

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ГІГІЄНІЧНИХ ПРИНЦИПІВ ПРОФІЛАКТИКИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕНЬ У СТАНІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ (огляд літератури і власних досліджень)

І. В. Сергета, О. Ю. Браткова, О. А. Серебреннікова

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, Вінниця 21018, Україна

Мета дослідження: наукове обґрунтування гігієнічних принципів профілактики формування та розвитку донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів сучасних закладів середньої освіти.

Матеріали та методи. Дослідження з використанням гігієнічних, медико-соціологічних, психофізіологічних, психодіагностичних, епідеміологічних та статистичних методів проводили на базі закладів середньої освіти, де під наглядом перебували 203 дівчини і 196 юнаків віком від 15 до 17 років.

Результати. Дані проведених досліджень засвідчують, що як провідні гігієнічні принципи профілактики формування та розвитку донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я підлітків 15–17 років слід відзначити: визначення особливостей гігієнічних, житлово-побутових і соціально-економічних умов перебування дівчат і юнаків, а також чинників, що справляють негативний вплив на процеси соціально-психологічної адаптації та психічний стан учнів сучасної школи; урахування віково-статевих закономірностей формування навчально-значущих психофізіологічних функцій і особливостей особистості, що забезпечують психологічний комфорт дівчат та юнаків, які здобувають середню освіту; використання методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення відхилень у стані психічного здоров'я дівчат і юнаків пубертатного віку; запровадження комплексу заходів психогігієнічної корекції та профілактики донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я підлітків.

Висновки. В ході проведених досліджень розроблені та науково обґрунтовані гігієнічні принципи профілактики формування і розвитку донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів сучасних закладів середньої освіти.

Ключові слова: учні, заклади середньої освіти, психічне здоров'я, донозологічні зрушення, гігієнічні принципи профілактики.

Відомості про авторів

Сергета Ігор Володимирович – д. м. н., проф., завідувач кафедри загальної гігієни та екології, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, ORCID: 0000-0002-4439-3833

Браткова Ольга Юріївна – к. м. н., доцент, доцент кафедри загальної гігієни та екології, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, ORCID: 0000-0003-3968-2195

Серебреннікова Оксана Анатоліївна – к. м. н., проф., проректор з науково-педагогічної та навчальної роботи, професор кафедри психіатрії, наркології, загальної та медичної психології факультету післядипломної освіти, Вінницький національний медичний

університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, ORCID: 0000-0003-0841-9730

Для цитування: Сергета ІВ, Браткова ОЮ, Серебреннікова ОА. Наукове обґрунтування гігієнічних принципів профілактики формування та розвитку донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів сучасних закладів середньої освіти (огляд літератури і власних досліджень). Журнал Національної академії медичних наук України. 2022;28(1); 306-326. DOI: 10.37621/JNAMSU-2022-1-2.

Стаття надійшла до редакції 07.12.2021 року

Направлена на рецензування 12.05.2022 року

Прийнята до публікації 22.06.2022 року

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF HYGIENIC PRINCIPLES OF PREVENTION OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF PRENOSOLOGICAL CHANGES IN A CONDITION OF MENTAL HEALTH OF PUPILS OF MODERN INSTITUTIONS OF SECONDARY EDUCATION (review of literature and own research)

Ihor V. Serheta, Olga Yu. Bratkova, Oksana A. Serebrennikova

National Pirogov Memorial Medical University, 56 Pirogova Str., Vinnytsia 21018, Ukraine

Objective: scientific substantiation of hygienic principles of prevention of formation and development of prenosological changes in the state of mental health of pupils of modern institutions of secondary education.

Materials and methods. Research, using hygienic, medical-sociological, psychophysiological, psychodiagnostic, epidemiological, and statistical methods, was conducted on the basis of institutions of secondary education, where 203 young girls and 196 young boys aged 15 to 17 were under the supervision.

Results. The results of the conducted researches are evidenced by the fact that as leading hygienic principles of prevention of formation and development of prenosological changes in the state of mental health of pupils of 15–17 years should be noted: defining the features of hygienic, housing and socio-economic conditions of young girls and young boys, as well as factors, that have a negative impact on the processes of socio-psychological adaptation and the mental state of pupils of modern school; taking into account the centuries of the formation of educational and significant psychophysiological functions and personal features, providing psychological comfort of young girls and young boys, who are secondary education; use of the methodology of the screen assessment of the degree of risk of deviations in the state of mental health of young girls and young boys of puberty age; introduction of a set of measures of psychohygienic correction and prevention of prenosological changes in a state of mental health of adolescents.

Conclusions. During the conducted research developed and scientifically substantiated hygienic principles of prevention of prenosological changes in the state of mental health of pupils of modern institutions of secondary education.

Keywords: pupils, secondary education institutions, mental health, prenosological changes, hygienic principles of prevention.

Information about author

Ihor V. Serheta – Dr. Sci. (Medicine), Prof., Head of Department of General Hygiene and Ecology, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine, ORCID: 0000-0002-4439-3833

Olga Yu. Bratkova – Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor, Associate Professor of Department of General Hygiene and Ecology, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine, ORCID: 0000-0003-3968-2195

Oksana A. Serebrennikova – Cand. Sci. (Medicine), Prof., Vice Rector for scientific pedagogical and educational work, Professor of Department of Psychiatry, Narcology, General and Medical Psychology of the Faculty of Postgraduate Education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine, ORCID: 0000-0003-0841-9730

For citation: Serheta IV, Bratkova OYu, Serebrennikova OA Scientific substantiation of hygienic principles of prevention of formation and development of prenosological changes in a state of mental health of pupils of modern institutions of secondary education (review of literature and own research). *Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine*. 2022; 306-326. DOI: 10.37621/JNAMSU-2022 -1-2.

The article was received on 07.12.2021

For review, 12.05.2022

Accepted for publication on 22.05.2022

Ihor V. Serheta

ORCID: 0000-0002-4439-3833

serheta@vnmue.edu.ua

ВСТУП

Несприятливе економічне становище та деструктивний вплив епохи соціальних змін на тлі суттєвих зрушень у структурі здобуття середньої освіти, котрі відбуваються у теперішній час, поява нових форм організації навчального процесу, які не в повній мірі враховують існуючі гігієнічні вимоги, а також неухильне зростання ступеня інформаційного навантаження на організм здобувачів освіти справляють виражений негативний вплив на функціональні можливості і адаптаційні ресурси організму та стан здоров'я дітей і підлітків як однієї з найбільш вразливих категорій населення [1–9].

У цьому контексті слід відзначити, що підлітковий вік завжди вважався сенситивним та критичним – саме в цьому віці людина стає найбільш вірогідним претендентом до включення у коло осіб з високим ризиком формування психічної патології [10–14]. Дійсно, кризові явища, властиві для пубертатного періоду, являють собою чітко окреслені передумови розвитку невротичних станів, психосоматичних розладів, особистісних і поведінкових зрушень. Слід підкреслити і той факт, що психічні розлади, які реєструються впродовж підліткового періоду життя, є суттєвими прогностичними критеріями виникнення психічної патології у дорослому віці [15–17].

Матеріали цілого ряду конференцій ВООЗ з проблем охорони психічного здоров'я (ПЗ) чітко вказують на те, що протягом останніх десятиліть загальна розповсюдженість психічних захворювань у світі зросла майже в 30 разів, а в структурі загальної захворюваності, як в Україні, так і в інших країнах світу, серед підліткового населення все більшу й більшу частку займають психічні розлади [2, 7–9, 18–20]. Разом з тим (і цей факт має бути підкреслений окремо!) домінуюче положення в структурі патологічних змін у стані ПЗ дітей і підлітків переважно займають психічні зрушення донозологічного змісту, котрі являють собою цілий ряд проміжних між нормою і патологією якісно різних за своєю природою психопатологічних та психоневрологічних феноменів [3, 21, 22].

За даними сучасної наукової літератури [10, 23–28], близько 20 % дітей, котрі вступають до школи, мають різноманітні донозологічні порушення з боку психічного стану, характерними рисами яких є як виснаження та зрив адаптаційно-компенсаторних механізмів організму, так і поява клінічно-окреслених ознак соціальної та психічної дезадаптації. Натомість наприкінці періоду навчання в сучасній школі кількість таких дітей збільшується до 60–70 %.

Отже, в умовах реформування системи надання медичної допомоги, в тому числі й психологічного та психіатричного змісту, поглибленого вивчення потребують проблеми удосконалення проведення первинної і вторинної профілактики, а також корекції та прогностичної оцінки донозологічних зрушень з боку різних органів і систем організму, причому особливої уваги заслуговує стан ПЗ населення і, передусім, дітей і підлітків. Надзвичайно важливим є адекватне розв'язання проблем, що полягають у встановленні ефективних засобів втручання у патологічний процес на донозологічному етапі, які натеper відсутні, своєчасному визначенні моменту переходу передпатологічних станів безпосередньо у хворобу, розробленні зручних і адекватних у використанні працівниками системи охорони здоров'я сучасних технологій діагностики та профілактики донозологічних зрушень у стані ПЗ тощо.

Зрештою, потрібно відзначити і той факт, що впродовж останніх років серед підліткової групи населення відбулися значні зміни в стані ПЗ [15, 22, 29–32]. У цьому контексті слід підкреслити, що порушення у сфері ПЗ істотним чином позначаються на різноманітних показниках благополуччя як окремих громадян, так і всієї країни загалом. Тому ще одним першочерговим питанням, котре потребує вирішення, є усвідомлення і державними структурами, і громадськістю пріоритетності проблеми охорони ПЗ прийдешнього покоління [1, 6, 21, 33–37].

