

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра психології та соціальної роботи

ЦЕБЕРСЬКА Надія Іванівна

**Особистісна адаптованість студентів медичного
ЗВО: комплексний підхід/ Personal adaptation of
medical higher education students: a
comprehensive approach**

спеціальність: 231 - Соціальна робота
освітньо-професійна програма - Соціальна робота

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
СРзм-21
Н. І. Цеберська

Науковий керівник:
Е. О. Грішин

Кваліфікаційну роботу допущено до
захисту:

" ____ " _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

А. Н. Гірняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2023
ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні аспекти дослідження особистісної адаптованості.

1.1. Проблематика особистісної адаптованості в роботі вітчизняних та зарубіжних авторів.

1.2. Особливості адаптації студентів медичного ЗВО у процесі навчальної діяльності.

Висновок до розділу 1.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗВО.

2.1 Організація та зміст дослідження.

2.1. Поширеність та динаміка особистісних порушень у студентів-медиків в процесі адаптації до умов освітнього середовища ЗВО.

Висновок до розділу 2.

РОЗДІЛ 3. Спеціалізована соціально-психологічна допомога, спрямована на профілактику особистісних дезадаптацій у здобувачів освіти медичного ЗВО.

3.1. Структура та зміст психокорекційної програми «Особистісного зростання»

3.2. Результати системної соціально-психологічної корекції дезадаптивної поведінки у студентів медичного ЗВО.

Висновок до розділу 3.

ВИСНОВОК

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних дослідженнях, як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, нині все більше значення надається вивченню тих аспектів, які можуть спричинити порушення процесу адаптації у людини, і, внаслідок цього, призвести до розвитку різноманітних психогенних порушень і розладів. Так, зазначається, що політичні, економічні та соціальні трансформації, які мають місце в нашому суспільстві протягом останніх двох десятиліть, а тепер ще і війна, провели до значного зниження рівня життя та погіршення як фізичного та психічного здоров'я наших громадян. Особливо гостро на несприятливі умови реагують молоді люди, які ще не володіють достатньо ефективними стратегіями протидії викликам, які порушують їх звичний ритм життєдіяльності та не дають повноцінно функціонувати. Це засвідчують дані дослідження з вивчення даної проблематики, які переконливо доводять, що за останні 20 років «рівень здоров'я» молоді постійно знижується. Звичайно, такий стан не може не відобразитися на якості життя підростаючого покоління, в тому числі негативно вплинути на процес адаптації його представників до умов, що відбуваються навколо, у тому числі до навчання у ЗВО.

Проблемами адаптації студентів займалося багато як вітчизняних (Л. Литвинова, О. Прудська, А. Андрєєва, А.Фурман, О. Ревасевич С. Гапонова, О. Кокун Л. Красовська, М. Прищак, Л. Гармаш, О. Маріна та ін.) так і зарубіжних (Ф.З. Меєрсон, М.А. Беребін, Л. І. Вассерман та ін) авторів. Вони звертали увагу на різноманітні аспекти цієї проблеми, але на жаль, виклики, які нині постали перед громадянами нашої держави в цілому та молоддю зокрема, нівелювали більшість таких здобутків, адже з'явилися як додаткові фактори, які порушують психічне та фізичне здоров'я та викликають різноманітні форми дезадаптації, так і ті форми і методи, які спрямовані на профілактику та корекцію таких негативних станів.

У багатьох роботах психологічної та медичної спрямованості із адаптації здобувачів освіти зазначається, що в період освітньої діяльності значна частина здобувачів освіти перебуває у стані напруги та перенапруги, а деякі з них – у стані зривів адаптаційних процесів навіть за звичних умов життєдіяльності. Так, обстеження студентів медичного університету, що навчаються, показали, що вже при вступі на 1

курс майже третина абітурієнтів мають хронічні захворювання, а частина першокурсників має по два і більше захворювань. Більше того, з'ясовано, що рівень здоров'я в процесі навчання неухильно знижується, причому більш суттєво в осіб чоловічої статі. При дослідженні факторів, які впливають на цей процес, різними науковцями було виокремлено доволі багато суперечливих фактів, які ще більше ускладнюють пошук ефективних шляхів виправлення порушеної адаптації та покращення фізичного та психічного стану здобувачів освіти. Так, одні вчені розглядають дану проблематику крізь призму пристосування до нових, незвичних умов навчання та побудови нових міжособистісних відносин у ЗВО, інші ж намагаються пов'язати причини появи таких порушень із вже існуючим нездоров'ям молодшої людини (нестабільність функціонування психофізіологічних систем, слабкий ступінь виразності акцентуацій особистості, превалювання негативних механізмів психологічного захисту тощо), прояв яких просто загострюється під впливом високих вимог та складних умов навчання в університеті.

Відтак у більшості наявних робіт розглядається вплив окремо внутрішніх чи зовнішніх факторів, які впливають на адаптацію, при цьому недостатня увага приділяється цілісному розгляду та оцінці особистості, комплексному, диференційованому впливу мікро- та макросоціальних факторів на цей процес. Актуальною проблемою також є дослідження поширеності дезадаптивних процесів серед здобувачів освіти залежно від тривалості освітнього процесу, сезонних явищ, екзаменаційного періоду, а також гендерних особливостей.

Об'єктом дослідження є особистість студентів медичного факультету ЗВО.

Предметом дослідження є динаміка особистісної адаптації-дезадаптації у здобувачів освіти а процесі суб'єкт-суб'єктних і суб'єкт-об'єктних відносин в освітньому середовищі.

Мета дослідження: вивчити взаємозалежність та взаємозумовленість проявів особистісної дезадаптації від внутрішніх та зовнішніх факторів у студентів медичного ЗВО як суб'єктів освітнього процесу.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз теоретичних та емпіричних робіт, які відображають роль

і значущість структури особистості у молодих людей, що сприяє або перешкоджає збереженню психічного здоров'я.

2. Розкрити теоретичний зміст процесів особистісної адаптації та дезадаптації.

3. Вивчити комплексні взаємозв'язки біологічних і характерологічних, особистісних, гендерних та соціальних чинників, що впливають на процеси адаптації та дезадаптації у здобувачів освіти медичного ЗВО.

4. Дослідити поширеність ознак дезадаптації особистості і дослідити динаміку механізмів, що лежать в основі такого процесу.

5. Відповідно до результатів дослідження запропонувати систему спеціалізованої комбінованої соціально-психологічної допомоги дезадаптованим студентам.

Теоретична значимість дослідження полягає в тому, що отримані теоретичні та емпіричні дані підтверджують думку про те, що здобувачі освіти з адекватною адаптацією характеризуються наявністю стійких механізмів позитивного психологічного захисту, детермінованих відсутністю особистісної передиспозиції. При наявності стійких проявів дезадаптаційних процесів, що виявляється у переважанні деструктивних механізмів психологічного захисту – регресії, витіснення і заперечення, істотно підвищується імовірність формування аномального особистісної й поведінкової реакції. Виявлені у ході дослідження закономірності дали змогу вперше довести можливість ймовірного прогнозування щодо взаємного поєднання чинників ризику формування особистісної дезадаптації в студентів медичного ЗВО: виражені меланхолійні або холеричні риси у структурі флегматичного або сангвінічного типів темпераменту; переважання копінг-механізму у вигляді звичної реакції на стрес-уникнення; застрягаючий тип акцентуації характеру; неадекватне сприйняття свого психологічного віку тощо.

Практична значимість дослідження полягає у тому, що отримані в ході дослідження психологічні характеристики: переважającego типу темпераменту, індексу життєвого стилю та провідного типу сприйняття, проблем подолання поведінки, особливостей суб'єктивного сприйняття стресу, психологічного віку

розглядаються в комплексі та дають змогу оцінювати рівень адекватності особистісних адаптаційних механізмів.

Запропонована система спеціалізованої комбінованої соціально-психологічної допомоги студентській молоді, сформована на основі програми «Шлях до особистісної гармонії», яка включає методи і методики корекції та профілактики особистісних порушень, виявилася ефективним інструментом у роботі з дезадаптованими здобувачами освіти, а відтак може бути використана фахівцями-психологами, соціальними педагогами, соціальними працівниками та іншими фахівцями при роботі з даною категорією молоді. Також отримані теоретичні та емпіричні дані можуть стати у нагоді при розробці державних програм, спрямованих на допомогу та розвиток молоді, а також проектах з їх соціально-психологічної підтримки та супроводу.

Впровадження результатів дослідження. Дослідження проводилися на базі психологічної служби Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського. Відповідно до мети роботи дослідницьку вибірку склали 146 студенти 1, 2 3 курсів навчання.

Під час проведення емпіричного дослідження застосовувалася батарея психодіагностичних методик: анкета «Мотиви вступу до ЗВО»; «Формула темпераменту» (дослідження домінуючих типів темпераменту); тест «Акцентуації характеру» К. Леонгарда-Шмішека (визначення акцентуацій характеру); "Індикатор стратегій подолання стресу" (дослідження базисних копінг-стратегій); опитувальник «Суб'єктивних факторів стресу» (виявлення екзогенних факторів, що порушують процес пристосування студентів до умов навчання у ЗВО); методика «Лінія життя» (аналіз психологічного віку).

Структура та об'єм роботи. Дослідження складається із вступу, трьох розділів і висновків, списку літератури, у кількості 65 найменувань, з яких 34 – іноземними мовами. Робота ілюстрована 25 таблицями.

РОЗДІЛ 1

Теоретико-методологічні аспекти дослідження особистісної адаптованості

1.1. Проблематика особистісної адаптованості в роботах вітчизняних та зарубіжних авторів.

Сьогодні проблема адаптації людини набуває комплексного характеру і стає предметом вивчення багатьох дисциплін, включаючи психологію, фізіологію, медицину, екологію та біологію. Засвідчено безліч визначень адаптації., як у загальному значенні, і різних рівнях. Так, відомий зарубіжний дослідник Radford J. представляє адаптацію як «...процес пристосування організму до зовнішнього середовища або змін, що відбуваються в самому організмі» [58, с. 245]. Крім генотипічної адаптації, що передається у спадок, існує стенотипова адаптація, в ході якої, на думку автора, «відбувається формування так званого «системного структурного сліду», що призводить до підвищення потужності фізіологічних систем, резервних можливостей людського організму. Тим не менш будь-яка, навіть найуспішніша адаптація пов'язана не тільки з тратою енергії, але також з втратою структурних генетично детермінованих ресурсів організму» [там само, с. 246].

Вивчення процесів адаптації тісно пов'язане з уявленням про емоційну напругу та стрес. Так, Г. Сельє встановив, «що різні фізіологічні стани, що викликаються будь-якою причиною (стресом), виявляються у певній неспецифічній реакції організму. Прояв цієї реакції він назвав загальним адаптаційним синдромом, а стан організму, що виникає при цьому – стресом» [21].

На думку Boni R. A. dos S., Paiva C. E., de Oliveira, M. A., Lucchetti G. «...психічна адаптація розуміється як багатовимірна, самокерована функціональна система, спрямована на підтримку сталої взаємодії індивіда з навколишнім середовищем. Така системна модель дослідження передбачає аналіз взаємозв'язків фізіологічних, психологічних та соціальних компонентів. Зміна хоча б одного з них викликає необхідність включення певних компенсаторних механізмів» [35].

Іванченко О. З. вважає, що «адаптація є процесом побудови оптимальних співвідношень між організмом і середовищем» [5].

На думку Кожині Г. М. «адаптація - динамічний процес гармонійної взаємодії біопсихосоціальної системи «Людина» з умовами життєдіяльності. Авторка також вказує на неможливість розриву різних видів адаптації» [8].

Малахов П. С. ж вважає, що адаптація - «це соціально-психологічний процес, який за сприятливого перебігу призводить особистість до стану адаптованості» [12]. Відповідно, адаптація через соціалізацію формує адаптованість особистості.

Як підкреслює А. В. Фурман, «...незважаючи на безперервний характер адаптації, її процесуально-результативні параметри перебігу визначаються виключно характеристиками психічного світу особистості й характеристиками середовища» [27]

Вище наведене дозволяє зрозуміти адаптацію як глобальне явище, що лежить в основі життя людства.

У літературі ґрунтовно досліджені також різні складові адаптації, зокрема, соціальна, соціально-психологічна, біосоціальна і фізіологічна, психічна та психофізіологічна тощо. У реальному житті вони переплітаються одна з одною, утворюючи процес цілісної адаптації.

Так, наприклад А. Очеретнюк розглядає фізіологічну адаптацію як «процес підтримки функціонального стану гомеостатичних систем та організму загалом» [18]. На думку ж Малахова П. С. «власне психічна адаптація характеризується показниками актуального психічного стану. Він виділяє два основних типи механізму адаптивної поведінки: стеничні - провідні піки профілю за тестом ММРІ за четвертою шкалою (імпульсивність), шостою шкалою (ригідність), дев'ятою шкалою (оптимістичність) і гіпостенічний - провідні піки за другою шкалою (песимістичність) і нульовий (інтроверсія). На думку автора, підвищення профілю ММРІ за окремими шкалами відображає дії відповідних психологічних механізмів, таких як «втеча у хворобу» - пік по 1 шкалі, відмова від самореалізації та посилення контролю свідомості - пік по 2 шкалі, витіснення зі свідомості негативної інформації або трансформація тривоги у функціональні порушення – пік за 3 шкалою» [12, с. 4].

