5). P. 788-802.

292. Tavrovetska N., Popovych I., Savchuk O., Piletska L., Lappo V., Abramian N., Zahrai L. Research on risk inclination of young female athletes in the dimensions of life orientations. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023. Vol. 23 (4). P. 868-877.

293. Tsarenok L.B., Marchenko A.D., Mykhaylyshyn U.B., Zavatska N.E. Individual-typological features of personality in the aspect of manifestation potential of rehabilitation and sustainability. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 3 (56). Т. 3. С. 139-146.

294. Tsybuliak N., Suchikova Y., Shevchenko L., Popova A., Kovachev S., Hurenko O. Burnout dynamic among Ukrainian academic staff during the war. *Nature Science Report*. 2023. Vol. 13. P. 17975.

295. Tkach B., Lytvynchuk L., Popovych I., Zahrai L., Piletska L. Research on the Experience of Users of Political Slogans in Ukraine. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2021. Vol. 12 (1). P. 104-117.

296. Vasylenko O., Komar T., Pavlyuk Y., Beregova N., Dzhyhun L., Ihumnova O., Havrylkevych V. Training of Future Psychologists: Providing

Sustainable Rehabilitation Services to War Victims. *European Journal of Sustainable Development*. 2024. № 13 (1). P. 249.

297. Williamson B. Algorithmic skin: health-tracking technologies, personal analytics and the bio pedagogies of digitized health and physical education. *Sport Education and Society.* 2015. No. 20 (1). P. 133-151.

298. Wolniak G.C., Chen-Bendle E.C., Tackett J.L. Exploring Gender Differences in Leadership Aspirations: A Four-Year Longitudinal Study of College Students from Adverse Backgrounds. *AERA Open*. 2023. Vol. 9.

299. Yadlovska O., Formaniuk Y., Chystovska Y., Nikolaiev L., Boiaryn L., Mateiko N. Neuropsychological Preventive Treatment of Emotional Burnout among University Students. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13 (1). P. 188-201.

300. Yakymchuk B.A., Hurtovenko N.V., Makarenko S.M., Albul S.V. & Dobrovolska N.A. The Development of Creative Thinking as a Tool of Social Adaptation of Teenagers with Behaviour Deviation. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment.* 2019. Vol. 7 (4). P. 274-281.

301. Yaremchuk N., Sirant N., Lozynska S., Zavatska N., Boiaryn L. Life tasks and value orientations of future teachers under conditions of a digital educational environment. *Amazonia Investiga*. 2024. № 13 (75). P. 156-166.

302. Zavatska N., Hoi N., Kozmenko O., Kosheleva N., Zavatskyi Y., Yaremko R. Empirical research of student leadership's content parameters. *Amazonia Investiga*. 2022. Vol. 11(51). P. 40-49.

303. Zavatska N.Ye., Smyrnova O.O., Taldonova L.O., Danko D.V., Balybina O.V., Zaporozhska V.A., Myroshnichenko A.S. Problems of managing interaction of general education institutions with higher education institutions on youth health issues. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 2. С. 55-64.

304. Zung W.W. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965. № 12. P. 63-70.