Саме тому метою наукового дослідження стало наукове обґрунтування гігієнічних принципів профілактики формування та розвитку донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів сучасних закладів середньої освіти.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводились на базі ряду закладів середньої освіти м. Вінниці, де під наглядом протягом періоду спостережень знаходилося 399 учнів (203 дівчини і 196 юнаків), які перебували у віці 15–17 років, та цілком задовольняли основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, відповідним положенням ВООЗ та МОЗ України, а також етичним стандартам, встановленим Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Санітарно-гігієнічні особливості перебування (освітлення, температурно-вологісний режим, ефективність вентиляції тощо) дівчат і юнаків як у закладах освіти, так і в домашніх умовах оцінювали на підставі використання загальноприйнятих у гігієнічній практиці методик. Оцінку особливостей житлово-побутових і соціальних умов життя, організації навчальної і позанавчальної діяльності, взаємовідносин в родині, рівня матеріального забезпечення в сім'ях підлітків, дотримання режиму дня та режиму рухової активності, характеру навчання у школі, рівня навчальної адаптації та поширення шкідливих звичок проводили на підставі анкетування та персоніфікованого інтерв'ювання.

Для вивчення особливостей стану здоров'я і адаптаційних можливостей організму школярів визначали показники захворюваності з тимчасової втратою працездатності та хронічної захворюваності, структурні особливості їх поширення, особливості розповсюдження різновекторних донозологічних психічних зрушень, проводилась суб'єктивна оцінка підлітками стану власного здоров'я тощо.

Функціональні особливості вищої нервової діяльності (ВНД) вивчали шляхом визначення величин латентних періодів простої (ЛП ПЗМР) і диференційованої (ЛП ДЗМР) зорово-моторної реакції, показників рухливості (РПН) і врівноваженості (ВНП) нервових процесів із застосуванням методики хронорефлексометрії, стійкість уваги та характеристики розумової працездатності оцінювали за допомогою таблиць Шульте, функціональні особливості зорової сенсорної системи і соматосенсорного аналізатора досліджували на підставі оцінки показників критичної частоти злиття світлових миготінь (КЧСМ) з використанням методики “Світлотест” та координації рухів (КР) із застосуванням тренометрії.

Критеріальні характеристики темпераменту визначали на підставі використання

опитувальника Айзенка, показники ситуативної (СТ) і особистісної (ОТ) тривожності – із застосуванням опитувальника Спілбергера, особливості шкільної тривожності (ШТ) – за допомогою опитувальника Філіпса, властивості характеру – шляхом використання опитувальників Mini-mult і Шмішека. Оцінку рівня суб'єктивного контролю (РСК) здійснювали на підставі застосування опитувальника Роттера, визначення агресивних проявів особистості – за допомогою опитувальника Басса і Дарки, оцінку соціально-психологічної адаптації (СПА) – із застосуванням методики Роджерса і Даймонда, визначення рівня емоційного вигоряння (ЕВ) – за допомогою методики Бойка, оцінку ступеня вираження депресивного та астенічного станів проводили за даними психометричної шкали Цунга і опитувальника Малкової.

Одержані результати підлягали поглибленому статистичному опрацюванню з використанням стандартного пакету прикладних програм багатовимірною статистичного аналізу “Statistica 6.1” (ліцензійний № BXXR901E245722FA). Визначення прогностичних критеріїв оцінки донозологічних порушень ПЗ підлітків здійснювали на підставі побудови статистичних моделей з використанням процедур кореляційного, кластерного та факторного аналізу. Розроблення методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані ПЗ дівчат і юнаків зумовлювало необхідність застосування методик групової експертизи з наступним ранжуванням та попарного порівняння.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Отримані дані переконливо підкреслюють той факт, що рівень поширення різноманітних донозологічних зрушень у стані ПЗ серед сучасних підлітків є високим та вирізняється доволі значним розмаїттям їх клінічно-окреслених ознак і проявів: ранні дисфункціональні стани невротичного, соматовегетативного та психопатологічного характеру, субпорогові психічні і поведінкові розлади, відхилення від середньостатистичної популяційної норми тощо. Разом з тим одержані під час проведених досліджень результати переконливо засвідчують, що до числа основних **гігієнічних принципів профілактики формування та розвитку донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків 15–17 років** слід віднести:

- (1) визначення особливостей гігієнічних, житлово-побутових і соціально-економічних умов перебування дівчат і юнаків, а також чинників, що справляють негативний вплив на процеси соціально-психологічної адаптації та психічний стан учнів сучасної школи;
- (2) урахування віково-статевих закономірностей формування навчально-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, що забезпечують психологічний комфорт дівчат і юнаків, які здобувають середню освіту;
- (3) використання методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення відхилень у стані ПЗ дівчат і юнаків пубертатного віку;
- (4) запровадження комплексу заходів психогігієнічної корекції та профілактики донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків.

(1) Визначення особливостей гігієнічних, житлово-побутових і соціально-економічних умов перебування дівчат і юнаків, а також чинників, що справляють негативний вплив на процеси соціально-психологічної адаптації та психічний стан учнів сучасної школи

Процеси формування донозологічних зрушень, що відбуваються, передусім, залежать від впливу ряду таких факторів, як житлово-побутові і соціальні умови життя, чинники внутрішньошкільного середовища, внутрішньородинні взаємовідносини, рівень навчальної адаптації [38–51]. Дані оцінки житлово-побутових умов та внутрішньошкільних аспектів організації життєдіяльності учнів 15–17 років, отримані в ході проведених досліджень, надали можливість зробити висновок про переважно сприятливі умови постійного перебування дівчат і юнаків, які навчались у старших класах сучасної школи. Водночас

звертала на себе увагу тенденція до поступового, проте неухильного, зниження у віковому аспекті частки дружніх внутрішньосімейних відносин: серед 15-річних дівчат її величина становила 58,0 %, серед 16-річних – вже 44,2 %, серед 17-річних – 35,8 %. Серед юнаків аналогічні значення складали 60,8 %, 38,0 % і 36,7 % відповідно. Натомість частка показників, які характеризували напружені внутрішньосімейні відносини з частими сварками, протягом досліджуваного вікового діапазону у дівчат збільшувалась з 4,0 % до 11,3 %, у юнаків – з 3,9 % до 12,2 %. Матеріальне забезпечення переважної більшості сімей досліджуваних учнів виявилось задовільним, однак, спостерігалась тенденція до зростання з віком серед підлітків намагань поліпшити матеріальне становище завдяки здійсненню додаткових видів робіт, які оплачуються, у позанавчальний час, що підвищує рівень психоемоційного напруження, зумовлює появу явищ перевтоми та являє собою додатковий чинник ризику щодо виникнення відхилень у стані ПЗ – питома вага школярів, які регулярно “підробляли” протягом часу навчання у старших класах зростала в 1,73 рази серед дівчат та в 2,27 разів серед юнаків.

В ході вивчення особливостей режиму повсякденної діяльності дівчат і юнаків були виявлені суттєві відхилення характеру її організації від загальноприйнятих гігієнічних нормативів. Так, тривалість нічного сну, що складала понад 8 годин, була зареєстрована лише серед 29,4 % 15-річних дівчат, 13,2 % – 16-річних і 9,4 % – 17-річних дівчат та серед 34,7 % 15-річних юнаків, 10,0 % – 16-річних і 14,0 % – 17-річних. Таким чином, з віком питома вага показників тривалості нічного сну, що вважається гігієнічно обґрунтованою, значною мірою знижувалась. Більшості учнів було притаманне ігнорування занять ранковою гімнастикою та процедур загартовування. Зовсім не включали до розпорядку власного режиму дня ранкову гімнастику від 40,4 % дівчат у віці 15 років до 53,8 % дівчат у віці 17 років та від 30,0 % юнаків у віці 15 років до 44,0 % юнаків у віці 17 років. Ніколи не застосовували як елемент режиму своєї повсякденної діяльності процедури загартовування від 58,0 % дівчат у віці 16 років до 73,6 % дівчат у віці 17 років та від 44,0 % юнаків у віці 15 років до 65,3 % юнаків у віці 17 років, тобто в обох випадках спостерігались негативні за змістом тенденції.

Час навчальної діяльності в умовах закладів освіти суттєво перевищував науково-обґрунтовані нормативні параметри максимально-допустимої тривалості денного перебування учнів у школі. Так, більше 6 годин на день навчання безпосередньо у закладі освіти приділяли від 92,3 % до 98,0 % дівчат та від 87,8 % до 94,0 % юнаків. Переважною тривалістю часу перебування на свіжому повітрі слід було вважати час у межах менше 1 години – саме таким він був серед 48,1 % дівчат і 48,0 % юнаків у віці 15 років, серед 44,2 % дівчат і 34,0 % юнаків у віці 16 років та серед 45,3 % дівчат і 40,0 % юнаків у віці 17 років. Значну частину часу, що відводився позанавчальній діяльності, підлітки присвячували роботі з різноманітними гаджетами або перегляду телепередач. Менше 1 години, що відповідає гігієнічним нормативам, на зазначений вид діяльності впродовж робочого дня витрачали тільки 13,5 % дівчат і 13,7 % юнаків у віці 15 років, 17,0 % дівчат і 22,4 % юнаків у віці 16 років та 28,3 % дівчат і 24,0 % юнаків у віці 17 років.