Відповідно до позиції Малахова П. С., провідна роль у пристосуванні належить психофізіологічній адаптації, реалізація якої забезпечується складною і

багаторівневою функціональною системою, на різних рівнях якої регулювання відбувається переважно за допомогою психологічних чи фізіологічних механізмів. У загальній системі зазначеного процесу він виділяє кілька рівнів: психофізіологічний, психічний, соціально-психологічний. Перший спрямований на підтримку фізичного здоров'я шляхом встановлення комфортних взаємовідносин з оточуючим середовищем, другий – на збереження психічного гомеостазу і підтримку психічного здоров'я, а метою третього є організація адекватної мікросоціальної взаємодії з іншими.

Адаптаційна стратегія завжди індивідуальна. Тісно пов'язані між собою психологічні і фізіологічні механізми адаптації відбуваються на несвідомому та свідомому рівнях, причому «кожен із механізмів компенсує слабкі елементи іншого. Динаміка оцінки цілей адаптаційного процесу відображає взаємодію двох глобальних механізмів – фізіологічних, що забезпечують сталість внутрішнього середовища та психологічних, які спрямовані на мінімізацію фізіологічних реакцій при дії несприятливого адаптогенного фактора» [4].

Зеленська К. О. проводить аналогію з основними стадіями стресу за Г. Сельє «періоду первинної адаптації відповідає реакція тривоги, стабільної адаптації - стадія опору, а адаптаційному стомленню - стадія виснаження. Найбільш інтимним та ресурсним механізмом психічного стресу автор вважає тривогу, яку він трактує як охоронний і мотиваційний механізм» [3].

Слід відзначити, що інтенсивність тривоги відображає індивідуальні особливості індивіда більше, ніж реальна значимість загрози, відтак, її часто визначають як особистісну межу, яка обумовлює готовність до тривожних реакцій та реактивну тривогу, що входить до структури психічного стану на даний момент [1]. Тісний взаємозв'язок між симптомами тривожності, вегетативними зрушеннями дає підстави вважати, що це зрушення є компонентами єдиного симптому, що є по суті проявом емоційного стресу.

Сьогодні достатньо активно розвивається напрямок, який заснований на оцінці рівня здоров'я з погляду адаптації. Відповідно до цієї концепції «здоров'я розглядається як здатність організму адаптуватися до умов зовнішнього середовища, а

хвороба як результат зриву адаптації» [31]. Подальший розвиток цей підхід отримав у роботах авторів, які запропонували визначати «кількість здоров'я фізіологічними резервами організму – максимальною роботою органів за збереження якісних меж їх функцій» [43, с. 76]. Багато дослідників наголошують на недостатності для сучасної медицини класичної оцінки здоров'я, заснованої на протиставленні хвороби здоров'ю. З погляду теорії функціональних систем, нормальний стан людини може бути описаний як гармонійна взаємодія функціональних систем різного рівня, у вигляді їх ієрархічних, мультипараметричних та тимчасових співвідношень по горизонталі та вертикалі. Це забезпечує оптимальний гомеостаз та адаптацію організму до умов проживання. Здоровий організм характеризується, таким чином, системною та міжсистемною гармонією. Злагоджена взаємодія функціональних систем в організмі людини за ієрархічним та мультипараметричним принципами здійснюється з урахуванням синхронізації ритмів своєї діяльності, і навіть ритмів, складових їх окремих елементів. Так, результати експериментів показали, що працівники, у яких вид серцевої діяльності та дихання був синхронізований, як правило, «під час роботи не виявляли психоемоційного напруження та втоми та показували хороші виробничі результати. Службовці, ритм серцебиття та дихання у яких не був синхронізований під час роботи, скаржилися на психоемоційну напругу та втому» [44]. Отож, відповідно до цього підходу, емоційний стрес формується за умови тривалих та безперервних конфліктних ситуацій, в яких суб'єкти позбавлені змоги задовольняти свої потреби. У таких умовах нарастають і сумуються негативні емоції, і так само різко нівелюються позитивні переживання. Емоційний стрес порушує існуючу гармонію внутрішньо- та міжсистемних інформаційних відносин в організмі. Це може призвести до порушень основних біоритмів, зокрема, режиму сну та активної діяльності. При цьому можуть спостерігатися різноманітні психофізіологічні зміни: порушення синхронізації ритмів дихання та серцебиття, запаморочення, нудота, що є одними з ранніх показників дисфункцій при емоційному стресі. У тривалих конфліктних ситуаціях виникає "застійне" емоційне збудження в центральній нервовій системі, що може пошкоджувати механізми саморегуляції функціональних систем організму. Зокрема, страждають механізми

саморегуляції серцевої діяльності, артеріального тиску, імунітету, гормонального гомеостазу. В умовах тривалого стресу травмуючі фактори порушують нормальні механізми саморегуляції і тканини переходять на місцеві патологічні механізми регуляції процесів життєдіяльності. Часто це призводить до «патологічного зростання, або загибелі клітин та різних дистрофічних процесів. Цю стадію розвитку патологічного процесу можна як розглядати як метаболічну» [16].

Підсумовуючи вищезначену інформацію зазначимо декілька аспектів, які пояснюють як стрес впливає на процес адаптації людини через ряд фізіологічних і психологічних механізмів.

1. Негативний вплив на здоров'я: Стрес викликає вивільнення гормонів стресу, таких як кортизол та адреналін, що може призвести до порушення функцій імунної системи. Це робить людину менш стійкою до негативних впливів навколишнього середовища, що ускладнює процес адаптації.

2. Психічний тиск: Стрес може викликати психічний тиск, впливаючи на когнітивні функції та здатність концентрації. Це може сприяти утрудненню усвідомлення інформації та ефективного виконання завдань, що є ключовими елементами процесу адаптації.

3. Зниження емоційної стійкості: Стрес впливає на нервовий стан людини, створюючи її вразливою до негативних вражень і труднощів. Це може ускладнити адаптацію до нових умов, після емоційної нестабільності може спричинити відчуття невпевненості та страху.

4. Вплив на соціальні відносини: Стрес може призвести до зниження соціальної активності та взаємодії, остання людина може відчувати себе виснаженою та вразливою. Це може ускладнити взаємодію з оточуючими та процес адаптації до нового соціального середовища.

5. Зміни поведінки: Під впливом стресу людина може змінити поведінку проявлених реакцій, таких як пасивність, уникання або агресія. Ці зміни можуть ускладнювати взаємодію з новими умовами та відносинами.

6. Втрата енергії та виснаження: Стрес може викликати втому та зростання, після чого активізує фізіологічні механізми, спрямовані на боротьбу з небезпекою.

Постійний стрес може призвести до зниження енергії та резервів, що ускладнює адаптацію до нових умов.

7. Вплив на когнітивні функції: Стрес може впливати на когнітивні функції, такі як пам'ять, увага та прийняти рішення. Це може призвести до труднощів у засвоєнні нової інформації та швидкому реагуванні на зміни.

8. Зниження толерантності до невизначеності: Люди під впливом стресу можуть відчувати підвищену тривожність та низьку толерантність до невизначеності. Це може ускладнювати адаптацію до ситуацій, де результат не є передбачуваними чи сталими.

9. Взаємозв'язок зі здоров'ям психіки: Сильний стрес може викликати психічні розлади, такі як депресія або тривожність, які важко керувати під час процесу адаптації.

10. Системний стрес та хронічні захворювання: Довготривалий стрес може бути пов'язаний із збільшеним ризиком розвитку хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, імунODEпресія та інші захворювання, які можуть стати додатковою труднощістю під час адаптації.

Нині ще однією актуальною проблемою наукових досліджень також стає вивчення диференційованих залежно від віку, статі, впливів макросоціальних змін на психічне здоров'я людини. Науковці, які працюють у даному напрямку, наголошують на появі нових факторів, які зумовлюють збільшення кількості невротичних розладів: соціально-політична нестабільність, екологічні масштабні катастрофи, високий рівень безробіття, велика кількість біженців і переселенців. Відтак вони дійшли висновку, що формування різних видів адаптаційних розладів на 50-55% зумовлюються умовами і способом життя, на 20-25% - станом навколишнього середовища, на 15-20% - генетичними факторами і лише на 10-15% - рівнем медичної допомоги та діяльністю органів охорони здоров'я. Останні дослідження, пов'язані з вивченням впливу війни на здоров'я українців засвідчують, що практично всі громадяни нашої держави мають певні симптоми, що свідчать про порушення останнього. При цьому одна частина так чи інакше змогла адаптуватися до нових викликів, а інша ще довго потребуватиме медичної та психологічної допомоги [29].

Отже, під час огляду наукових джерел з проблеми адаптації виявлено різні

підходи та погляди вчених на дану тему. Деякі автори аналізують адаптацію, враховуючи фізіологічні аспекти, тоді як інші зосереджуються на психологічних, соціальних та інших аспектах. У межах цілей та завдань нашого дослідження ми визначаємо адаптацію як динамічний процес гармонійної взаємодії біопсихосоціальної системи "людина" з умовами її життєдіяльності. Саме це визначення, на нашу думку, відображає комплексний підхід нашого дослідження.

1.2. Особливості адаптації студентів медичного ЗВО у процесі навчальної діяльності.

У сучасних зарубіжних і вітчизняних наукових дослідженнях все частіше приділяється увага дослідженню чинників, які зумовлюють розвиток психогенних психічних розладів і порушення процесів адаптації [1; 5; 11; 32; 39; 44 та ін.]. Складні трансформаційні зміни, що відбулися у суспільстві за останнє десятиліття, поряд зі всім іншим призвели до погіршення фізичного та психічного здоров'я більшості людей. Особливо у цій ситуації постраждала молодь, яка не має достатнього соціального досвіду протидії різноманітним життєвим труднощам та не завжди володіє ефективними адаптаційними інструментами. Так, за останніми даними, практично здоровими визнано лише 11% студентів ЗВО, а фіксація факторів ризику встановлено ще у 34% здобувачів освіти. При цьому третина з них відчуває труднощі адаптації [5].

Більшість дослідників відзначають погіршення і фізичного і психічного здоров'я. Так відмічено, що щорічно хворіють 80,7% студентів, з них понад 5 разів на рік 2,8%. У структурі захворюваності на першому місці стоять захворювання органів дихання - 77%, на другому захворювання нервової системи - 30% та на третьому захворювання органів травлення - 18,9%. Курять 26% студентів, алкоголь вживають 60%, наркотики від 7% до 18%, спортом займаються 48,6%, режим харчування дотримуються 18,4%, часті стресові ситуації відзначені у 37,5% [там само]. Паралельно зазначається, що до комплексу факторів, які негативно впливають на

здоров'я студентів останніми роками додалися нові, які раніше визначалися як поодинокі. Серед них фіксуються як доволі специфічні, пов'язані з соціальною ситуацією у нашому суспільстві – війна, необхідність поєднання навчання з роботою, зростання поширеності шкідливих звичок тощо так і «доволі прогнозовані: недостатній рівень шкільної (базової) підготовки до програми вищої школи, нехтування багатьма знаннями з курсу шкільних дисциплін, слабо виражені навички навчальної роботи, недостатній розвиток словесно-логічного мислення, слабкість волевого регулювання, пасивна роль, така звична для школи» [12]. Відтак, означені фактори можна згрупувати за певними критеріями: соціальні, генеалогічні, конституційні, епідемічні, інфекційні, алергічні прояви та захворювання.

Значна кількість робіт психологічного і медичного напрямків із адаптації здобувачів освіти відзначають, що у період навчальної діяльності значна частина здобувачів освіти перебуває у стані підвищеної емоційної напруги або перенапруги, а окрема частина - у стані зривів адаптаційних процесів. Це супроводжується появою донозологічних станів та характеризується зменшенням функціональних резервів організму. Така симптоматика виникає в результаті «напруги механізмів регуляції в ситуаціях, що вимагають забезпечення процесів врівноваження з середовищем великих значно більших витрат, ніж зазвичай. Існує і протилежна думка про те, що в осіб молодого віку резерв адаптаційно-приспосувальних можливостей досить великий, тому погіршення розумової та фізичної працездатності мають зворотній характер» [6; 12].

Відтак, після вступу до ЗВО у більшості студентів спостерігається хвилеподібний характер дезадаптаційних процесів, який пов'язаний із як з особливостями навчання так й іншими соціальними процесами, зокрема необхідністю пристосування до умов життя у гуртожитку. До прикладу, незадоволеність санітарно-гігієнічними умовами у гуртожитку відзначають 68,5% студентів-першокурсників, при цьому близько третини з них відчують дискомфорт у налагодженні міжособистісного спілкування з проживаючими в одній кімнаті, ще приблизно така ж кількість скаржиться на неможливість усамітнення та недостатність особистого простору, відсутність умов для

приготування та зберігання їжі 58,6%, незахищеність від насильства 37,5%, неорганізованість культурного проведення дозвілля 61,4% [18]. Але ця ситуація дещо вирівнюється на середніх і старших курсах, коли більшість молодих людей звикають до певних незручностей і знаходять варіанти пристосування до них. Схожа ситуація спостерігається і з навчанням. Якщо на початку навчання різні форми дезадаптації зустрічаються у більшій половині студентів, то на 2-3 курсах це відсоток не перевищує 25%. Але при цьому рівень фізичного здоров'я у процесі навчання постійно знижується, особливо в осіб чоловічої статі.