Надзвичайно важливим компонентом режиму повсякденної діяльності і незаперечним здоров'ятвірним чинником є рівень рухової активності. В ході проведених досліджень встановлено, що в середньому серед 65–80 % досліджуваних дівчат та серед 75–85 % досліджуваних юнаків рівень рухової активності не досягав меж гігієнічно-обґрунтованої норми, що не може не позначатися негативно на стані здоров'я учнів, причому як на соматичному, так і на психічному його компонентах.

Під час здійснення оцінки рівня навчально-значущої адаптації учнів до умов перебування в закладах середньої освіти отримані такі результати: як дуже напружений характер шкільного навчання визначали 5,9 % і 20,4 % дівчат і юнаків у віці 15 років, 7,5 % і 16,3 % дівчат і юнаків у віці 16 років та 7,7 % і 12,0 % дівчат і юнаків у віці 17 років; як напружений – відповідно 35,3 % і 22,4 % 15-річних дівчат і юнаків, 43,4 % і 40,8 % 16-річних дівчат і юнаків та 28,8 % і 32,0 % 17-річних дівчат і юнаків.

Рівень нервово-емоційного напруження в ході здійснення звичної навчальної діяльності переважно мав помірний ступінь вираження. Саме таким його вважали 67,3 % і 46,9 % дівчат і юнаків у віці 15 років, 54,7 % і 54,0 % дівчат і юнаків у віці 16 років та 43,1 % і 46,9 % дівчат і юнаків у віці 17 років.

Загалом, оцінюючи рівень навчальної адаптації, слід було відзначити, що вкрай незадовільним його визначали лише 6,0 % 15-річних юнаків, 2,1 % 16-річних юнаків та 1,9 % і 2,0 % 17-річних дівчат і юнаків, незадовільним – відповідно 10,2 % і 12,0 % дівчат і юнаків у віці 15 років, 2,0 % дівчат у віці 16 років та 5,8 % і 6,1 % дівчат і юнаків у віці 17 років.

Таке становище переконливо засвідчувало той факт, що до числа основних гігієнічних принципів профілактики формування та розвитку дозозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків 15–17 років, в обов'язковому порядку, слід віднести визначення особливостей гігієнічних, житлово-побутових і соціально-економічних умов перебування дівчат і юнаків, а також чинників, що справляють негативний вплив на процеси СПА та психічний стан учнів сучасної школи.

(2) Урахування віково-статевих закономірностей формування навчально-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, що забезпечують психологічний комфорт дівчат і юнаків, які здобувають середню освіту.

Під час дослідження особливостей розвитку та встановлення закономірностей формування психофізіологічних функцій організму підлітків звертає на себе увагу певна суперечливість віково-статевих змін, яка реєструється [4, 38, 52–61]. В ході наших досліджень встановлено, що протягом часу навчання в старших класах сучасної школи величини ЛП ПЗМР та ЛП ДЗМР зростали відповідно з $(141,96 \pm 4,46)$ до $(153,41 \pm 5,67)$ мс ($p > 0,05$); і з $(167,66 \pm 3,38)$ до $(183,34 \pm 4,95)$ мс ($p > 0,05$) у дівчат та з $(144,81 \pm 3,13)$ до $(145,61 \pm 3,18)$ мс ($p > 0,05$) і з $(154,00 \pm 3,07)$ до $(159,20 \pm 3,61)$ мс ($p < 0,001$) – у юнаків. Водночас найменші за ступенем вираження і, таким чином, найкращі з соціально- та навчально-значущої точок зору показники ($p < 0,05$) і серед дівчат, і серед юнаків спостерігалися у віці 15 років, найгірші – у віці 16 років: ЛП ПЗМР складав відповідно $(161,04 \pm 3,76)$ мс серед дівчат і $(163,28 \pm 5,25)$ мс серед юнаків; ЛП ДЗМР – $(192,63 \pm 4,39)$ мс серед дівчат і $(194,02 \pm 4,43)$ мс серед юнаків. Величини, які реєструвалися серед 17-річних підлітків, натомість, займали проміжне положення і відзначали появу певної стабілізації природних процесів змін з боку характеристик швидкості умовної сенсомоторної реакції, що визначалася.

На відміну від тенденцій, властивих для попередніх випадків, показники, які визначали рівень ВВП на підставі оцінки характеристик реакції на об'єкт, що рухається, мали виразні статево-зумовлені особливості. Так, якщо серед дівчат впродовж вікового періоду з 15 до 17 років значення помилки під час її визначення зростали з $(27,16 \pm 1,49)$ мс до $(30,90 \pm 1,9)$ мс ($p > 0,05$), то серед юнаків подібні процеси мали зворотний характер – величини реакції на об'єкт, що рухається, у віці 15 років становили $(28,10 \pm 1,70)$ мс, у віці 16 років – $(23,16 \pm 1,40)$ мс ($p < 0,05$), у віці 17 років – $(24,03 \pm 1,37)$ мс ($p > 0,05$).

Під час здійснення оцінки показників, які визначали особливості ефективності праці на підставі використання таблиць Шульте, слід відмітити наявність тенденцій щодо зменшення їх значень з $(38,62 \pm 0,95)$ с до $(31,01 \pm 0,57)$ с ($p < 0,001$) серед дівчат та з $(39,70 \pm 0,72)$ с до $(29,08 \pm 0,85)$ с ($p < 0,001$) серед юнаків.

Дані оцінки координативних здібностей засвідчували, що їхні провідні просторові кореляти погіршувалися з $6,05 \pm 0,29$ до $6,98 \pm 0,32$ ($p < 0,05$) у дівчат та з $7,60 \pm 0,36$ до $9,31 \pm 3,04$ ($p > 0,05$) – у юнаків, разом з тим, провідні часові кореляти, навпаки, поліпшувались з $14,86 \pm 0,33$ до $12,59 \pm 0,71$ с ($p < 0,01$) у дівчат та з $16,35 \pm 0,41$ до $10,36 \pm 0,46$ с ($p < 0,001$) – у юнаків.

Невід'ємним компонентом дослідження стану ПЗ підлітків є вивчення особливостей особистості, які являють собою своєрідний індикатор перебігу процесів психічної адаптації [1, 3, 6, 12, 20, 24, 34, 41, 56, 58, 65, 68]. Так, встановлено, що серед дівчат найвищий рівень невротичних проявів темпераментологічного походження, який досягав $14,37 \pm 0,63$ балів ($p > 0,05$), спостерігався у віці 17 років, серед юнаків – у віці 15 років, коли його значення сягали $11,96 \pm 0,77$ балів ($p > 0,05$). Особливу увагу звертали на себе статево-значущі відмінності досліджуваних показників – протягом усього вікового діапазону рівень нейротизму серед дівчат переважав аналогічні показники, властиві для юнаків. Однак, якщо у віці 15 років відмінності мали характер наявності певних тенденцій ($p > 0,05$), то, вже починаючи з 16 років і, тим більше, у віці 17 років, виявлені розбіжності набували статистично-значущого змісту ($p < 0,01$).

Під час оцінки ступеня вираження тривожнісних проявів встановлено, що дівчата в порівнянні з юнаками мали вищі рівні як СТ, так і ОТ (табл. 1). Крім того, у віковому аспекті слід було відзначити наявність тенденції до зниження рівнів тривожності серед юнаків та незначне зниження рівнів тривожності серед дівчат в 16-річному віці з подальшим суттєвим його збільшенням у віці 17 років.

ТАБЛИЦЯ 1 / TABLE 1
ВЛАСТИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ УЧНІВ ЗА ДАНИМИ ОСОБИСТІСНОГО
ОПИТУВАЛЬНИКА СПІЛБЕРГЕРА В ДИНАМІЦІ НАВЧАННЯ, БАЛИ / PROPERTIES
OF PUPILS' ANXIETY ACCORDING TO THE SPIELBERGER'S PERSONAL
QUESTIONNAIRE IN THE DYNAMICS OF LEARNING, SCORES

Властивості тривожності / Properties of anxiety	Групи учнів / Groups of pupils					$p_{д-ю} / p_{yg-ym}$
	вік, роки / age, years	дівчата / young women		юнаки / young men		
		n	M ± m	n	M ± m	
Ситуаційна тривожність / State anxiety	15	52	45,03 ± 1,24	51	42,66 ± 1,04	> 0,05
	16	53	41,60 ± 0,94	50	42,46 ± 1,16	> 0,05
	17	53	43,69 ± 1,14	50	40,00 ± 1,03	< 0,05
	p_{15-16}	< 0,05		> 0,05		
	p_{16-17}	> 0,05		> 0,05		
	p_{15-17}	> 0,05		> 0,05		
Особистісна тривожність / Trait anxiety	15	52	42,71 ± 1,19	51	40,43 ± 1,25	> 0,05
	16	53	42,30 ± 1,05	50	39,08 ± 1,20	< 0,05
	17	53	44,45 ± 1,29	50	39,74 ± 1,29	< 0,01
	p_{15-16}	> 0,05		> 0,05		
	p_{16-17}	> 0,05		> 0,05		
	p_{15-17}	> 0,05		> 0,05		

Для більш глибокої деталізації особливостей поширення в учнівському середовищі тривожнісних проявів суто шкільного генезу був використаний особистісний опитувальник Філіпса. Виявлено, що рівень загальної ШТ, який визначав особливості загального емоційного стану учнів, пов'язаного з навчальною діяльністю, серед 15-річних дівчат і юнаків досягав найвищих величин – відповідно $8,07 \pm 0,69$ балів та $8,24 \pm 0,60$ балів, серед 16-річних дівчат і юнаків знижувався – відповідно до $6,83 \pm 0,62$ балів ($p > 0,05$) та $7,32 \pm 0,58$ балів ($p > 0,05$), згодом зростаючи до $7,88 \pm 0,70$ балів ($p > 0,05$) в першому випадку та знижуючись до $7,22 \pm 0,65$ балів ($p > 0,05$) – у другому. Натомість найбільш негативні за своїм змістом результати були отримані під час дослідження таких складових ШТ, як рівень фізіологічної опірності стресу, переживання соціального стресу і страх самовираження.