На думку більшості дослідників, «адаптація до навчальної діяльності включає в себе біологічні та соціальні компоненти і визначається як інтенсивний, динамічний, багатосторонній, комплексний процес життєдіяльності, в ході якого індивід на основі відповідних пристосувальних реакцій виробляє стійкі навички задоволення тих вимог, які пред'являються до нього під час навчання. При цьому традиційно виділяють три складові процесу адаптації до навчальних навантажень: соціально-психологічну, психологічну та діяльнісну» [5; 11; 32; 44 та ін.]. Соціально-психологічна складова адаптації відображає зміни соціальної ролі учня на студента та необхідність гнучкішої регуляції своєї поведінки у новому статусі. Психологічна – вимагає перебудову мислення та мови студентів, відповідно до умов їх професійного навчання. Діяльнісна ж – вказує на необхідність адаптації до нових психофізіологічних навантажень [26].

Як вже було зауважено раніше адаптація студентів – складний динамічний процес. Відтак у численних наукових працях різними авторами виділяються конкретні чинники, які становлять основу вивчення даної проблематики. Так, наприклад, велика кількість робіт присвячена порівнянню психологічних показників адаптації серед студентів 1-3 курсів, включаючи розгляд гендерних особливостей [42].

Деякі дослідники відзначають у студентських вибірках виражену напругу психоемоційної сфери в першій половині навчального року. Характер діяльності і втоми, який пов'язаний із зимовою сесією, викликає в студентів нову та індивідуальнішу зміну, що призводить до зміни порогу сприйняття навчальних

стимулів і мотивів, особистісної інтеграції й зниження значимості екзаменаційної мотивації. Зростання обсягу навчального матеріалу, який необхідно вивчити, зменшення часу на його запам'ятовування в середині навчального року і під час екзаменаційної сесії свідчить про те, що мобілізуються вищі психічні функції та накопичення ознак втоми. Згідно із даними багатьох досліджень, головне навантаження на адаптаційні механізми здобувачів освіти припадає на 1 курс і найчастіше виявляється під час екзаменів після I семестру [12].

Дослідження А. Очеретнюк, Д. Лисенко серед студентів медиків ЗВО показали, що у 71% студентів «зміна здоров'я пов'язана з початком навчання, а у 77% - самопочуття змінюється протягом року в гірший бік. Найчастіше порушення адаптації відзначалися у студентів 1, 4 та 5 курсів, більш сприятлива вона у студентів 2 та 3 курсів. Насамперед, це пов'язано з терміном адаптації до нових умов навчання, які порушують оптимальність функціонування систем організму. До 4 та 5 курсу навчання накопичується втома, частково пов'язана з високим рівнем розумових навантажень при зниженні рухової активності» [18].

Разом із тим, у багатьох роботах акцентується увага на трирічній динаміці пристосування до навчання, відтак, процес адаптації у здобувачів освіти завершується до третього курсу. Так, наприклад, у дослідженнях Малахова П. С., доведено, що адаптація студентів в динаміці навчального року, що має фазний характер, завершується приблизно до кінця третього курсу та зумовлена багатьма зовнішніми і внутрішніми чинниками, а також психоемоційним статусом особистості [12].

Дослідження особливостей адаптації здобувачів освіти молодших курсів залежно від рівня функціональної асиметрії мозку у періоди зимової та літньої сесії дало змогу стверджувати, що важливу роль в успішній адаптації також відіграють індивідуально-типологічні особливості ВНД [9]. Інші дослідники вважають найбільш важливим «відстежувати та враховувати психофізіологічний статус студента в рамках комплексного аналізу психічних функцій» [8]. Так, у роботі Кіосєва О. В. вперше представлено динаміку адаптаційних процесів на основі «комплексного дослідження змін вищих психічних функцій, кардіореспіраторної

системи, вегетативної регуляції серцевого ритму. Результати роботи дали можливість проведення психофізіологічного моніторингу з метою виявлення у кожного учня індивідуально особистісних особливостей, можливостей пристосування, межі допустимих відхилень у стані функціональних систем організму та досягти максимально можливого навчального ефекту» [6].

Дослідженням нервово-психічного стану студентів займалося багато вітчизняних та зарубіжних дослідників. Так, Ярош Н. С., вивчаючи питання здоров'я студентів 1 - 2 курсів, виділив домінуючі групи астенічного типу, які характеризуються переважанням синдрому хронічної втоми у вигляді загальної слабкості, втрати працездатності, порушенні сну, нестійкості емоційного фону. При астеновегетативному типі на перший план виступала емоційна лабільність із помірно вираженим obsesивно-фобічним компонентом. Характерними для цих груп невротичні розлади (межеві стани психіки) були найбільш виражені в 1-3 семестрах навчання. Основними причинами цих розладів були наступні: «великий обсяг інформації, кількість предметів на 1 і 2 курсах («базова освіта»), що включає «зайві предмети», недостатність часу для засвоєння матеріалу, що пов'язано з завищеною самооцінкою, нераціональним витрачанням часу, невідповідністю мотивації індивідуальним можливостям студента, недостатньою фізичною підготовкою» [29].

Пшук Н. Г. у результаті обстеження першокурсників денного та заочного відділень вказує на заочників як «групу ризику щодо виникнення невротичних розладів. Причому, зіставляючи дані нервово-психічних станів студентів технічного та психологічного факультетів, переважання показників виявилось серед гуманітаріїв. Відтак авторка розробила корекційну програму для супроводу першокурсників, основу якої склали три типи дезадаптації: соматогенний, психогенний, соціогенний» [19].

На ідеї про те, що невротичні прояви є результатом невдач пристосування в критичній ситуації, наголошується і в іноземній літературі (Field T., Quintino O., Henteleff). Окрім того, багато дослідників відводять важливу роль інформаційним чинникам у генезі емоційної напруги людини, наголошуючи на значущості даних

чинників для індивідуальних особливостей із позиції формування невротичних реакцій (Bodow M, Yatcilla D. , Codu R. , Rosen R., Sieminska MJ, Szymanska M., Mausch K.).

Характерні й особистісні особливості здобувачів освіти з погляду адаптації досліджувалися у вітчизняними науковцями. Отримані ними результати зокрема розкривають взаємозв'язок між рівнем адаптації до навчання й певним рядом типологічних особливостей особистості. Зокрема, вплив акцентуйованих характеристик характеру на особливості пристосування вивчалися Кожиною Г. М. На думку авторки, «існує пряма залежність між типом профілю ММРІ та особливостями адаптації в умовах навчання. Перший тип профілю визначається піком за 7 шкалою (психастенія) і характеризується прагненням уникнути невдачі, ретельно продумувати та зважувати рішення. Ці студенти, незважаючи на сумлінне ставлення до навчання, важко переносять сесію. Другий тип визначається піком за 8 шкалою (інтравертованість), характеризується своєрідністю мислення, логіки та ціннісної орієнтації. Для цих осіб найбільш типовим є складне становище у спілкуванні та порушення соціальної адаптації. Третій тип характеризується піком за 6 шкалою (параноїльність), ці студенти характеризуються наполегливістю, принциповістю. Четвертий тип супроводжується піком за 9 шкалою (гіпоманія), до цієї групи входять особи з підвищеною самооцінкою, підвищеною активністю та працездатністю. Внаслідок недооцінки проблеми навчання вони відрізняються середньою успішністю» [8-9].

В роботах Іванченко О. З. підкреслюється «вплив особливостей темпераменту, тривожності, самооцінки, мотивів, ціннісних орієнтацій, успішності навчання на рівень адаптації студентів залежно від курсу» [5].

Відомо, що система психологічної адаптації включає цілу групу механізмів: комплекс механізмів психологічних захистів (МПЗ); копінг-стратегії. В процесі вирішення різних психологічних і соціально-психологічних проблем традиційна система МПЗ, копінг-стратегій в юнацькому віці суттєво змінюється. Так, психологічні дослідження у даному напрямку показують, що найбільш інтенсивно, у перші роки навчання в інституті розвиваються копінг-стратегії, спрямовані на вирішення проблем.

При цьому «частота використання цієї стратегії позитивно корелює із рівнем інтелекту студента. Також найчастіше студенти використовують стратегію уникнення. Серед механізмів психологічного захисту найчастіше виявляється проєкція, як перенесення неприйнятних почуттів, думок, станів на інших суб'єктів» [17].

Екзаменаційна ситуація є чинником, який викликає психоемоційну і соматовегетативну реакції до екзамену, під час та після закінчення. Інші дослідники вважають, що «підвищене навчальне навантаження за умов активних форм навчання, не чинить несприятливої дії на психічну адаптацію» [32; 45; 61 та ін.].

Предметом спеціального вивчення у науковій літературі є також процес психологічного супроводу здобувачів освіти молодших курсів у процесі адаптації. Про роль та характер відносин у діаді «викладач-студент» говорить у своїх роботах Маркова М. В., яка рекомендує проводити корекційно-профілактичні заняття для викладачів, які працюють із першокурсниками, з метою удосконалення механізмів психологічного супроводу студентів.

Предметом спеціального вивчення адаптаційного процесу у науковій літературі є комплекс корекційно-профілактичних програм із підтримки дезадаптованих. Зокрема, з метою корекції напруги в адаптації частіше всього використовуються традиційні форми роботи з викладачами: створення безпечного освітнього середовища, раціональна подача навчального матеріалу та використання аудиторного часу, вдосконалення методики іспитів тощо [13]. Окремий інтерес представляє корекційна програма формування готовності навчання у ЗВО для слухачів підготовчих курсів. Навчаючись на них, абітурієнти не лише проходять процес первинної адаптації до умов навчання у ЗВО, а й підвищують рівень підготовки із загальноосвітніх дисциплін.

У сфері профілактичної діяльності з адаптаційних проблем вже виявлена ефективність використання технології біоуправління. Ця технологія представляє собою комплекс ідей, методів і технологій, заснований на зворотному біологічному зв'язку. Її спрямовано на розвиток та удосконалення механізмів саморегуляції фізіологічних функцій в умовах різних патологічних станів, а

також з метою особистісного зростання [11].

Також важливим є формування моделі здорового способу життя в студентському середовищі та включення основ валеології у нерозривний комплекс з фізичним вихованням протягом усього періоду навчання у вищому навчальному закладі. Багато програм профілактики дезадаптації включають тренінги з покращення міжособистісних відносин.

Однак, в ході аналізу наукових джерел, не було знайдено корекційних програм з профілактики дезадаптації, спрямованих на розвиток цілісної особистості та вирішення внутрішньоособистісних проблем студента.

Висновок до розділу 1.

Грунтовний аналіз літературних джерел, присвячених дослідженню питань адаптації студентів до умов навчання у ЗВО, демонструє різні погляди на цю проблематику. Зазвичай цей процес науковців розглядають або як пристосування до навчання в цілому, або як підготовку до майбутньої професії. Низка авторів виділяють окремі причини-фактори адаптації, що негативно впливають на перебіг цього процесу. У ньому перераховуються проблеми, які частіше всього виникають у студентів під час навчання.

При цьому основними критеріями адаптивності визнаються наступні: або успішне навчання, відсутність шкідливих звичок, адекватна взаємодія у діаді «викладач-студент», відносна стабільність психофізіологічних систем, слабка виразність акцентуацій характеру, гармонійне поєднання механізмів психологічного захисту та інші фактори. У той же час недостатньо вивчена проблема характеру взаємозв'язків цих та інших факторів (соціальних, особистісних, психофізіологічних).

Відтак виникає необхідність комплексного дослідження процесу адаптації у студентів. Добре відомо, що люди відрізняються не лише рівнем стійкості до різних впливів середовища, але й емоційними реакціями на них. При впливі стресогенних факторів, наприклад, в одних індивідів діяльність може покращуватися, а в інших погіршуватись "аж до зриву" адаптаційних механізмів. Це може залежати не тільки

від самих стресорів, а й від індивідуально-психологічних особливостей особистості. У той же час недостатньо вивченим є ризик формування дезадаптації залежно від поєднання особистісних властивостей, певних мікро- та макросоціальних факторів, ь гендерних відмінностей тощо. Маловивченим також є поширеність патопсихологічних та психопатологічних порушень та їх динаміка у процесі навчання студентів. До того ж наявні програми корекції дезадаптації серед студентів слабодиференційовані, недостатньо оцінена їх ефективність.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗВО

2.1 Організація та зміст дослідження

Матеріал кваліфікаційного дослідження заснований на результатах соціально-психологічного методу дослідження та опису поведінки 146 студентів 1,2,3 курсів медичного факультету Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського. Застосований у дослідженні міждисциплінарний підхід передбачає поєднання таких наук як загальна, соціальна психологія, психологія особистості, медична, гендерна психологія. Це дає змогу вивчати процес адаптації по-новому, з погляду системної соціально-психологічної профілактики психогенних розладів у студентів. Дослідження в основному базувалося на аналізі емпіричних даних, отриманих фахівцями психологічної служби університету, які відображали поширеність психопатологічних порушень у динаміці (протягом 3-х років 2016 – 2019 р.р.), а також на виявленні екзогенних стресових чинників, що сприяють виникненню різних адаптивних і дезадаптивних реакцій, на дослідження психопатологічної симптоматики у дезадаптованих особистостей. Ми спеціально попросили фахівців-психологів поділитися матеріалами саме цих років, адже останні 3 роки дослідження не такі системні та ґрунтовні через умови дистанційного навчання (ковід та війна).