В ході досліджень, проведених з використанням особистісного опитувальника Роттера, визначено, що РСК учнів за інтегральною шкалою загальної інтернальності був

незначним і, отже, засвідчував наявність ознак недостатнього рівня контролю над будь-якими значущими для них ситуаціями внаслідок впевненості підлітків в тому, що переважна більшість подій є прямим результатом впливу або оточуючих людей, або дії випадкових явищ. Так, ступінь вираження інтернального (позитивного за своїм змістом) типу реагування серед дівчат зменшувався з віком з $4,55 \pm 0,23$ стенів у віці 15 років до $4,03 \pm 0,22$ стенів ($p > 0,05$) у віці 17 років. Натомість серед юнаків рівень досліджуваних показників, складаючи $3,33 \pm 0,17$ стенів у віці 15 років, спочатку зростав до $4,02 \pm 0,21$ стенів ($p < 0,05$) у віці 16 років та згодом знижувався до $3,60 \pm 0,20$ стенів ($p > 0,05$) у віці 17 років. У структурі розподілу підлітків, що відрізнялись наявністю екстернальної або інтернальної спрямованості у сфері суб'єктивного контролю за здійсненням звичних завдань під час виконання повсякденної діяльності, також суттєво переважала питома вага учнів з вираженою екстернальною спрямованістю. Так, серед 15-річних дівчат їх питома вага становила 71,2 %, серед 16-річних дівчат – 83,0 %, серед 17-річних дівчат – 81,1 %, серед 15-річних юнаків – 94,1 %, серед 16-річних юнаків – 83,7 %, серед 17-річних юнаків – 88,0 % відповідно.

У структурі особливостей особистості досліджуваних осіб визначені достатньо високі рівні агресивності і ЕВ, найбільш виражені показники яких реєструвались серед школярів старших і, передусім, випускних класів, що, насамперед, обумовлено суттєвим розумовим та емоційним навантаженням учнів у період, пов'язаний із закінченням шкільного навчання та необхідністю адекватного вибору майбутньої професії.

Так, під час проведення оцінки ступеня вираження агресивних проявів особистості підлітків, загальний рівень якої був достатньо високим, визначено, що рівні агресії виявилися вищими серед дівчат у порівнянні з юнаками за всіма шкалами, крім шкали фізичної агресії.

В той же час у ході здійснення оцінки ступеня вираження показників ЕВ, який є показником емоційної нестійкості та схильності до розвитку достатньо різних за своїм змістом зрушень з боку характеристик психічної сфери, було визначено, що загалом рівень ЕВ виявився найбільшим серед юнаків у віці 15 та 17 років (відповідно – $164,65 \pm 7,57$ і $151,34 \pm 9,01$ балів, $p > 0,05$) в порівнянні з юнаками у віці 16 років ($147,54 \pm 8,81$ балів, $p > 0,05$). У дівчат показники були значно меншими, однак, у віковому відношенні зберігалася аналогічна тенденція, як і у юнаків, і, отже, рівень ЕВ був найнижчим серед дівчат у віці 16 років порівняно з дівчатами у віці 15 та 17 років (відповідно – $125,55 \pm 7,48$ ($p < 0,05$), $149,33 \pm 7,83$ та $148,01 \pm 6,97$ балів ($p > 0,05$)). Загалом найбільший рівень ЕВ реєструвався серед учнів, які перебували у віці 15 і 17 років. Серед дівчат у зіставленні з юнаками показники були суттєво меншими ($p < 0,05$ – $0,01$). Із трьох провідних компонентів ЕВ, які визначались, найвищим у підлітків, був рівень резистентності, що відповідав другій фазі формування синдрому ЕВ та засвідчував розвиток природного опору організму емоційному навантаженню. Загалом же у всіх групах порівняння синдром ЕВ переважно знаходився на стадії формування. Саме такі дані були властиві для 34,6 % дівчат і 35,3 % юнаків у віці 15 років, 33,9 % дівчат і у 42,0 % юнаків у віці 16 років та для 58,5 % дівчат і 32,0 % юнаків у віці 17 років. Разом з тим сформованим синдром виявився серед 32,7 % дівчат і 45,1 % юнаків у віці 15 років, серед 18,9 % дівчат і 28,0 % юнаків у віці 16 років та серед 22,6 % дівчат і 38,0 % юнаків у віці 17 років (рис. 1).

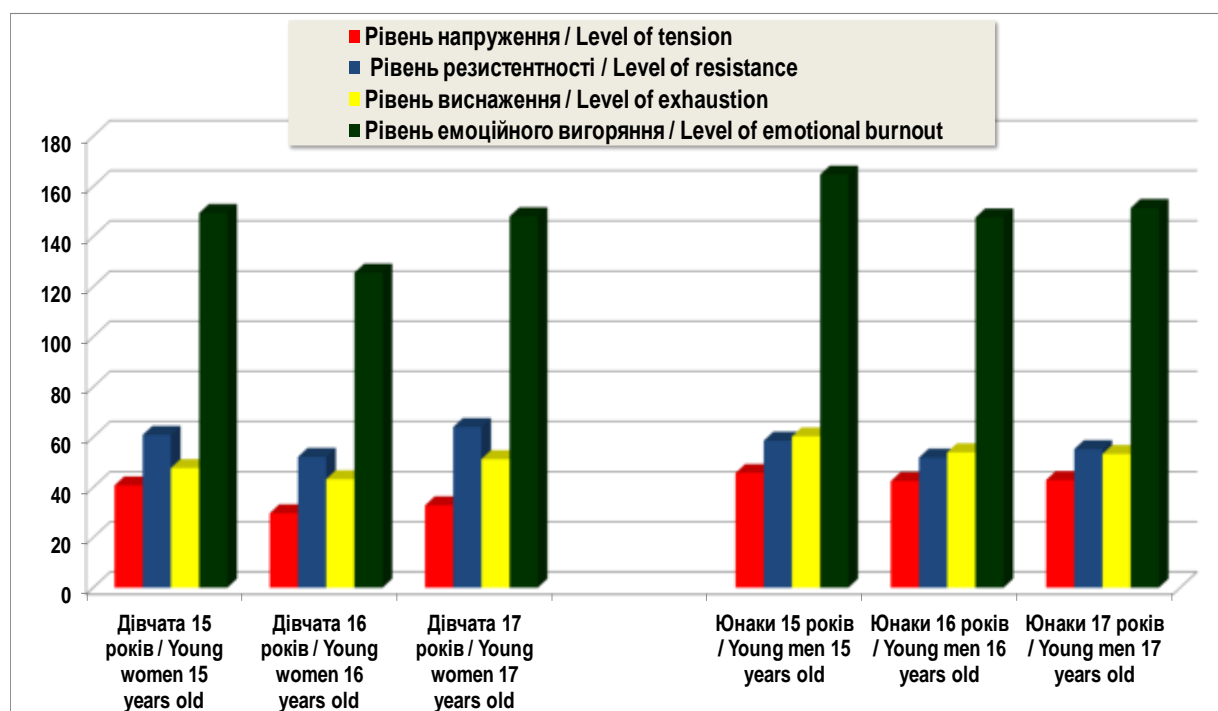


Рис. 1. Особливості показників емоційного вигорання учнів 15–17 років за даними особистісного опитувальника Бойка /

Fig. 1. Peculiarities of indicators of emotional burnout of pupils aged 15–17 according to Boyko's personal questionnaire

У ході визначення ступеня поширення в учнівському середовищі депресивних проявів виявлено, що впродовж часу спостережень їх рівень зменшувався як серед дівчат, так і серед юнаків, лише дещо підвищуючись у віці 17 років, причому серед представниць жіночої статі його величини були достовірно вищими протягом кожного з досліджуваних вікових періодів ($p < 0,05-0,01$) (табл. 2).

Впродовж періоду спостережень як серед дівчат, так і серед юнаків спостерігалось і зростання рівня показників, що визначали рівень розвитку характеристик астеничного стану. Причому і в цьому випадку ступінь вираження розвитку астеничних проявів серед дівчат був значно вищим порівняно з юнаками ($p < 0,05$).