Також разом із психологами та соціальними педагогами ТНМУ було проаналізовано систему спеціалізованої комбінованої соціально-психологічної допомоги у вигляді корекції станів дезадаптації у здобувачів освіти за програмою «Шлях до особистісної гармонії», яка базувалася на комбінованих методах: гуманістичного, глибинного, соціально-поведінкового. В процесі використовувалися такі методики індивідуальної та групової роботи: техніка усвідомлення, аналіз сновидінь, робота з певними асоціаціями, техніка діалогу (PET), методи саморегуляції та релаксації.

Для виявлення дезадаптації, у тій та іншій вибірках, використовувався опитувальник оцінки вираженості психопатологічної симптоматики SCL - 90- R , що включає 9 синдромальних проявів - соматизація, obsесивність-компульсивність,

міжособистісна сенситивність, депресивність, тривожність, ворожість, фобії, паранояльність, психотизм, а також шкалу тяжкості симптоматики. Дана шкала SCL містить 90 пунктів, її призначення полягає в тому, щоб оцінити патерни психологічних ознак у здорових осіб. Зазначена методика є інструментом визначення актуального психологічного симптоматичного статусу. Окрім того, індекси другого порядку запропоновано для того, щоб гнучкіше оцінювати психопатологічний статус досліджуваного. Для визначення надійності субшкал методики використовувався весь масив даних, отриманої на вибірках нормальної популяції, а також популяції, що зазнав впливу потенційно психотравмуючих подій.

Для виявлення екзогенних факторів, що порушують процес пристосування студентів до умов навчання у ЗВО було застосовано опитувальник «Суб'єктивних чинників стресу». Ця методика включає інструкцію і 28 питань, які відображають причини стресів (наприклад: загрози природних катастроф; конфлікти у транспорті; нестабільнополітичне та економічне життя в суспільстві; погані житлові умови тощо).

З метою дослідження у здобувачів освіти суб'єктивних чинників-мотивів вступу на медичний факультет була розроблена анкета «Мотиви вступу до ЗВО». Методика включає 19 мотивів. Інтерпретація результатів здійснювалася за кількістю виборів конкретного мотиву більшістю здобувачів освіти.

Вивчення домінуючих типів темпераменту здійснювалося за допомогою психодіагностичної методики «Формула темпераменту». Вона є опитувальником з 80 пунктів, яка визначає виразність кожного типу темпераменту. Усього 4 блоки тверджень, із них по 20 для кожного типу. Специфіка опитувальника в тому, що його можна використовувати для дослідження формули темпераменту серед осіб підліткового, юнацького віку та дорослих.

Дослідження базисних копінг-стратегій здійснювалося за допомогою психодіагностичної методики "Індикатор стратегій подолання стресу", яка складається з 33 пунктів, відповідь на які дає змогу визначити домінуючу копінг-стратегію при стресі: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки і уникнення проблем. Перевага опитувальника в тому, що його можна використати для дослідження осіб підліткового, юнацького віку і дорослих. У цьому дослідженні рівень виразності кожної базисної копінг-стратегій визначався шляхом порівняння статистичних результатів дослідження двох груп, що досліджуються.

Для аналізу комплексу механізмів психологічних захистів була застосована методика «LSI» («Індекс життєвого стилю»), яка була створена на основі структурної теорії особистості Х. Келермана. Цінність цього діагностичного інструменту полягає у можливості діагностувати усю систему механізмів психологічного захисту особистості (МПЗ) та виявити важливі механізми й оцінити рівень вираженості кожного із них. Позитивним аспектом цієї методики є її теоретична обґрунтованість і валідність, багатомірність та простота. Опитувальник містить 98 питань, що вимірюють 8 МПЗ: заперечення, витіснення, заміщення, компенсацію, реактивні утворення, проекцію, інтелектуалізацію та регресію. Результати співвідносяться із таблицею норм – середніх величин нормативних даних за 8 варіантами МПЗ.

Дослідження психологічного віку проходило за методикою «Лінія життя». Методика представляє дослідницьку роботу в галузі аналізу власних почуттів, емоційних станів минулого, передбачуваного майбутнього; самооцінки ступеня виразності цих станів у поведінці. Також, методика дозволяє проаналізувати зміни «лінії життя» на графіці (у минулому та в майбутньому), особистісні цінності, установки, провідні життєві сценарії та дає тим самим додаткові діагностичний матеріал для дослідження особливостей особистості.

2.2. Поширеність та динаміка особистісних порушень у студентів-медиків в процесі адаптації до умов освітнього середовища ЗВО

У роботах багатьох вітчизняних та зарубіжних авторів, які займаються дослідженням проблем адаптації студентів до умов навчання у ЗВО, відзначається факт переживання ними емоційної напруги протягом різних етапів навчання в університеті [1; 5; 12; 34; 45; 52 та ін.]. У зв'язку з цим важливо розуміти, наскільки відчутними є соціально-стресові впливи на людину у юнацькому віці, коли нова структура особистості ще недосконала, також не сформована відповідна система адаптаційних і компенсаторних механізмів. Одним із завдань нашого дослідження було дослідження поширеності особистісних порушень у здобувачів освіти та відстеження їх в динаміці протягом різних періодів навчання, а також на виявлення характерологічних особливостей дезадаптованих студентів.

Отже, результати, отримані за допомогою опитувальника оцінки вираженості

психопатологічної симптоматики SCL-90-R відображають наступне (табл. 1).

Таблиця 1

Таблиця середніх значень параметрів за методикою SCL -90, залежно від року навчання студентів

№ п/п	Показники (N – показник норми)	Середні значення		
		1 курс	2 курс	3 курс
1.	GSI (загальний індекс тяжкості симптомів), N 0,55	0,55	0,67	0,62
2.	PST (загальна кількість позитивних відповідей), N 36	34,3	37,7	37
3.	PSDI (індекс симптоматичного дистресу), N 1,45	1,37	1,54	1,42
4.	Соматизація, N 0,55	0,57	0,57	0,59
5.	Обсесивність -компульсивність N 78	0,74	0,86	0,86
6.	Міжособистісна сенситивність, N 0,95	0,67	0,99	0,8
7.	Депресивність N 0,72	0,58	0,78	0,84
8.	Тривожність, N 0,58	0,53	0,92	0,66
9.	Ворожість, N 0,74	0,66	0,92	0,24
10.	Фобічність, N 0,32	0,3	0,33	0,58
11.	Паранояльність, N 0,73	0,58	0,78	0,36
12.	Психотизм, N 0,44	0,28	0,47	0,43
13.	Тяжкість симптоматики, N 0,54	0,51	0,63	0,4

Показник наявного симптоматичного дистресу (PSDI), який відображає рівень адаптації, за середніми значеннями змінюється залежно від року навчання, на I-му, III-му курсах знаходиться у межах умовної норми, на II-му курсі перевищує умовно-нормативний показник М.о. (PSDI) = 1,54. Таким чином, рівень адаптивності студентів медиків, що вихідно перебуває в нормі на I курсі, знижується на II-му році навчання, при цьому до III-го курсу повертається у межі норми.

Подані результати свідчать про те, що 1/3 студентів при вступі до закладів вищої освіти виявляє ознаки патопсихологічної та психопатологічної дезадаптації. На другому курсі під впливом соціальних стресорів, які взаємодіють із особистісною передиспозицією, ще 14,9% студентів демонструють прояви дезадаптаційних процесів. На третьому році навчання 42,3% студентів з нашого дослідження повертаються до категорії норми, можливо, за впливом системи спеціалізованої психологічної допомоги та, найімовірніше, тимчасового чинника. Відповідно, ознаки особистісної та

патопсихологічної дезадаптації залишаються у 6,3% учасників.

Можливо, це пов'язано з особливостями тривалого пристосування до навчання. Припустимо, що на I-му курсі здобувачі освіти справляються з навчальним навантаженням за рахунок особистісних ресурсів, на II-му році відбувається дисонанс між збільшенням навчального навантаження та нестачею ресурсів, необхідних для адаптації, і до 3-го курсу конфлікт вирішується у бік пристосування до процесу навчання на медичному факультеті. При цьому достовірність відмінностей у показниках PSDI за середніми значеннями на кожному курсі не є значущою, що говорить про відсутність суттєвого зв'язку ризику дезадаптації та року навчання. Найістотніші перевищення показників у здобувачів освіти II-го року навчання за даними опитувальника SCL-90, виявлено за шкалами міжособистісної сензитивності, психотизму та депресивності над умовною нормою (табл. 2).

Таблиця 2.

Порівняльна таблиця поширеності показників дезадаптивної симптоматики за методикою SCL-90 окремо за курсами

№ п/п	Показники з SCL-90	Дані у %		
		1 курс	2 курс	3 курс
1.	GSI (загальний індекс тяжкості симптомів), N-0,55	30,18%	44,44%	34,37%
2.	PST (загальна кількість ствердних відповідей), N-36	43,39%	53,33%	53,12%
3.	PSDI (індекс симптоматичного дистресу), N-1,45	32,07%	44,44%	50%
4.	Соматизація N- 0,55	45,28%	46,66%	43,75%
5.	Обсесивність-компульсивність N- 0,78	37,73%	53,33%	50%
6.	Міжособистісна сенситивність N- 0,95	28,30%	44,44%	28,12%
7.	Депресивність N- 0,72	32,07%	46,66%	50%
8.	Тривожність N- 0,58	32,07%	44,44%	40,62%
9.	Ворожість N- 0,74	33,96%	51,11%	34,37%
10.	Фобичність N- 0,32	35,84%	37,77%	25%
11.	Паранояльність N- 0,73	33,96%	44,44%	25%
12.	Психотизм N- 0,44	26,41%	37,77%	31,25%
13.	Тяжкості симптоматики N- 0,54	43,39%	48,88%	31,25%

Отримані дані свідчать про те, що саме студенти II-го курсу найчастіше виявляють уразливість і депресивність, нервозність та схильність до наростання необ'єктивної тривоги, загострення почуття самотності щодо студентів I-х, III-х курсів.

Відповідно до цілей дослідження розділимо учасників на дві групи – адаптовані

та дезадаптовані студенти. Основним критерієм адаптації ми розглядали показник (індекс PSDI, норма = 1,45) наявного симптоматичного дистресу за методикою SCL-90 R. У результаті були отримані наступні результати:

1. Усі адаптовані студенти становлять 85 осіб або 59,23%, з них - 55 осіб або 42,31% дівчат, та 30 осіб або 16,92% юнаків;
2. Здобувачі освіти, що виявляють ознаки неадаптивної поведінки, склали 61 особу або 40,77%, з них 45 осіб або 34,62% дівчат, та 16 осіб або 6,15% юнаків.

Нами встановлено, що всі усереднені показники за шкалами у дезадаптованих здобувачів освіти у два рази перевищують дані адаптованих

У ході роботи постало питання, як змінюється динаміка адаптації здобувачів освіти залежно від року навчання. В результаті опрацювання даних найвищий показник дезадаптованих здобувачів освіти виявився на II-му курсі – 48,89%, тоді як на I курсі – 33,96%, на III-му – 40,63%. Ці дані вкотре доводять, що 2-рік навчання на медичному факультеті найскладніший, на якому спостерігається найбільше порушення механізмів адаптації у навчанні (табл 3).

Таблиця 3

Порівняльна таблиця процентних величин, що відображають співвідношення адаптованих та дезадаптованих здобувачів освіти залежно від курсу

Курс	Абсолютний показник, %		
	Адаптовані	Дезадаптовані	Всього:
1	26,92 %	13,85%	40,77%
2	17,69%	16,92 %	34,62%
3	14,62%	10 %	24,62%
Всього:	59,23%	40,77%	100%

Одним із завдань дослідження було вивчення динаміки поширеності патопсихологічних та психопатологічних порушень у студентів протягом навчального року на медичному факультеті. Відповідно до мети роботи суцільне, не вибіркове дослідження особливостей адаптації 146 студентів 1,2,3 курсів було проведено у листопаді місяці, коли 1 семестр був у самому розпалі. Зосередимо увагу на виявленні різних адаптивних і дезадаптивних реакцій та на дослідження різних типів виразності патопсихологічної й психопатологічної симптоматики в здобувачів освіти. За курсом, статтю і віком, учасники розподілилися наступним чином (табл. 4).

Таблиця 4.

Зведена таблиця здобувачів освіти, які взяли участь в обстеженні щодо поширеності психопатологічної симптоматики щодо сезонних змін

Курс	Стать	Розподіл студентів у %	Кількість осіб
1	Дівчата	0,69%	37
	Юнаки	0,31%	16
2	Дівчата	0,71%	41
	Юнаки	0,29%	14
3	Дівчата	0,61%	22
	Юнаки	0,39%	16
Всього:	Дівчата	0,68%	100
	Юнаки	0, 32%	46
Всього:	Дівчата і юнаки	100%	146

Аналізовані результати трирічних соціально-психологічних досліджень довели, що незалежно від року навчання, в усіх учасників знижуються всереднені показники за усіма шкалами методики SCL - 90- R у весняний період. Однак подальший аналіз виявив, що зниження показників за шкалами методики SCL -90- R виявлено лише у групі адаптивних здобувачів освіти, серед яких протягом всього дослідження показники шкал застосовуваної методики не перевищували нормативні (табл. 5).

Таблиця 5

Порівняльна таблиця середніх значень за основними показниками методики SCL -90 R , окремо серед адаптованих та дезадаптованих здобувачів освіти, у зв'язку із сезонними змінами навчального року

№ п/п	Показники з SCL-90	Дезадаптовані/адаптовані			
		осінь	весна	осінь	весна
1.	Соматизація N- 0,55	0,43	0,36	0,81	0,83
2.	Обсесивність-компульсивність N - 0,78	0,61	0,53	1,11	1,04
3.	Міжособистісна сенсипивність N- 0,95	0,64	0,48	1,15	1,24
4.	Депресивність N- 0,72	0,49	0,41	1,08	1,01
5.	Тривожність N- 0,58	0,43	0,32	0,96	0,88
6.	Ворожість N-0,74	0,51	0,41	1,13	1,12
7.	Фобічність N- 0,32	0,2	0,16	0,45	0,5
8.	Паранояльність N- 0,73	0,48	0,42	1	0,98
9.	Психотизм N- 0,44	0,22	0,17	0,63	0,55
10.	Тяжкість симптоматики N- 0,54	0,34	0,28	0,82	0,66
11.	GSI (загальний індекс тяжкості симптомів) N-0,55	0,43	0,36	0,9	0,89
12.	PST (загальна кількість ствердних відповідей) N-36	31,71	28,5	44,8	46,4
13.	PSDI (індекс симптому тичного дистресу) N-1,45	1,18	1,13	1,95	1,76

Можливо, серед особистісних особливостей студентів будуть переважати конструктивні стратегії подолання труднощів, такі як «Вирішення проблеми» чи «Пошук соціальної підтримки». Також може виявитися, що в їхній структурі темпераменту переважають сангвінічні риси, і акцентуації характеру не є виразно вираженими.

Навпаки, студенти із труднощами в адаптації можуть виявляти велику ригідність, прояви психопатології та застигання її проявів. Ймовірно, вони вдаються до стратегій копіngu «Уникнення» при подоланні труднощів, мають яскраві акцентуації застрявання, високий рівень тривожності та переважання меланхолійних рис у структурі темпераменту.

В цілому, можна припустити, що виразність особистісної, патопсихологічної та психопатологічної симптоматики переважно залежить від особистісних особливостей студента, таких як темперамент, характерологія, типи реагування та сприйняття, механізми психологічних захистів і суб'єктивне сприйняття власного психологічного стану.

Порівняння середніх значень параметрів за методикою SCL -90- R показує, що у групі адаптованих студентів всі показники знизилися більш значно щодо вибірки дезадаптованих.

Таким чином, можна зробити певні висновки:

1. Серед студентів II курсу у процесі навчання найчастіше виявлені показники психопатологічної симптоматики: депресивність, схильність до придушення емоцій, вразливості та нервозності, наростання необ'єктивної тривоги і загострення почуття самотності щодо студентів I-х, III-х курсів;
2. Рівень адаптивності студентів-медиків знижується на 2-му році навчання, причому до III-го курсу повертається в межі норми;
3. Усереднені показники за методикою SCL-90-R: соматизація, obsесивність-компульсивність, міжособистісна сенситивність, епресивність, тривожність, ворожість, фобії, паранояльність та психотизм у дезадаптованих студентів у два рази перевищують дані адаптованих;
4. 2-рік навчання на медичному факультеті найбільш складний для студентів, що найчастіше сприяє порушенню механізмів адаптації в навчальному процесі;
5. Отримані результати свідчать про більш стійкі механізми психологічного

захисту у групі адаптованих досліджуваних та її нестабільність у групі дезадаптованих студентів, чим пояснюється діапазон аномального реагування від особистісного, далі до патопсихологічного та, нарешті, до психопатологічних реакцій.

Вплив сесії на рівень виразності дезадаптивної симптоматики серед здобувачів освіти.

Для перевірки гіпотези про вплив сесії як важливого стресового чинника на процес адаптації були оцінені параметри психопатологічної симптоматики окремо серед адаптованих та дезадаптованих здобувачів освіти. Вся вибірка склала 106 осіб, по 53 особи у кожній групі. Аналіз даних дав змогу виявити у всіх дезадаптованих здобувачів освіти підвищення показників за шкалою соматизації перед сесією порівняно з показниками осіннього періоду $P = 0,02$, $M.o. = 0,8$ восени, $M.o. = 1,1$ перед сесією (табл. 6).

Таблиця 6.

Порівняльна таблиця середніх значень за основними показниками методики SCL-90-R серед дезадаптованих студентів щодо впливу сесії.

№ п/п	Показники з SCL-90	Дезадаптовані/Адаптовані			
		Осінь	Перед сесією	Осінь	Перед сесією
1.	GSI (загальний індекс тяжкості симптомів) N-0,55	0,56	0,5	0,92	1,04
2.	PST (загальна кількість ствердних відповідей) N-36	36,6	35,9	45,56	46,41
3.	PSDI (індекс симптоматичного дистресу) N-1,45	1,4	1,23	1,9	2,01
4.	Соматизація N- 0,55	0,57	0,52	0,81	1,06
5.	Обсесивність -компульсивність N- 0,78	0,74	0,67	1,13	1,1
6.	Міжособистісна сенситивність N- 0,95	0,67	0,61	1,17	1,42
7.	Депресивність N- 0,72	0,58	0,52	1,13	1,07
8.	Тривожність N- 0,58	0,53	0,49	1,06	1,02
9.	Ворожість N – 0,74	0,66	0,6	1,1	1,06
10.	Фобичність N- 0,32	0,3	0,27	0,48	0,52
11.	Паранояльність N- 0,73	0,58	0,54	0,92	0,93
12.	Психотизм N- 0,44	0,28	0,27	0,6	0,6
13.	Тяжкості симптоматики N- 0,54	0,51	0,4	0,8	0,77

Серед дезадаптованих було 17 першокурсників, 20 другокурсників, 16 третьокурсників. На параметри психопатологічної симптоматики адаптивних здобувачів освіти початок сесії не чинив значного впливу. У середині кожного курсу обох груп значних змін також не виявлено.

Отже, результати цього дослідження вказують на специфіку соматичного

реагування студентів із дезадаптацією під час сесії. Ймовірно, схильність до соматичних проявів пов'язана з особистісними особливостями цієї групи. Це може включати виразні акцентуації застрягання, дистимії та тривожності, а також переважання механізмів психологічного захисту, таких як придушення та заперечення. Також може бути характерно використання стратегій копіngu «Уникнення» для подолання труднощів.

З іншого боку, параметри психопатологічної симптоматики адаптованих студентів залишаються стійкими протягом передсесійного періоду.

Вплив гендерних відмінностей на поширеність та вираженість дезадаптивної симптоматики у здобувачів освіти в медичного факультету протягом навчального року.

Як зазначалося вище, велику кількість робіт присвячено порівнянню психологічних показників із адаптації серед здобувачів освіти I- V курсів, включаючи розгляд гендерних особливостей.

Маючи на увазі, що гендерні особливості можуть значно впливати на динаміку процесу адаптації студентів, ми провели аналіз всіх параметрів психопатологічної симптоматики за допомогою методики SCL-90-R в залежності від статі. Результати аналізу показали менш виражений рівень пристосування дівчат порівняно з юнаками (таблиця 7). Зокрема, середні значення індексу симптоматичного дистресу у дівчат ($M.o.=1,48$) були достовірно вищими ($P=0,04$) у порівнянні із юнаками ($M.o.=1,32$).

Таблиця 7.

Таблиця середніх значень параметрів за методикою SCL-90 з урахуванням гендерних відмінностей здобувачів освіти

	PSDI	Міжособистісн	Тривога	Депресія
Юнаки	1,32	0,63	0,43	0,56
Дівчата	1,48	0,88	0,72	0,78

Найбільш помітне перевищення параметрів за шкалами тривожності, міжособистісної сензитивності та депресивності в порівнянні із умовною нормою також було виявлено в групі дівчат. Зокрема, в жіночій половині вибірки спостерігається особливо висока тривога, пов'язана із страхом невдач, самотністю та безпорадністю. Ці стани можуть свідчити про наявність невирішених внутрішніх конфліктів. Загалом отримані дані засвідчують схильність до придушення емоцій, вразливості та нервозності в жіночій половині вибірки. Можна припустити, що дівчата, незалежно від року навчання,

представляють собою групу з підвищеним ризиком для адаптації до умов навчання.

Отримані результати показують, що дівчата значно частіше мають проблеми адаптації. Подібна закономірність поширюється на тенденцію розподілу адаптованих і дезадаптованих здобувачів освіти усередині кожного курсу (табл.8).

Таблиця 8.

Порівняльна таблиця абсолютних та відсоткових величин, що відображають, співвідношення адаптованих та дезадаптованих здобувачів освіти залежно від статі

Курс	Стать	Рівень адаптації			
		Адаптовані		Неадаптовані	
		абсолютне	%	Абсолютне	%
1	Д	23	43,4	14	26,42
	Ю	12	22,64	4	7,55
2	Д	20	44,44	21	46,67
	Ю	5	6,67	11	2,22
3	Д	12	37,5	10	31,25
	Ю	7	21,88	7	9,38
Всього:	Д	55	42,31	45	34,62
	Ю	22	16,92	8	6,15

У таблиці 9 висвітлені результати дослідження перевірки впливу статі на процес адаптації, залежно від сезонних змін. Як бачимо, як у юнаків так і у дівчат знизилися показники за всіма параметрами методики SCL -90- R. Проте значущі зміни відбулися лише у жіночій вибірці.

Таблиця 9

Порівняльна таблиця середніх значень за основними показниками методики SCL -90- R, окремо серед юнаків та дівчат, у зв'язку з із сезонними змінами

№ п/п	Показники з SCL-90	Юнаки/ дівчата			
		Осінь	Весна	Осінь	Весна
1.	Соматизація N- 0,55	0,63	0,59	0,51	0,44
2.	Обсесивність-компульсивність N- 0,78	0,87	0,76	1,71	0,67
3.	Міжособистісна сенсипивність N- 0,95	0,92	0,8	1,71	0,73
4.	Депресивність N- 0,72	0,81	0,71	1,57	0,52
5.	Тривожність N- 0,58	0,77	0,62	0,39	0,38
6.	Ворожість N – 0,74	0,8	0,71	0,7	0,68
7.	Фобічність N- 0,32	0,32	0,31	0,28	0,25
8.	Паранояльність N- 0,73	0,71	0,62	0,67	0,69
9.	Психотизм N- 0,44	0,42	0,33	0,32	0,32
10.	Тяжкості симптоматики N- 0,54	0,58	0,46	0,44	0,37
I.	GSI (загальний індекс тяжкості симптомів) N - 0,55	0,67	0,6	0,53	0,52
12.	PST (загальна кількість ствердних відповідей) N - 36	36,6	36,2	33,4	33
13.	PSDI (індекс симптоматичного дистресу). N -1, 45	1,53	1,39	1,44	1,38

Розглядаючи питання взаємозв'язків сезонних змін і статі на процес адаптації, розділимо дівчат та юнаків на дві групи: адаптованих і дезадаптованих. Нами виявлено, що навесні достовірні зміни відбулися у вибірці адаптованих дівчат за шкалами міжособистісної сензитивності $P.=0,02$, $M.o.=0,69$ восени, $M.o.=0,52$ навесні, тривожності $P.=0,01$, $M.o.=0,49$ восени, $M.o.=0,35$ навесні. І серед дезадаптованих юнаків за шкалою соматизації $P.=0,05$, $M.o.=0,74$ восени, $M.o.=0,52$ навесні (табл. 10). У вибірці дезадаптованих дівчат й адаптованих юнаків істотних змін не виявлено.

Таблиця 10

Порівняльна таблиця середніх значень за основними показниками методики SCL -90- R, окремо серед адаптованих та дезадаптованих юнаків та дівчат, у зв'язку з із сезонними змінами

№ п/п	Показники з SCL-90	Дезадаптовані юнаки/дезадаптовані дівчата			
		Осінь	Весна	Осінь	Весна
1.	Міжособистісна сензитивність Норма -0,95	0,69	0,52	1,71	0,73
2.	Тривожність Норма -0,58	0,49	0,35	0,39	0,32
3.	Соматизація Норма -0,55	0,63	0,59	0,74	0,52

Зокрема, на сезонні зміни, залежно від року навчання, пластичніше відреагували другокурсниці. Так, навесні, у другокурсниць достовірно нижче стали виявлятися уразливість, нервозність, необ'єктивна тривога, відчуття самотності (таблиця 11).