ТАБЛИЦЯ 2 / TABLE 2

ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ДЕПРЕСИВНОГО І АСТЕНИЧНОГО СТАНІВ УЧНІВ ЗА ДАНИМИ ПСИХОМЕТРИЧНОЇ ШКАЛИ ЦУНГА ТА ОСОБИСТІСНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА МАЛКОВОЇ В ДИНАМІЦІ НАВЧАННЯ, БАЛИ / FEATURES OF EXPRESSION OF INDICATORS OF DEPRESSIVE AND ASTHENIC STATES OF PUPILS ACCORDING TO THE PSYCHOMETRIC SCALE OF ZUNG AND MALKOVA'S PERSONAL QUESTIONNAIRE IN THE DYNAMICS OF LEARNING, SCORES

Показники / Indicators	Групи учнів / Groups of pupils					$p_{д-ю} / p_{уг-ум}$
	вік, роки / age, years	дівчата / young women		юнаки / young men		
		n	M ± m	n	n	
Рівень вираження депресивного стану / The level of expression of depression	15	52	41,03 ± 1,02	51	37,56 ± 0,81	< 0,01
	16	53	39,58 ± 0,85	50	36,76 ± 1,16	< 0,05
	17	53	40,94 ± 0,93	50	36,86 ± 1,06	< 0,01
	p_{15-16}	> 0,05		> 0,05		
	p_{16-17}	> 0,05		> 0,05		

condition	p_{15-17}	> 0,05		> 0,05		
Рівень вираження астенічного стану / The level of expression of asthenic condition	15	52	$46,67 \pm 1,44$	51	$44,09 \pm 1,48$	> 0,05
	16	53	$45,52 \pm 1,53$	50	$42,58 \pm 1,84$	> 0,05
	17	53	$50,84 \pm 1,94$	50	$45,66 \pm 1,73$	< 0,05
	p_{15-16}	> 0,05		> 0,05		
	p_{16-17}	< 0,05		> 0,05		
	p_{15-17}	> 0,05		> 0,05		

Отже, урахування віково-статевих закономірностей формування навчально-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, що забезпечують навчальну адаптацію та психологічний комфорт дівчат і юнаків, які здобувають середню освіту, також слід віднести до числа основних гігієнічних принципів профілактики донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків 15–17 років.

(3) Використання методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення відхилень у стані психічного здоров'я дівчат і юнаків пубертатного віку

Оцінюючи на основі процедур кореляційного аналізу особливості взаємозв'язків критеріальних ознак стану ПЗ учнів та цілої низки показників, які визначались, слід відзначити, що найбільш значущий зв'язок з їх провідними характеристиками серед дівчат і юнаків, які перебували у віці 15–17 років та навчалися у старших класах сучасних закладів освіти, мали показники щодо рівня особливостей характеру навчання у школі та рівня нервово-емоційного напруження під час виконання повсякденної навчальної діяльності, загальної оцінки житлово-побутових умов, кількості захворювань з тимчасовою втратою працездатності, особливостей взаємовідносин в родині та поширення шкідливих звичок, а також рівня нейротизму, СТ і ОТ, провідні складові ШТ, окремі характерологічні властивості, рівень ЕВ та РСК, СПА тощо.

В ході проведених досліджень на підставі здійснення процедур кластерного аналізу як серед дівчат, так і серед юнаків незалежно від вікових особливостей було виділено 7 основних кластерних угруповань (фактично прогностичних критеріїв і точок прикладання засобів психогігієнічного впливу на процеси формування донозологічних відхилень у стані ПЗ підлітків 15–17 років, що розроблялися) з практично ідентичним змістовним наповненням, а саме: психофізіологічний адаптаційний, соціально-психологічний адаптаційний, тривожнісно-характерологічний, емоційно-значущий, агресивно-значущий, акцентуйовано-характерологічний та інтегративно-адаптаційний кластери.

За даними використання процедур факторного аналізу, серед дівчат найбільш вагомий вплив на перебіг процесів формування імовірних зрушень у стані ПЗ справляли фактори, що виступають як індивідуальні фактори ризику, а саме: особливості психічного стану та СПА, особливості психофізіологічної адаптації, особливості ШТ та адаптаційних ресурсів організму, властивості темпераменту і характеру, особливості навчальної і позанавчальної діяльності та способу життя. Натомість серед юнаків до числа провідних індивідуальних факторів ризику необхідно було віднести такі фактори: особливості СПА, особливості психофізіологічної адаптації, особливості ШТ та ЕВ, властивості характеру, особливості навчальної і позанавчальної діяльності та способу життя.

В ході проведених багатовекторних досліджень науково обґрунтована методика скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків. Її прикладна інтерпретація передбачає визначення психодіагностичних показників шляхом використання особистісних опитувальників, оцінку отриманих даних у балах відповідно до розроблених шкал і розрахунок інтегральних показників оцінки особливостей психічного стану та динамічних змін у стані ПЗ, на основі яких обстежену особу слід віднести до складу окремої групи з різним ступенем ризику виникнення донозологічних відхилень у стані ПЗ та обґрунтувати висновок щодо характеру змін несприятливого змісту з

боку провідних корелят ПЗ, які реєструються в динаміці певного відрізка часу.

Методика скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані ПЗ учнів шкільного віку передбачає проведення розрахунку окремого інтегрального показника, що визначає як якісні, так і кількісні його динамічні зміни у часі, а також ступінь ризику виникнення донозологічних зрушень з боку провідних ознак психічного стану учнівської молоді. Важливою її ознакою є той факт, що запропонована методика надає можливість визначити рівень ПЗ окремої особи, дозволяє об'єктивно оцінити його динамічні зрушення, обумовлені дією різноманітних чинників навколишнього середовища та соціальних умов життя, і, отже, своєчасно звернути увагу на появу найперших, вихідних за своїм змістом, зрушень у стані ПЗ, котрі мають донозологічний характер та є передвісниками формування психічної дезадаптації.

Визначальною ознакою запропонованої методики є її вагома ефективність щодо визначення доцільності використання заходів психогігієнічної корекції наявних відхилень у психічному стані, які виникають на рівні передзахворювання та мають бути усунені завдяки ранній діагностиці. Не можна не відзначити й те, що розроблена методика є надзвичайно доступною та простою у практичній інтерпретації, такою, яку можуть використовувати і лікарі, і шкільні медичні сестри, і шкільні психологи.

На вихідному етапі застосування запропонованої методики, на підставі використання особистісних опитувальників і психометричних шкал, визначається рівень сформованості особливостей особистості дівчат і юнаків, а саме: показники щодо рівня вираження нейротизму, СТ, ОТ і ШТ, ЕВ, агресивності та схильності до розвитку депресивних станів [8, 9]. Такі дослідження здійснюються під час проведення щорічних профілактичних медичних оглядів на початку навчального року, тобто саме в той період, коли відбувається активація усіх процесів психофізіологічного змісту та найбільш чітко і адекватно діагностуються початкові зрушення у стані ПЗ.

Надалі на підставі використання запропонованої бальної шкали щодо скринінгової оцінки ступеня ризику формування та розвитку донозологічних зрушень у стані ПЗ школярів визначають стандартизовану кількість балів, яка одержана окремо за кожним із досліджуваних показників.

Для здійснення розподілу дівчат і юнаків відповідно до категорій ризику з урахуванням ступеня імовірності виникнення відхилень у стані ПЗ, виявлення осіб із донозологічними зрушеннями і патологічними проявами, а також визначення характеру втручань, котрі мають бути рекомендовані, за допомогою формули (1), яка розроблена на підставі використання методик групової експертизи з наступним ранжуванням і попарного порівняння, розраховується інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану учнів:

$$\text{ПОПС} = 0,152 \times \text{Н} + 0,237 \times \text{Т} + 0,205 \times \text{ШТ} + 0,191 \times \text{ЕВ} + 0,095 \times \text{А} + 0,210 \times \text{Д}, \quad (1)$$

де ПОПС – інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану;

Н – рівень нейротизму;

Т – рівень ситуативної і особистісної тривожності;

ШТ – рівень шкільної тривожності;

ЕВ – рівень емоційного вигоряння;

А – рівень вираження агресивних проявів особистості;

Д – ступінь схильності до розвитку депресивного стану.

Згідно з величиною інтегрального показника оцінки особливостей психічного стану дівчат і юнаків, яка розрахована, досліджуваного учня відносять до однієї із 4 категорій, які визначені, а саме до категорій: з мінімальним (від 1,00 до 1,75 бала), з низьким (від 1,76 до 2,50 бала), з помірним (від 2,51 до 3,25 бала) або з високим (від 3,26 до 4,00 балів) ступенем ризику виникнення донозологічних зрушень у стані ПЗ.

Таким чином, до числа основних гігієнічних принципів профілактики формування та

розвитку донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків 15–17 років потрібно віднести і використання методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення відхилень у стані ПЗ дівчат і юнаків пубертатного віку.

(4) Запровадження комплексу заходів психогігієнічної корекції та профілактики донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я підлітків

Важливим шляхом усунення відхилень у стані ПЗ є запровадження корекційно-оздоровчо-профілактичних заходів [53–68]. Тому в ході проведених досліджень був розроблений комплекс заходів психогігієнічної корекції та профілактики донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків, визначальними етапами запровадження якого є: діагностичний етап, що передбачає здійснення оцінки рівня розвитку психофізіологічних функцій організму і проведення психодіагностичних досліджень; етап оптимізації добової діяльності, що обумовлює оптимізацію рухового режиму та раціональну організацію основних режимних елементів повсякденної навчальної і позанавчальної діяльності; етап групової психогігієнічної корекції, що полягає в оптимізації психічного стану дівчат і юнаків на підставі проведення групових психокорекційних заходів, усунення загального напруження та нормалізації функціонування органів і систем організму; етап індивідуальної психогігієнічної корекції, в центрі якого перебувають процеси оптимізації психічного стану школярів шляхом проведення індивідуальних психокорекційних заходів.