Таблиця 11

Таблиця середніх значень параметрів методики SCL -90, жіночої вибірки другого курсу, щодо сезонних змін.

Сезон	Міжособистісна - сензитивність	Тривога	Психотизм	Шкала тяжкості симптоматики
Осінь	1,08	0,85	0,51	0,67
Весна	0,86	0,58	0,33	0,49

Отже, базуючись на аналізі гендерних відмінностей, ми вивчили динаміку адаптаційних можливостей студентів і виявили, що жіноча стать представляє собою групу, яка є високим ризиком в процесі пристосування до умов навчання. Психологічні особливості студенток медичного факультету відображаються в їхній

схильності до депресивності, уразливості, підвищеної нервозності, напруженості, часом відчуття страху та виявлення близьких неприємностей, високих вимог до себе в різних сферах, чи то в навчанні, чи в особистих стосунках, а також актуалізації стресів, пов'язаних з майбутнім. Проте, протягом року вони демонструють більш значущі зміни у параметрах патопсихологічної та психопатологічної симптоматики порівняно з юнаками, що свідчить про їхню виражену гнучкість у процесі тривалого пристосування.

Біологічні, психологічні, соціальні фактори ризику, які порушують адаптацію у здобувачів освіти медичного факультету.

Відомо, що у період юнацького віку відбувається якісна трансформація структури особистості та формується нова психологічна модальність. Цей етап тісно пов'язаний із концепцією кризи, яка визначає його ключові аспекти. Поспішне та успішне подолання цієї кризи надає можливість для важливого особистісного розвитку молодій людині, у той час як неуспішний протікання може спричинити патологічні зміни у її психічній діяльності. Значний вплив на хід цього кризового процесу мають особистісно-типологічні фактори, такі як особливості темпераменту, характеру, вольової поведінки, емоційно-чуттєвої сфери, а також вираженість механізмів психологічного захисту та адекватність психологічного віку. Також значний вплив на процес проходження кризи мають соціально-психологічні умови, в яких знаходиться особистість, такі як умови проживання, освіта, референтна група, рівень рухової активності та характер життєвого стилю.

Система психологічної адаптації включає групу механізмів: «комплекс механізмів психологічних захистів (МПЗ), копінг-стратегії. У процесі вирішення різноманітних психологічних та соціально-психологічних проблем звична система МПЗ, копінг-стратегій у юнацькому віці ґрунтовно змінюється. Так, психологічні дослідження Elkins D. проведені на студентських вибірках показують, що найбільш інтенсивно, у перші роки навчання в університеті розвиваються копінг-стратегії, спрямовані на вирішення проблем» [42]. У той час як частота використання даної стратегії позитивно корелює із рівнем інтелекту студента, найбільш популярною серед них залишається стратегія уникнення. Однак, серед різних механізмів

психологічного захисту, частіше за все виявляється проекція, яка визначається як перенесення неприйнятних почуттів, думок та станів на інших суб'єктів.

Отже, наступний етап нашого дослідження спрямовано на виявлення біологічних, особистісних, характерологічних, гендерних особливостей студентів, сприяють дезадаптації.

Особливості впливу суб'єктивних сприйнятів факторів стресу на динаміку адаптації здобувачів освіти.

Відповідно до завдань кваліфікаційного дослідження, за допомогою запитальника «Фактори напруженості» ми проаналізували особливості сприйняття стресу і реагування на нього серед студентів I, II, III курсів усієї вибірки (146 осіб). Передбачалося, що 27 причин напруженості можна розбити за класами, з погляду сфери виникнення (наприклад: стрес соціального характеру, особистісного). Дійсно, отримані дані дали змогу виділити 3 фактори стресу: перші пов'язані з питаннями, які відображають проблеми конфліктів (конфлікти зі студентами, друзями, батьками). Ми визначили його як особистісний; другі зумовлені питаннями, пов'язаними з процесом навчання (незручний розклад, недосипання) – мікросоціальний чинник. І третій чинник ми назвали макросоціальним, оскільки до нього включені питання глобального характеру - небезпеки війни, терактів, екологічних катастроф, економічного життя суспільств. Аналізуючи результати методики вивчення впливу суб'єктивних чинників стресу, ми виявили залежність між особливостями сприйняття стресу та роком навчання здобувачів. Виявилось, що проблема девіацій (алкоголізм, наркоманія) в суспільстві сильніше хвилює першокурсників. Очевидно це пов'язано із соціальною актуальністю проблеми та підвищеною навіюваністю 17-ти літніх студентів, безпосереднім зростанням напруженості у суспільстві, а також відображенням цієї проблеми у реальному житті.

Першокурсників частіше, порівняно з II-м та III-м роком навчання, хвилює проблема конфліктів у транспорті. В основному це іногородні студенти (79%), більша частина яких проживала в маленьких населених пунктах. Самі студенти вкрай негативно відгукуються про поїздки у транспорті нашого міста, перераховують факти необ'єктивного «хамства», скандалів, з боку пасажирів та контролерів.

Причому до III-го року навчання актуалізація даного чинника знижується, що свідчить про пристосування здобувачів до цієї проблеми. Також студентів II-го курсу частіше турбують проблеми, які пов'язані із нестачею розваг і стосунків із протилежною статтю. Ми вважаємо, що слід розглядати ці чинники разом як значущі в юнацькому віці. Проте специфіка навчання на медичному факультеті не дозволяє молодій людині повною мірою реалізовувати всі особисті потреби, обмежує її вибір у бік отримання та розширення медичних знань та навичок.

Розглядаючи аспекти стресу, ми також виявили ситуації напруженості, які важливі для студентів, враховуючи гендерні відмінності. З'ясувалося, що дівчата вище актуалізують більшість стресових факторів. Наприклад, в нашій вибірці жіноча стаття виявила значно сильнішу реакцію на макро- та мікро-соціальні чинники, такі як страх терактів, екологічних катастроф та невдоволеність розкладом. Страх перед терактами та екологічними катастрофами виявився пов'язаний з високим рівнем тривоги, який частіше виявляється у жінок, особливо тих, хто стурбований своїм майбутнім. Проблеми з недосипанням та несприятливим розкладом занять швидше пов'язані з великим навчальним навантаженням на медичному факультеті. Дослідження також вказало на те, що дівчата виявляють вищу відповідальність за навчання, порівняно з юнаками. Наприклад, за результатами опитувальника "Мотиви вибору професії лікаря", успіх у навчанні на факультеті був названий мотивом 92% дівчат і лише 5% юнаків. Особистісний фактор, такий як нестача розваг, також частіше турбує жінок, що може бути пов'язане з їхнім пріоритетом успішного навчання.

Аналізуючи результати методики чинників стресу, ми змогли виділити параметри сприйняття стресу адаптованими і дезадаптованими студентами (таблиця 12). Виявлено, що студенти, які зазнають труднощі в адаптації, активно реагують на стресові ситуації, пов'язані з навчальним процесом. Ці фактори включають неприємний розклад, страх перед іспитами, відсутність інтересів поза навчанням, високе навантаження під час навчального процесу, відсутність розваг та вільного часу, недостатність сну та надходження сесії. Також достовірно сильно, дезадаптованих студентів турбують конфлікти у транспорті та особисті проблеми – незадовільні відносини з протилежною статтю, самотність, страх за своє майбутнє.

Таблиця 12

По	Чинники напруженості.	М.о.	
		Адаптовані	Неадаптовані
1.	Незручний розклад.	1,19	1,94
2.	Страх перед іспитами.	2,27	2,64
3.	Відсутність інтересів поза навчанням.	0,66	1,28
4.	Високе навантаження у навчальному процесі.	1,82	2,62
5.	Нестача розваг.	1,13	2,68
6.	Нестача вільного часу.	2,11	2,60
7.	Недосипання.	2,15	2,60
8.	Сесія, що насувається.	2,38	2,77
9.	Незадовільні стосунки із протилежною статтю.	0,70	1,05
10.	Конфлікти у транспорті.	0,51	1,09
11.	Самотність.	0,79	1,33
12.	Побоювання за своє майбутнє.	1,31	1,84

Аналізуючи результати методики вивчення суб'єктивних чинників стресу в контексті сезонних змін, ми виявили, що немає значних відмінностей у сприйнятті стресу між студентами навесні та восени, незалежно від року навчання. Вірогідно, конкретні фактори напруженості, зазначені у нашому опитувальнику, є сталими у когнітивному просторі кожного студента. З цієї точки зору можна припустити, що вираженість патопсихологічної та психопатологічної симптоматики визначається в основному особистісними особливостями студента, такими як темперамент, характер, тип реагування, сприйняття, механізми психологічних захистів та психотравмуючі переживання. Під час аналізу результатів щодо факторів напруженості за допомогою одномірного регресійного аналізу, ми не виявили параметрів сприйняття стресу, які б були значущими для визначення змін у реагуванні адаптованих та дезадаптованих студентів на сесійний період порівняно з осіннім періодом. Це додатково підтверджує гіпотезу, що конкретні фактори стресу є сталими у когнітивному просторі кожного студента, а вираженість психопатологічної

симптоматики переважно залежить від особистісної передиспозиції студента, такої як темперамент, характер, тип реагування, сприйняття та механізми психологічних захистів.

Отже, можна зробити певні висновки. Студенти з труднощами до адаптації достовірно сильніше актуалізують стреси, пов'язані із особистими конфліктами та навчальним процесом. Першокурсників, порівняно з II-м та III-м роком навчання, достовірно сильніше хвилює проблема девіацій в суспільстві та проблема конфліктів у транспорті та нестача інтересів поза навчанням. Другокурсників достовірно сильно, в порівнянні з I-м і III-м роком навчання турбують труднощі у відносинах із протилежною статтю. Третьокурсників достовірно сильніше хвилює проблема нестачі розваг порівняно з 1-м та 2-м роком навчання. Дівчата усієї вибірки, незалежно від року навчання, сильніше турбуються про процес навчання і можливі проблеми майбутнього часу: теракти, екологічні катастрофи, порівняно з юнаками.

Виявлення особистісних особливостей здобувачів освіти, які впливають на процес адаптації.

Дослідження біологічних, особистісних та соціальних характерологічних особливостей студентів, що впливають на процес адаптації, проходило на вибірці 80 осіб 2 курсу, які за результатами попереднього дослідження склали 2 групи:

1. Контрольну, до неї входять адаптовані студенти (середній показник PSDI-1,1), 53 особи або 66%, з них 34 дівчата, 19 юнаків;
2. Основну, до неї входять здобувачів освіти, які виявляють ті чи інші ознаки дезадаптивної поведінки (середній показник PSDI- 1,9), 27 осіб або 33%, з них 17 дівчат, 10 юнаків.

Основним критерієм адаптації, дезадаптації, ми розглядали індекс PSDI (індекс готівкового симптоматичного дистресу, умовно нормований показник для студента = 1,45).

Перший етап дослідження був спрямований на дослідження впливу психогенних факторів на процес адаптації здобувачів освіти проводилося за допомогою

опитувальника суб'єктивних факторів стресу, що складається із 27 питань. Аналіз значень тих чи інших питань виявив п'ять стресорних факторів, що сприяють виникненню дисстресу - це поширеність девіацій у суспільстві, конфліктні чи напружені відносини з викладачами, погані житлові умови, тривога за своє майбутнє.

У ході дослідження було поставлено завдання знайти біологічні та особистісні характеристики, що детермінують дезадаптовану особистість. Для цього ми провели численні взаємозв'язки між показниками індексу PSDI двох груп піддослідних та результатами методик: «Типи темпераменту», «Акцентуації характеру» LSI (дослідження психологічних механізмів захисту), «Типи сприйняття», «Копінг механізми», «Психологічний вік».

Сьогодні, більшість наукових підходів, у медицині, психології, психогенетиці, розглядають біологічні характеристики людини, насамперед, на основі специфіки формування характеру, волі, певних патернів поведінки. Отож, результати методики «Типи темпераменту» довели переважання домінантних типів темпераменту сангвініка та флегматика (табл. 13) серед здобувачів освіти усієї вибірки.

Таблиця 13

Порівняльна таблиця виразності домінантного типу темпераменту серед усієї вибірки здобувачів освіти

Домінантний тип темпераменту	Сангвінік	Флегматик	Холерик	Меланхолік
Абс. значення	36 чол	27 осіб	12 осіб	12 чол.
% позначення	41,38%	31,03%	13,79%	13,79%

З одного боку, особи з домінуванням вказаних рис характеру проявляють витривалість та мають стійку, сильну нервову систему, що, ймовірно, сприяє їх успішній адаптації до навколишнього середовища. З іншого боку, ці типи особистості виявляють відсутність імпульсивності та творчого пориву, які, в свою чергу, сприяють гнучкості та пластичності в процесі пристосування до нових умов.