Для оцінки ефективності застосування комплексу заходів психогігієнічної корекції та профілактики донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків 15–17 років, які навчаються в умовах сучасних закладів середньої освіти, досліджувались зрушення, що реєструвались з боку психофізіологічних функцій і особливостей особистості підлітків, котрі знаходились як у традиційних умовах навчання, так і в умовах запровадження зазначеного комплексу.

Аналіз отриманих результатів переконливо засвідчував позитивний вплив запропонованого підходу на формування характеристик ВНД, зокрема, показники РНП серед дівчат і юнаків групи втручання (ГВ) зменшувались на 3,4 % і 5,9 %, водночас, серед підлітків, умови повсякденної діяльності яких мали звичний характер (група контролю (ГК)), число зривів диференційованих реакцій під час визначення РНП впродовж часу досліджень збільшувалось на 20,3 % серед дівчат та на 7,7 % серед юнаків (табл. 3).

ТАБЛИЦЯ 3 / TABLE 3

ПОКАЗНИКИ ХАРАКТЕРИСТИК ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ УЧНІВ ГРУП ПОРІВНЯННЯ / INDICATORS OF THE CHARACTERISTICS OF HIGHER NERVOUS ACTIVITY OF PUPILS IN THE COMPARISON GROUPS

Показники / Indicators	Період досліджень / Research period	Групи учнів / Groups of pupils				$p_{ГК-ГВ} / p_{cg-ig}$
		група контролю / control group		група втручання / intervention group		
		n	$M \pm m$	n	$M \pm m$	
Дівчата / Young girl						
Латентний період простої зорово-моторної реакції, мс / Latent period of simple visual-motor reaction, ms	початок / start	31	$149,70 \pm 6,57$	30	$143,74 \pm 6,36$	$> 0,05$
	кінець / end	31	$143,13 \pm 6,34$	30	$146,31 \pm 5,32$	$> 0,05$
	$p_{п-к} / p_{s-e}$	$> 0,05$		$> 0,05$		
Латентний період диференційованої зорово-моторної реакції, мс / Latent period of differentiated visual-	початок / start	31	$181,04 \pm 5,12$	30	$187,78 \pm 5,75$	$> 0,05$
	кінець / end	31	$189,50 \pm 5,66$	30	$187,65 \pm 4,64$	$> 0,05$

motor reaction, ms	$p_{п-к} / p_{s-e}$	> 0,05		> 0,05		
Рухливість нервових процесів, зриви диференціювання / Mobility of nervous processes, disruptions of differentiation	початок / start	31	$1,77 \pm 0,21$	30	$2,07 \pm 0,29$	> 0,05
	кінець / end	31	$2,13 \pm 0,29$	30	$2,00 \pm 0,31$	> 0,05
	$p_{п-к} / p_{s-e}$	> 0,05		> 0,05		
Врівноваженість нервових процесів, помилка у мс / Balance of nervous processes, error in ms	початок / start	31	$25,16 \pm 2,71$	30	$28,43 \pm 1,76$	> 0,05
	кінець / end	31	$28,03 \pm 2,26$	30	$22,40 \pm 1,56$	< 0,05
	$p_{п-к} / p_{s-e}$	> 0,05		< 0,05		
Юнаки / Young man						
Латентний період простої зорово-моторної реакції, мс / Latent period of simple visual-motor reaction, ms	початок / start	30	$153,94 \pm 6,29$	32	$149,08 \pm 3,79$	> 0,05
	кінець / end	30	$148,61 \pm 5,55$	32	$146,50 \pm 3,71$	> 0,05
	$p_{п-к} / p_{s-e}$	> 0,05		> 0,05		
Латентний період диференційованої зорово-моторної реакції, мс / Latent period of differentiated visual-motor reaction, ms	початок / start	30	$175,40 \pm 6,32$	32	$160,35 \pm 3,54$	< 0,05
	кінець / end	30	$193,62 \pm 5,16$	32	$170,58 \pm 4,73$	< 0,001
	$p_{п-к} / p_{s-e}$	< 0,05		> 0,05		
Рухливість нервових процесів, зриви диференціювання / Mobility of nervous processes, disruptions of differentiation	початок / start	30	$1,83 \pm 0,24$	32	$2,19 \pm 0,19$	> 0,05
	кінець / end	30	$1,97 \pm 0,30$	32	$2,06 \pm 0,28$	> 0,05
	$p_{п-к} / p_{s-e}$	> 0,05		> 0,05		
Врівноваженість нервових процесів, помилка у мс / Balance of nervous processes, error in ms	початок / start	30	$23,43 \pm 2,42$	32	$24,46 \pm 1,51$	> 0,05
	кінець / end	30	$25,57 \pm 1,90$	32	$20,78 \pm 1,62$	> 0,05
	$p_{п-к} / p_{s-e}$	> 0,05		> 0,05		

Подібні зрушення відзначались і в разі проведення аналізу даних, отриманих в ході визначення характеристик ВВП, яка характеризує точність реагування, схильність до ризику, взаємозумовленість процесів збудження і гальмування. Зокрема, слід зазначити, що тоді як серед дівчат та юнаків ГК досліджувані показники впродовж часу спостережень збільшувались на 11,4 % та 9,1 %, у разі визначення досліджуваних показників серед підлітків ГВ реєструвалось зниження їх критеріальних величин наприкінці періоду досліджень на 21,2 % у дівчат та на 15,0 % у юнаків.

Надзвичайно переконливими виявилися результати, одержані під час вивчення функцій уваги, які є вельми чутливими показниками щодо темпів швидкого формування проявів функціональної втоми і перевтоми, а також психоемоційного перенапруження. На відміну від показників стійкості уваги і розумової працездатності, які реєструвались серед учнів ГК та мали негативну динаміку впродовж періоду спостережень, показники, властиві для учнів ГВ, змінювались у значно кращий бік. Так, у незмінених умовах перебування реєструвалось збільшення величин, що характеризують ефективність праці – на 7,6 %, ступінь втягнення в діяльність, що виконується – на 3,2 %, психічну витривалість – на 4,0 % серед дівчат та відповідно на 7,1 %, 1,0 % та 4,9 % – серед юнаків. Водночас у підлітків, які запроваджували до режиму повсякденної діяльності комплекс заходів психогігієнічної корекції та профілактики, досліджувані показники протягом періоду досліджень

зменшувались на 3,2 %, 6,2 % і 4,7% серед дівчат та на 6,8 %, 6,5 % і 5,9 % серед юнаків, що слід трактувати як прояви позитивного змісту.

В ході проведення досліджень виявлені позитивні зрушення з боку провідних характеристик властивостей темпераменту і характеру, а також особливостей психічного стану підлітків. Так, в ході вивчення показників нейротизму, слід було звернути увагу на те, що впродовж часу досліджень відмічалось збільшення його рівня на 8,9 % серед дівчат ГК та на 15,5 % серед юнаків ГК. Водночас серед підлітків ГВ протягом періоду впровадження розробленого комплексу відбувалося зниження рівня нейротизму на 9,9 % серед дівчат та на 5,8 % серед юнаків.

Дані, отримані під час вивчення особливостей СТ і ОТ, також засвідчували наявність найкращих з адаптаційної точки зору результатів в умовах використання заходів психогігієнічної корекції та профілактики. Зокрема, рівень СТ серед дівчат ГВ зменшувався на 3,9 %, серед юнаків – також на 3,9 %. Рівень ОТ серед представників ГВ зменшувався протягом періоду спостережень на 0,4 % серед дівчат та на 0,9 % серед юнаків. Разом з тим у традиційних умовах перебування рівень СТ серед дівчат зменшувався лише на 1,9 %, серед юнаків – збільшувався на 0,5 %, рівень ОТ як серед дівчат, так і серед юнаків, що належали до ГК, збільшувався відповідно на 5,4 % та 1,2 %.

Загальний рівень ШТ впродовж часу досліджень в традиційних умовах навчання зменшувався на 1,6 % серед дівчат та збільшувався на 4,0 % серед юнаків, водночас, внаслідок запровадження розробленого комплексу як серед дівчат, так і серед юнаків ГВ зменшувався відповідно на 8,3 % та 10,3 % (передусім, за рахунок таких її складових, як переживання соціального стресу, фрустрація потреби у досягненні успіху, страх не відповідати очікуванням оточуючих).

Аналогічний зміст зрушень, що реєструвались, був властивий і для показників, які характеризували окремі фази формування ЕВ, а саме: фазу напруження, фазу резистентності та фазу виснаження. Зокрема, у дівчат ГК рівень напруження підвищувався на 4,0 %, рівень резистентності – на 5,7 %, рівень виснаження – на 9,7 %, у дівчат ГВ рівні визначених фаз, що формують синдром ЕВ, знижувались відповідно на 6,3 %, 9,3 % та 3,6 %. Серед юнаків протягом періоду спостережень реєструвались аналогічні зміни досліджуваних показників. Так, рівень напруження у юнаків ГК зростав на 5,2 %, рівень резистентності – на 11,5 %, рівень виснаження – на 2,1 %, у юнаків ГВ – навпаки, рівні вираження досліджуваних показників зменшувались відповідно на 9,7 %, 2,0 % та 13,5 %.

Отже, запровадження комплексу заходів психогігієнічної корекції також слід віднести до числа основних гігієнічних принципів профілактики формування та розвитку донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків 15–17 років.

ВИСНОВКИ

1. Одержані результати засвідчують той факт, що до числа основних **гігієнічних принципів профілактики формування та розвитку донозологічних порушень у стані ПЗ підлітків 15–17 років** слід віднести: (1) визначення особливостей гігієнічних, житлово-побутових і соціально-економічних умов перебування дівчат і юнаків, а також чинників, що справляють негативний вплив на процеси соціально-психологічної адаптації та психічний стан учнів сучасної школи; (2) урахування віково-статевих закономірностей формування навчально-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, що забезпечують психологічний комфорт дівчат і юнаків, які здобувають середню освіту; (3) використання методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення відхилень у стані ПЗ дівчат і юнаків пубертатного віку; (4) запровадження комплексу заходів психогігієнічної корекції та профілактики донозологічних зрушень у стані ПЗ підлітків.

2. Як **провідні перспективи подальших наукових розвідок** у визначеному напрямі потрібно відзначити: здійснення поглибленого аналізу прогностично-значущих змін у стані ПЗ під час суттєвих зрушень стереотипу добової діяльності, наприклад, на початку студентського періоду життя, вивчення провідних корелят якості життя осіб шкільного та

студентського віку в контексті їх безпосереднього зв'язку зі станом ПЗ, проведення комплексної оцінки особливостей впливу різноманітних чинників довкілля та соціальних умов життя на організм дівчат і юнаків, які забезпечують створення превентивного освітнього середовища у сучасних закладах освіти, тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ / REFERENCES

1. *Serdyuk AM, Polka NS, Serheta IV.* [Psychodigiena children and adolescents suffering from chronic somatic diseases]. Vinnytsia: Nova Book; 2012. 336 p. Russian.
2. *Serdyukovskay GN, Krylov DN, Klyanpeter W.* [Health, development, personality]. Moscow; 1990. 336 p. Russian.
3. *Kuchma VR, Sukhareva LM.* [Studying the adaptation of children and adolescents to the conditions of life: medico-biological and psychosocial aspects]. Scientific and methodological foundations of studying the adaptation of children and adolescents to the conditions of vital activity. Moscow; 2006. p. 6-25. Russian.
4. *Tymoshchuk OV, Polka NS, Serheta IV.* [Scientific fundamentals of a comprehensive hygienic assessment of life and adaptation opportunities of modern pupil and student youth]. Vinnytsia: TVORI; 2021. 272 p. Ukrainian.
5. *Atkins MS, Hoagwood KE, Kutash K, Seidman E.* Toward the integration of education and mental health in schools. *Admin Pol Mental Health Mental Health Serv Res.* 2010;37:40-47. doi: 10.1007/s10488-010-0299-7.
6. *Mehta N, Croudace T, Davies DSC.* Public mental health: evidenced-based priorities. *Lancet.* 2015;385:1472-1475. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61400-8.
7. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report [Internet]. Geneva, WHO: World Health Organization; 2004. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf [accessed March 10, 2018].
8. Child and adolescent mental health [Internet]. WHO: World Health Organization; 2016. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/.
9. Depression: let's talk. Says WHO as Depression Tops List of Causes of Ill Health [Internet]. WHO: World Health Organization; 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>.
10. *Polka NS, Serheta IV.* [Actual problems of psychohygiene of children and adolescents: ways and prospects for their solution (review of literature and own research)]. *Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine.* 2012;18(2):223-236. Ukrainian.
11. *Atkins MS, Shernoff ES, Frazier SL, Schoenwald SK, Cappella E, Martinez-Lora A, et al.* Redesigning community mental health services for urban children: supporting schooling to promote mental health. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83:839-852. doi: 10.1037/a0039661.
12. *Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P.* Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007;369(9569):1302–13. doi: 10.1016/s0140-6736(07)60368-7.
13. *Hiscock H, Neely RJ, Lei S, Freed G.* Paediatric mental and physical health presentations to emergency departments, Victoria, 2008–15. *Med J Aust.* 2018;208(8):343-348. doi: 10.5694/mja17.00434.
14. *Michelson D, Malik K, Parikh R, Weiss HA, Doyle AM, Bhat B, et al.* Effectiveness of a brief lay counsellor-delivered, problem-solving intervention for adolescent mental health problems in urban, low-income schools in India: a randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(8):571-582. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30173-5.
15. *Lesovoy VM, Kapustnik VA, Korobchanskiy VO.* [Medicine of border states: theory and practice of the donosological diagnostics]. *Science Journal of Ministry of Health Care of Ukraine.* 2013;2(3):49-60. Russian.
16. *Sukharev AG.* [Technology of socio-hygienic monitoring of children's and adolescent age]. *Hygiene and Sanitation.* 2002;(4):64-67. Russian.
17. *Whitney DG, Peterson MD.* US national and state-level prevalence of mental health disorders and disparities of mental health care use in children. *JAMA Pediatr.* 2019;173(4):389-391. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.5399.
18. *Dowdy E, Ritchey K, Kamphaus RW.* School-based screening: a population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health.* 2010;2:166-176. doi: 10.1007/s12310-010-9036-3.
19. *Fazel M.* A moment of change: facilitating refugee children's mental health in UK

schools. *Int J Educ Dev.* 2015;41:255-261. doi: 10.1016/j.ijedudev.2014.12.006.

20. *Wei Y, Kutcher S, Szumilas M.* Comprehensive school mental Health: an integrated “school-based pathway to care” model for Canadian secondary schools. *McGill J. Educ.* 2011;46(2):213-229. doi: 10.7202/1006436ar.

21. *Kuchma VR, Hramtsov PI, Sotnikova EN.* [New approaches to the integration of preventive and curative technologies in educational process]. *Hygiene and sanitation.* 2006;(3):61-64. Russian.

22. *Chubarovsky VV, Nekrasov MA.* [Boundary mental disorders and addictive behaviors in persons of adolescents and youth]. *Sergievs Posad;* 2005. 130 p. Russian.

23. *Connell AM, Dishion TJ.* Reducing depression among at-risk early adolescents: three-year effects of a family-centered intervention embedded within schools. *J Fam Psychol.* 2008;22:574-585. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.574.

24. *Sawyer MG, Kosky RJ, Graetz BW, Arney F, Zubrick SR, Baghurst P.* The National Survey of mental health and wellbeing: the child and adolescent component. *Aust N Z J. Psychiatry.* 2000;34(2):214-220. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00729.x.

25. *Mulraney M, Lee C, Freed G, Sawyer M, Coghill D, Sciberras E, et al.* How long and how much? Wait times and costs for initial private child mental health appointments. *J Paediatr Child Health.* 2021;57(4):526-532. doi: 10.1111/jpc.15253.

26. *Hetrick SE, Bailey AP, Smith KE, Malla A, Mathias S, Singh SP, et al.* Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. *Med J Aust.* 2017;207(10):S5-S18. doi: 10.5694/mja17.00694.

27. *Graham A, Phelps R, Maddison C, Fitzgerald R.* Supporting children’s mental health in schools: teacher views. *Teachers Teaching.* 2011;17(4):479-496. doi: 10.1080/13540602.2011.580525.

28. *Patalay P, Giese L, Stankovic M, Curtin C, Moltrecht B, Gondek D.* Mental health provision in schools: priority, facilitators and barriers in 10 European countries. *Child Adolesc Ment Health.* 2016;21(3):139-147. doi: 10.1111/camh.12160.

29. *Sukharev AG.* [Technology of socio-hygienic monitoring of children's and adolescent age]. *Hygiene and Sanitation.* 2002;(4):64-67. Russian.

30. *Green JG., McLaughlin KA, Alegría M, Costello EJ, Gruber MJ, Hoagwood K, et al.* School mental health resources and adolescent mental health service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52:501-510. doi: 10.1016/j.jaac.2013.03.002.

31. *Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C.* What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(6):623-647. doi: 10.1007/s00787-016-0930-6.

32. *Stephan SH, Weist M, Kataoka S, Adelsheim S, Mills C.* Transformation of children’s mental health services: the role of school mental health. *Psychiatr Serv.* 2007;58(10):1330-1338. doi: 10.1176/ps.2007.58.10.1330.

33. *Villardón-Gallego L, García-Carrión R, Yáñez-Marquina L, Estévez A.* Impact of the interactive learning environments in children's prosocial behavior. *Sustainability.* 2018;10:2138. doi: 10.3390/su10072138.

34. *Weist MD, Murray M.* Advancing school mental health promotion globally. *Adv. School Mental Health Promotion.* 2008;1:2-12. doi: 10.1080/1754730X.2008.9715740.

35. *Patton GC, Glover S, Bond L, Butler H, Godfrey C, Pietro GD, et al.* The gatehouse project: a systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *Aust N Z J. Psychiatry.* 2000;34(4):586-593. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00718.x.

36. *Yamaguchi S, Foo JC, Nishida A, Ogawa S, Togo F, Sasaki T.* Mental health literacy programs for school teachers: a systematic review and narrative synthesis. *Early Interv Psychiatry.* 2020;14(1):14-25. doi: 10.1111/eip.12793.

37. *Lyon AR, Bruns EJ.* From evidence to impact: joining our best school mental health practices with our best implementation strategies. *School Ment Health.* 2019;11(1):106-114. doi:

10.1007/s12310-018-09306-w.

38. *Serheta IV, Gunas IV, Mostova OP, Shayuk AV.* [Adaptive approach to the evaluation of the processes of forming the peculiarities of the personality of modern schoolchildren]. Reports of Vinnytsya National Medical University. 2011;15(2):206-210. Ukrainian.