Наступним етапом нашого дослідження було аналіз акцентованих рис характеру у молоді за методикою Карла Леонгарда, який описує виразні риси характеру та їх

вплив на поведінку. Це 10 акцентованих характеристик: гіпертимна, дистимна, циклотимна, емотивна, збудлива, педантична, тривожна, демонстративна, застрягаюча, екзальтована. Гіпертимні особистості відрізняються високим настроєм, енергійністю та схильністю до авантур. Дистимна акцентуація проявляється в пасивності та зниженому настрої. Циклотимія об'єднує елементи як гіпертимії, так і дистимії. Емотивні особистості відрізняються великою чутливістю та вразливістю. Демонстративна особистість прагне бути в центрі уваги, навіть заради будь-якої ціни. Збудливі особи характеризуються підвищеною дратівливістю та агресивністю. Застрягаючий тип особистості залишається зафіксованим на своїх почуттях та думках, тоді як педантичні особистості переймаються деталями ситуацій. Тривожні особистості більше схильні до переймання страхів, які виявляються в їхніх діях. Екзальтовані особистості мають мінливий настрій та вразливість, часто легко відволікаються.

У нашому обстеженні для аналізу особливостей дезадаптації виділялися учасники лише з яскраво вираженими акцентуаціями характеру (таблиця 14).

Таблиця 14

Порівняльна таблиця процентних величин загострених акцентуацій характеру за методикою «Акцентуації характеру» серед адаптованих та дезадаптованих здобувачів освіти

№ п/п	Акцентуація	Відсоткові показники	
		Дезадаптовані (27 осіб)	Адаптовані (53 особи)
1.	Гіпертимна	18,48%	32,08%
2.	Дистимна	18,52%	13,21%
3.	Циклотимна	59,26%	24,53%
4.	Емотивна	37,04%	24,53%
5.	Демонстративна	18,50%	22,64%
6.	Збудлива	33,33%	20,07%
7.	Застрягаюча	22,30%	5%
8.	Педантична	14,80%	9,40%
9.	Тривожна	11,11%	1,80%
10.	Екзальтована	59,20%	26,40%

За даними таблиці видно, що в характері адаптованих здобувачів освіти переважає гіпертимна та демонстративна акцентуації. До того ж, основна

відмінність «демонстранта» - високий рівень пристосовуваності до середовища. «Застрягаюча» і «Тривожна» акцентуація у 5-7 разів виражена сильніше серед дезадаптованих здобувачів, інші акцентуації у 2-3 рази сильніше виражені серед дезадаптованих порівні із адаптованими здобувачами. Відомо, що акцентована риса характеру - застрягання, привносить у поведінку особистості ригідність, тривале та нерациональне «перетравлення» неспокійних думок, почуттів, емоційних станів, відчуття «ходіння по колу» своїх проблем.

Наступний етап дослідження дав нам змогу визначити 3 механізми психологічного захисту: компенсація, витіснення, заперечення, які несли значні відмінності між адаптованими та дезадаптованими групами студентів (таблиця 15). Основні концепції механізмів психологічного захисту (МПЗ) відзначаються як ключові в глибинній психології, зокрема у теорії З. Фрейда, де вони розглядаються як способи захисту свідомості від неприйнятних думок, почуттів та відчуттів. У ході нашого дослідження ми визначили та розглянули вісім МПЗ. Механізм заперечення проявляється у відштовхуванні неприйнятних емоцій та думок в даний момент. Витіснення (пригнічення) характеризується виштовхуванням небажаних досвідів у несвідомий простір. Регресивна поведінка виявляється інфантильними спробами уникнення неприємних переживань, такими як капризи, маніри, дитячий голос та сльози. Механізм компенсації проявляється у спробах знайти заміну реального чи уявного недоліку іншою якістю, часто шляхом присвоєння собі властивостей іншої особистості. Проекція описується як перенесення свого стану на співрозмовника. Заміщення - це перенесення неприємних думок, почуттів та станів з загрозового об'єкта на більш безпечний. Інтелектуалізація (раціоналізація) характеризується логічним поясненням неприємної інформації, що не допускає чуттєвого проживання. Захисний механізм реактивних утворень характеризується проявом помилкових рис, протилежних істинним (наприклад: надмірна жорстокість, проявляється як надмірна жалісливість). Усі МПЗ можна розділити на дві групи - умовно позитивні та негативні. Лише два механізми, а саме раціоналізація та сублімація, можуть вивільнити енергію конфлікту між свідомою та несвідомою структурами, відносячись відповідно до позитивних. Решта МПЗ обмежують психічну енергію та не дозволяють вирішити інтрапсихічний конфлікт.

Таблиця 15

Таблиця величин, що показують достовірність відмінностей у параметрах методики «ІСЖ» серед адаптованих та дезадаптованих здобувачів освіти

№ п.п ÷	Захисні механізми	Середні величини	
		Адаптовані (%)	Дезадаптовані (%)
1.	Заперечення	53,47	64,96
2.	Витіснення	66,69	84,87
3.	Регресія	53,1	71,4
4.	Компенсація	59,47	68,24
5.	Проекція	43,2	54,5
6.	Заміщення	62,71	83,12
7.	Інтелектуалізація	49,4	64,53
8.	Реактивні утворення	47,5	72,74

Згідно з даними таблиці, очевидно, що у студентів з труднощами адаптації всі механізми психологічного захисту виявилися в 1,2-1,5 рази сильнішими, ніж у їх адаптованих однолітків. Механізми компенсації, витіснення та заперечення тісно взаємодіють, як у психічному, так і в соціальному аспекті в контексті наших досліджень. Наприклад, механізм заперечення виражається у відкиданні особистістю інформації, що може призвести до конфлікту. Цей процес, орієнтований на зовнішній світ, часто протистоїть механізму витіснення – психологічному захисту від внутрішніх, інстинктивних вимог та спонукань. Витіснені та пригнічені імпульси, які не знаходять виходу в поведінці, зберігають свої емоційні та психофізіологічні компоненти. Це може призводити до того, що внутрішній конфлікт залишається нерозв'язаним, і викликане ним емоційне напруження суб'єктивно відчувається як невмотивована тривога зовнішньо. Саме тому витіснені потяги можуть проявлятися у невротичних та психофізіологічних реакціях. У нашій методиці, індекс життєвого стилю включає питання, що розглядають механізм ізоляції, що вказує на ще більше збільшення внутрішньої напруги особистості. Найбільш пов'язаним з показником PSDI виявився механізм компенсації, проявляючись у спробах знайти відповідну заміну реального чи уявного недоліку іншою якістю, часто за допомогою присвоєння собі якостей, властивостей іншої особистості. Це часто

відбувається в ситуаціях, коли необхідно уникнути конфлікту з цією особистістю (зазначимо, що конфлікти з викладачами, що є екзогенним фактором стресу, найчастіше виникають в групі студентів із труднощами адаптації). При цьому, запозичені цінності та установки приймаються без аналізу та не стають частиною самої особистості.

Ряд вчених обґрунтовано вважають, що компенсацію можна розглядати як одну з форм захисту від комплексу неповноцінності. Наприклад, у юнака, психологічний вік якого відповідає 14-15 рокам, спостерігається накопичення агресивних тенденцій, що спрямовані проти нього самого. Очевидно, що всі представлені механізми психологічного захисту: компенсація, витіснення, заперечення не сприяють розв'язанню внутрішнього конфлікту, спотворюють сприйняття дійсності, а також провокують механізм визначення та відсторонення від переробки проблемних ситуацій. У групі студентів із труднощами адаптації ці механізми виявилися достатньо вираженими і, ймовірно, перешкоджатимуть прояву природних пристосувальних реакцій у молоді.

Наступний етап нашої роботи полягав у аналізі взаємозв'язків між результатами методики "Копінг-стратегії". Зараз вчені в Україні та за кордоном активно досліджують проблеми копінг-поведінки. В контексті транзакційної когнітивної теорії стресу та копінгу поняття "копінг" або "подолання стресу" розглядається як діяльність особистості, спрямована на підтримку та збереження балансу між вимогами середовища та ресурсами, що задовольняють цим вимогам (Лазарус Р.). Цілеспрямована поведінка, спрямована на усунення або зменшення інтенсивності впливу стресора на особистість, є активною копінг-поведінкою, що реалізується за допомогою вибору копінг-стратегій на основі особистісних та соціальних копінг-ресурсів. Копінг-стратегії при цьому розглядаються як спосіб управління стресом та як актуальні відповіді особистості на загрозу, що її вона сприймає (Койн Дж., Лазарус Р.). Копінг-ресурсами є відносно стабільні характеристики особистості (концепція "Я", локус контролю, емпатія, афіліація, сприйняття соціальної підтримки та ін.) та фактори середовища (підтримка соціальних мереж, яка сприяє розвитку копінг-стратегій - вирішенню проблем, пошуку соціальної підтримки та уникненню) (Мус Р., Біллінг А., Брехм С., Кассін С.). У нашому дослідженні оцінка результатів методики "копінг-

механізми" показала тісний зв'язок копінгу уникнення з поняттям адаптації та дезадаптації. Можна припустити, що саме уникнення труднощів у процесі пристосування молодшої людини до життя може провокувати у нього проблему дезадаптації.

Оцінка психологічного віку дала змогу розділити учасників на три групи:

1. студенти, чий психологічний вік нижчий від біологічного на 1-5 років;
2. студенти, чий психологічний вік відповідає біологічному;
3. студенти, чий психологічний вік вищий за біологічний на 1-5 років.

Порівняння показників виділило групу студентів з низьким психологічним віком для передбачення ризику дезадаптації. Дослідження ж домінуючих типів сприйняття показало відсутність зв'язку в двох групах досліджуваних, з чого випливає, що переважання будь-якого типу сприйняття необов'язково перешкоджатиме адаптивним можливостям студента.

Отож, представлені закономірності в даному дослідженні обґрунтовують можливість прогнозування ризику дезадаптації у студентів з вираженими меланхолійними або холеричними рисами у структурі флегматичного або сангвінічного темпераменту; з акцентуацією особистості за типом; переважанням певних механізмів психологічного захисту (компенсація, заперечення, витіснення); превалюванням копінг-механізму у вигляді звичної реакції на стрес-уникнення; неадекватним психологічним сприйняттям свого віку.

Дослідження відмінностей психологічних показників здобувачів освіти залежно від статі.

У ході дослідження ми вирішили переглянути взаємозв'язки особливостей психопатологічної симптоматики, темпераменту, характеру, психологічних механізмів захисту, типів сприйняття, копінг-механізмів, психологічного віку з погляду тендерних відмінностей у студентів. Це 80 другокурсників, 51 дівчина та 29 юнаків.

Досліджуючи прояви статевих відмінностей у механізмах психологічного захисту, ми виявили сильний вплив статі на механізми регресії, компенсації, реактивних стани виключно за рахунок дівчат (таблиця 16).

Таблиця 16

Таблиця середніх значень механізмів психологічного захисту (методика ІСЖ), щодо статевих відмінностей.

Стать	Психологічні захисту (М.о.)		
	Регресія	Компенсація	Реактивні стани
Юнаки	63,50	60,72	55,75
Дівчата	83,50	80,43	67,75

Так, механізм регресії найбільш сильно виділяє жіночу половину і говорить про їхню підвищену схильність до інфантильної поведінки (наприклад: дитяча мова, примхливість, кокетливість). У той же час, це може бути пов'язане з високою чутливістю, природною кокетливістю юнацького віку. Механізм компенсації, що переважає у представниць жіночої статі, виявляється у намаганні знайти аналогічну заміну реальному або уявному недоліку шляхом присвоєння собі якостей, характеристик, часто виходячи за межі власної особистості. Це часто відбувається у ситуаціях, коли необхідно уникнути конфлікту з конкретною особою чи розв'язати проблему (зазначимо, за даними нашого експерименту, особливо актуально у групі студентів із труднощами адаптації, де конфлікти з викладачами виявляються найбільш розповсюдженими). У цьому контексті позичені цінності та установки приймаються без проведення аналізу та не стають невід'ємною частиною особистості. Деякі дослідники обґрунтовано вважають, що компенсацію можна розглядати як один із способів захисту від внутрішнього комплексу неповноцінності. Наприклад, у інфантильної дівчини відбувається накопичення образ, розчарувань у відносинах, страху самотності, агресивних тенденцій спрямованих проти неї самої. Відсутність усвідомлення, що спрямовує поведінку особистості в інший бік, тим самим інтрапсихічний конфлікт загострюється. Механізм реактивних утворень із точністю навпаки спотворює внутрішню реальність. Наприклад, справжня жорстокість, усвідомлюється як м'якість, жалість; нестримність сексуальних потягів, як висока моральність. Очевидно, що всі представлені МПЗ: регресія, компенсація, реактивні утворення не дають можливості розв'язання внутрішнього конфлікту, спотворюють сприйняття

дійсності, а також провокують накопичення невирішених проблемних ситуацій. У жіночої половини вибірки дані механізми сильно виражені і, швидше всього, перешкоджатимуть прояву природних пристосувальних реакцій.