39. *Serheta IV, Mostova OP.* [Medical and social aspects of educational adaptation and health of pupils of school age]. Actual issues of pediatrics, obstetrics and gynecology. 2013;(2):20–22. Ukrainian.

40. *Serheta IV, Mostova OP, Stoyan NV, Dunets IL, Panchuk OYu, Dudarenko OB, et al.* [Modern technologies for assessing the features of the course of adaptive processes of modern student and student youth]. Medicine today and tomorrow. 2013;(2):164-169. Ukrainian.

41. *Cappella E, Hamre B.K, Kim HY, Henry DB, Frazier SL, Atkins MS, et al.* Teacher consultation and coaching within mental health practice: classroom and child effects in urban elementary schools. J Consult Clin Psychol. 2012;80:597-610. doi: 10.1037/a0027725.

42. *García-Carrión R, Molina Roldán S, Roca Campos E.* Interactive learning environments for the educational improvement of students with disabilities in special schools. Front Psychol. 2018;9:1744. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01744.

43. *Hennessy S, Rojas-Drummond S, Higham R, Márquez AM, Maine F, Ríos RM, et al.* Developing a coding scheme for analysing classroom dialogue across educational contexts. Learn Culture Soc Inter. 2016;9:16-44. doi: 10.1016/j.lcsi.2015.12.001.

44. *Houlston C, Smith PK, Jessel J.* The relationship between use of school-based peer support initiatives and the social and emotional well-being of bullied and non-bullied students. Child. Soc. 2011;25:293-305. doi: 10.1111/j.1099-0860.2011.00376.x.

45. *Howe C, Abedin M.* Classroom dialogue: a systematic review across four decades of research. Camb J Educ. 2013;43:325-356. doi: 10.1080/0305764X.2013.786024.

46. *Suldo SM, Gormley MJ, DuPaul GJ, Anderson-Butcher D.* The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: current status of the research and future directions. School Mental Health. 2014;6:84-98. doi: 10.1007/s12310-013-9116-2.

47. *Valls R, Kyriakides L.* The power of interactive groups: how diversity of adults volunteering in classroom groups can promote inclusion and success for children of vulnerable minority ethnic populations. Camb J Educ. 2013;43:17-33. doi: 10.1080/0305764X.2012.749213.

48. *Perry Y, Petrie K, Buckley H, Cavanagh L, Clarke D, Winslade M, et al.* Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomised controlled trial. J Adolesc. 2014;37(7):1143–51. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.08.001.

49. *Gee B, Wilson J, Clarke T, Farthing S, Carroll B, Jackson C, et al.* Review: delivering mental health support within schools and colleges – a thematic synthesis of barriers and facilitators to implementation of indicated psychological interventions for adolescents. Child Adolesc Ment Health. 2021;26(1):34-46. doi: 10.1111/camh.12381.

50. *Bliss CM, Wanless SB.* Development and initial investigation of a self-report measure of teachers' readiness to implement. J Educ Chang. 2018;19(2):269-291. doi: 10.1007/s10833-018-9324-5.

51. *Kutcher S, Wei Y, Behzadi P.* School-and community-based youth suicide prevention interventions: hot idea, hot air, or sham? Can J Psychiatry. 2017;62(6):381-387. doi: 10.1177/0706743716659245.

52. *Mostova OP.* [Features of the course of processes of psychophysiological and mental adaptation and problematic issues of assessing the health of school students]. Health of the Child. 2013;(3):69-73. Ukrainian.

53. *Serheta IV, Bratkova OYu, Mostova OP, Panchuk OYu, Dudarenko OB.* [Scientific principles of psychohygienic diagnostics of the health of children, adolescents and youth]. Environment and Health. 2012;(4):21-25. Ukrainian.

54. *Serheta IV, Bratkova OYu, Mostova OP.* [Features of the psychopsychological state of students during study in senior classes of modern school]. Hygiene settlements. 2012;60:269-274. Ukrainian.

55. *Serheta IV, Mostova OP, Shayuk AV.* [Features of the processes of formation of temperament and anxiety of students 14-17 years in the dynamics of training in the modern school]. Vinnytsya National Medical University. 2012;16(2):328-332. Ukrainian.
 56. *Serheta IV, Mostova OP, Shayuk AV.* [School anxiety of modern students and its leading correlations: hygienic evaluation, routes of correction]. Biomedical and BioSocial Anthropology. 2012;19:261-265. Ukrainian.
 57. *Tekliuk RV., Serheta IV, Serebrennikova OA* Health-related behaviour in adolescents who have received basic instruction in health promotion. *Wiadomosci lekarskie.* 2019. 72(1):12-16.
 58. *Mostova OP.* [Measures of psychohygienic correction and peculiarities of their influence on the formation of characterological-motivational correlations of mental adaptation of students of modern school]. Reports of Vinnytsya National Medical University. 2013;17(2):310-315. Ukrainian.
 59. *Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, Powell BJ, Dorsey CN, Clary AS, et al.* Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implement Sci.* 2017;12(1):108. doi: 10.1186/s13012-017-0635-3.
 60. *Brann KL, Boone WJ, Splett JW, Clemons C, Bidwell SL.* Development of the school mental Health self-efficacy teacher survey using Rasch analysis. *J Psychoeduc Assess.* 2021;39(2):197-211. doi: 10.1177/0734282920947504.
 61. *Conroy MA, Stichter JP, Daunic A, Haydon T.* Classroom-based research in the field of emotional and behavioral disorders. *J Spec Educ.* 2008;41(4):209-222. doi: 10.1177/0022466907310369.
 62. *Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T.* Mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:377-387. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70312-8.
 63. *Moreira P, Crusellas L, Sa I, Gomes P, Matias C.* Evaluation of a manual-based programme for the promotion of social and emotional skills in elementary school children: results from a 4-year study in Portugal. *Health Promotion Int.* 2010;25:309-317. doi: 10.1093/heapro/daq029.
 64. *Ohl M, Fox P, Mitchell K.* Strengthening socio-emotional competencies in a school setting: data from the pyramid project. *Br J Educ Psychol.* 2013;83:452-466. doi: 10.1111/j.2044-8279.2012.02074.x.
 65. *Puffer ES, Green EP, Sikkema KJ, Broverman SA, Ogwang-Odhiambo RA, Pian J.* A church-based intervention for families to promote mental health and prevent HIV among adolescents in rural Kenya: results of a randomized trial. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84:511-525. doi: 10.1037/ccp0000076.
 66. *Naylor PB, Cowie HA, Walters SJ, Talamelli L, Dawkins J.* Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *Br J Psychiatry.* 2009;194(4):365-370. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053058.
 67. *Hart LM, Cropper P, Morgan AJ, Kelly CM, Jorm AF.* Teen mental Health first aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: outcomes from a cluster randomised crossover trial. *Aust N Z J Psychiatry.* 2020;54(4):382-392. doi: 10.1177/0004867419885450.
 68. *Slade EP.* Effects of school-based mental health programs on mental health service use by adolescents at school and in the community. *Ment Health Serv Res.* 2002;4(3):151-166. doi: 10.1023/A:1019711113312.
-

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ СОВРЕМЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ (обзор литературы и собственных исследований)

И. В. Сергета, О. Ю. Браткова, О. А. Серебренникова

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, ул. Пирогова, 56, Винница 21018, Украина

Цель работы: научное обоснование гигиенических принципов профилактики формирования и развития донозологических изменений в состоянии психического здоровья учащихся современных учреждений среднего образования.

Материалы и методы. Исследования с использованием гигиенических, медико-социологических, психофизиологических, психодиагностических, эпидемиологических и статистических методов проводились на базе ряда учреждений среднего образования, в которых под наблюдением находились 203 девушки и 196 юношей в возрасте от 15 до 17 лет.

Результаты исследования. Данные проведенных исследований свидетельствуют о том, что к числу ведущих гигиенических принципов профилактики формирования и развития донозологических изменений в состоянии психического здоровья подростков 15-17 лет следует отнести: определение особенностей гигиенических, жилищно-бытовых и социально-экономических условий пребывания девушек и юношей, а также факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на процессы социально-психологической адаптации и психическое состояние учащихся современной школы; учет возрастно-половых закономерностей формирования учебно-значимых психофизиологических функций и личностных особенностей, обеспечивающих психологический комфорт девушек и юношей, получающих среднее образование; использование методики скрининговой оценки степени риска возникновения изменений в состоянии психического здоровья девушек и юношей пубертатного возраста; внедрение комплекса мероприятий психогигиенической коррекции и профилактики донозологических отклонений в состоянии психического здоровья подростков.

Выводы. В ходе проведенных исследований разработаны и научно обоснованы гигиенические принципы профилактики формирования и развития донозологических изменений в состоянии психического здоровья учащихся современных учреждений среднего образования.

Ключевые слова: учащиеся, заведения среднего образования, психическое здоровье, донозологические изменения, гигиенические принципы профилактики.

Для цитирования: Сергета ИВ, Браткова ОЮ, Серебренникова ОА. Научное обоснование гигиенических принципов профилактики формирования и развития донозологических изменений в состоянии психического здоровья учащихся современных учреждений среднего образования (обзор литературы и собственных исследований) Журнал Национальной академии медицинских наук Украины. 2022;306-326. DOI: 10.37621 / JNAMSU-2022 -1-2.

Статья поступила в редакцию 07.12.2021 года

Направлена на рецензирование 02.05.2022

Принята к публикации 22.06.2022