За результатами методики «Акцентуації характеру» К. Леонгарда, ми виділили емотивну акцентуацію у дівчат виражену сильніше стосовно юнаків. Це говорить про підвищену чутливість, уразливість, сльозливість, нервозність жіночої половини вибірки, що ще раз підтверджує висновки зроблені вище.

Нами також було проаналізовано результати методики «Типи темпераменту» залежно від статі (таблиця 17). Множинні поєднання двох виражених типів темпераменту: МС, СГ, ФС, ФМ, ХФ, ХМ щодо гендерних відмінностей розподіляються наступним чином. Чисто жіночим виявилось поєднання меланхолік-сангвінік, холерик-меланхолік, а суто чоловічим флегматик-холерик. Також у чоловіків переважає поєднання флегматик-сангвінік, у жінок домінує поєднання сангвініка з холериком та флегматика з меланхоліком.

Таблиця 17

Порівняльна таблиця процентних показників поєднання типів темпераменту у здобувачів освіти (за статевою ознакою)

Стать	М-С	С-Х	Ф-М	Ф-С	Ф-Х	Х-М
Дівчата	3,75%	35%	18,75%	7,5%	0 %	2,5%
Юнаки	0 %	17,5%	1,25%	11,25%	2,5%	0%

З табличних даних, очевидно, що більшість дівчат і юнаків мають домінують стійкої психіки, сильну, рухливу або малорухливу, врівноважену нервову систему. Разом з тим, у дівчат (39,2%) є тенденції до зайвої чутливості, сльозливості, труднощів у відкритому способі вираження емоцій, що прийнято відносити до меланхолійного типу реагування.

Аналіз факторів стресу дозволив відстежити ситуації напруги, актуальні для студентів. Виявилось, що більшість стресів вище актуалізують теж дівчата. Так, у них більше виражений страх своє майбутнє. Ця особливість ще раз підтверджує нашу думку щодо складнощів у процесі адаптації саме у студенток медичного факультету.

Отже, на підставі гендерних відмінностей ми простежили динаміку

даптаційних можливостей студентів, у зв'язку з їх особливостями темпераменту, характеру, психологічних механізмів захисту, типів сприйняття, копінг-механізмів, психологічного віку. Виявили жіночу стать, як групу ризику у процесі пристосування до навчання. Психологічні особливості студенток медичного факультету з проблемами в адаптації видаються нам таким чином: схильність до закритості, уразливості, підвищена нервозність, напруженість, часом відчуття страху та відчуття близьких неприємностей, актуалізація стресів пов'язаних з майбутнім часом. Молодих людей відрізняє стійка психіка, сильна, рухлива чи малорухлива, врівноважена нервова система, здатність обходити гострі кути, уникати конфліктних ситуацій, здатність до рефлексії, як усвідомлювати свої внутрішні стани.

У ході дослідження ми вирішили також переглянути взаємозв'язки особливостей темпераменту, характеру, психологічних механізмів захисту, типів сприйняття, копінг-механізмів, психологічного віку з погляду гендерних відмінностей лише у неадаптованих студентів. Це 27 другокурсників, 17 дівчат та 10 юнаків. Узагальнені результати представлені у таблиці 18.

Таблиця 18.

Таблиця психологічних особливостей дезадаптованих юнаків та дівчат, виявлених протягом усього дослідження з погляду гендерних відмінностей.

№ п/п	Стать	Психологічні особливості
1.	Юнаки	Переважає сильна, врівноважена ЦНС; високий рівень соматизації; яскраво виражена застрягаю акцентуація; переважання кінестетичного сприйняття, що уникає способу поведінки, захисних механізмів заперечення, придушення; низький психологічний вік; підвищена психічна ригідність; низька здатність конструктивно вирішувати конфлікти у близьких відносинах (родина, друзі, дівчата).
2.	Дівчата	Переважає слабка, нерівноважена ЦНС; інтровертованість; яскраво виражена застрягає акцентуація; домінанта слухового сприйняття, захисного механізму регресії; низький психологічний вік; висока чутливість до того, що відбувається; страхи за своє майбутнє з приводу навчання (іспити, контрольні); низька здатність конструктивно вирішувати конфлікти із незнайомими людьми.

Висновок до розділу 2

Узагальнюючи результати проведеного емпіричного дослідження, стають очевидними відмінності у групах адаптованих та дезадаптованих студентів. Так

останні схильні до витіснення, заперечення неприємної інформації; мають низький психологічний вік із переважаючою застрягаючою акцентуацією, ригідні у сфері психічного реагування, особистісного зростання; надмірно турбуються за своє майбутнє, переживають самотність; не вміють будувати стосунки із протилежною статтю.

При цьому на процес адаптації впливає ціла низка психологічних - особливості темпераменту, характеру, типу реагування, типу сприйняття, механізмів психологічних захистів та соціальних – умови навчання, зручність розкладу, ситуація у суспільстві в цілому (соціальні ризики, загрози, девіації тощо) та в середині освітнього закладу (безпечне середовище, можливість налагоджувати безконфліктні контакти тощо) чинників.

Інтенсивність та пріоритетність їх впливу залежить від низки соціально-психологічних умов – починаючи від готовності до прийняття викликів в залежності від віку студентів, їх гендерних особливостей та закінчуючи курсом, на якому вони навчаються.

З огляду на результати дослідження виникає необхідність у корекційно-профілактичній роботі з дезадаптованими студентами.

РОЗДІЛ 3

СПЕЦІАЛІЗОВАНА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, СПРЯМОВАНА НА ПРОФІЛАКТИКУ ОСОБИСТІСНИХ ДЕЗАДАПТАЦІЙ У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ МЕДИЧНОГО ЗВО

3.1. Структура та зміст психокорекційної програми «Шлях до особистісної гармонії»

Для дезадаптованих здобувачів освіти та здобувачів освіти з ризиком дезадаптації ми скористалися диференційованою корекційно-профілактичною програмою «Шлях до особистісної гармонії» [29], яка спрямована на:

1. Коригування особистісного реагування в умовах освітнього середовища як заходу для попередження соціально-психологічної дезадаптації.
2. Профілактика виникнення аномальних особистісних переживань та відхилень у поведінці як складова соціально-психологічної дезадаптації.
3. Використання індивідуальних та групових технік – усвідомлення, аналіз ранніх дитячих спогадів, релаксація, саморегуляції поведінки, рольові ігри, конструктивного вирішення конфлікту.

Програма профілактики ґрунтується на концепції адаптованої поведінки, яка є характерною для особистостей з високим рівнем розвитку і проявляється у їх здатності ефективно подолувати труднощі. Основний акцент робиться на усвідомленні (думок, почуттів, відчуттів) як ключовому елементі програми. Цільовою спрямованістю є формування навичок саморегуляції, конструктивного подолання труднощів, вивчення внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів, а також розвиток навичок усвідомлення власних імпульсів, потреб і переживань. Програма також надає можливість засвоєння форм поведінки, сприяючи здоровому способу життя. Її основу складають закономірності психічного розвитку юнацького віку, соціальні умови життя (гуртожиток або домівка), гендерні відмінності, особистісні та психофізіологічні особливості студентів, виявлені під час обстеження. Програма розрахована на 30 занять тривалістю 1,5-2 години, які проводяться протягом місяця (по 3 заняття щотижня), включаючи 20 групових занять з урахуванням конкретних психологічних характеристик у підгрупах (юнаки, дівчата).

Реалізація програми здійснювалася серед 46 дезадаптованих студентів (38 дівчат,

8 юнаків) із квітня по травень 2019 року. 25 дезадаптованих студентів складала контрольну групу та не брали участь у програмі.

Програма складалася із блоків:

1. Змістовний, відбувався у загальній групі;
2. Психокорекційний, проводився в окремих підгрупах у тренінговій формі (табл. 19).

Таблиця 19

Структура занять:

№ п.п	Тема заняття:	Кільк.
1.	Формування мотивації на роботу (тренінг).	2
2.	Модель психіки людини, закономірності психічного простору (семінар).	2
3.	Формування навичок усвідомлення відчуттів, імпульсів (тренінг).	3
4.	Формування навичок усвідомлення емоційно-чуттєвої сфери (тренінг).	3
5.	Формування навичок усвідомлення механізмів психологічного захисту (тренінг).	3
6.	Теорія та практика вирішення конфліктів (семінар).	2
7.	Аналіз ранніх дитячих спогадів за Адлером (тренінг).	3
8.	Дослідження життєвих сценаріїв з урахуванням аналізу ранніх дитячих спогадів за Адлером (тренінг).	3
9.	Формування навичок конструктивного вирішення внутрішньоособистісних конфліктів (тренінг).	3
10.	Формування навичок конструктивного вирішення міжособистісних конфліктів (тренінг).	3
11.	Розвиток навичок конструктивної взаємодії у сім'ї (тренінг).	3
12.	Психологія відносин із протилежною статтю (семінар).	2
13.	Опанування тілесно-орієнтованих практик (тренінг).	3
14.	Методи саморегуляції: аутотренінг за Шульцем (тренінг).	3
15.	Методи саморегуляції: з урахуванням візуалізації (тренінг).	3
16.	Методи саморегуляції: з урахуванням дихання. Управління емоціями (тренінг).	3
17.	Методи саморегуляції: на основі нервово-м'язового розслаблення, довільного самонавіювання (тренінг).	3
18.	Методи саморегуляції: закріплення навичок (тренінг).	3
Всього:		50

Зауважимо, що заняття № 3,4,5,9 були організовані окремо для юнаків і дівчат. Це було зроблено задля того, щоб з'ясувати відмінності у формуванні їх індивідуальних механізмів психологічних захистів та особливостей внутрішньоособистісних проблем, які мають гендерні особливості. Інші тренінгові заняття проводилися 3 рази на тиждень у 3 х підгрупах – по 4 юнаки та

19 дівчат у кожній.

***Класифікація варіантів індивідуально-типологічних
характеристик, з урахуванням результатів дослідження.***

Тип 1 «Тривожно-застрагаючий»: З величезним переважанням застрагаючої і тривожної акцентуації, вираженими механізмами психологічного захисту - заперечення, придушення. Виявляє занепокоєння, невдоволення життям, загалом відчуває приховану чи явну незадоволеність собою та іншими. Має неадекватну (частіше занижену) самооцінку. Схильний до постійних сумнівів, фобій, недовірливий. Гостро реагує на мікросоціальні та особистісні фактори стресу. Труднощі у відносинах із протилежною статтю. Переважають механізми психологічного захисту: витіснення, заперечення (табл. 20).

Таблиця 20

Тип 1 "Тривожно-застрагаючий"

**В основі занять гештальт-практики, методологія А. Адлера, оволодіння
методами саморегуляції**

Найменування заняття.	Кільк. годин
1. Формування навичок усвідомлення відчуттів, імпульсів (Тренінг).	4
2. Формування навичок усвідомлення емоційно-чуттєвої сфери (тренінг).	5
3. Формування навичок усвідомлення механізмів психологічного захисту (тренінг).	3
4. Аналіз ранніх дитячих спогадів з Адлера (тренінг).	3
5. Дослідження життєвих сценаріїв з урахуванням аналізу ранніх дитячих спогадів по Адлеру (тренінг).	3
6. Формування навичок конструктивного вирішення внутрішньоособистісних конфліктів (тренінг).	3
7. Опанування тілесно-орієнтованими практиками (тренінг).	3
8. Методи саморегуляції: з урахуванням дихання. Управління емоціями (тренінг).	3
9. Методи саморегуляції: на основі нервово-м'язового розслаблення, довільного самонавіювання (тренінг).	3
	Всього 30 год.

Тип 2 «Гіпертивно-демонстративний»: З переважанням гіпертимної та демонстративної акцентуації, вираженими механізмами психологічного захисту – регресія, компенсація (табл. 21). Може виявляти як розсудливість та обережність, так і імпульсивність, готовність йти на ризик. У тих випадках, коли дуже хоче досягти бажаного може піти на ризик. Часто діє, не надто замислюючись про наслідки. Заради миттєвих насолод може робити ризиковані вчинки. Існуючі у суспільстві моральні норми, заборони та правила поведінки враховує залежно від обставин та особистих інтересів. Явно не нехтує правилами пристойності та думкою оточуючих, але й далеко не завжди дотримується їх. Не надає належного значення думці і почуттям оточуючих. Погано контролює свої емоції та поведінку. Легко виходить із себе.

Таблиця 21

Тип 2 "Гіпертивно-демонстративний".

В основі занять оволодіння методами саморегуляції

Найменування заняття.	Кільк.
1. Формування навичок усвідомлення відчуттів, імпульсів (Тренінг).	3
2. Формування навичок усвідомлення емоційно-чуттєвої -сфери (тренінг).	3
3. Формування навичок усвідомлення механізмів психологічного захисту (тренінг).	3
4. Формування навичок конструктивного вирішення внутрішньоособистісних конфліктів (тренінг).	3
5. Опанування тілесно-орієнтованих практик (тренінг).	3
6. Методи саморегуляції: з урахуванням дихання. Управління емоціями (тренінг).	6
7. Методи саморегуляції: на основі нервово-м'язового розслаблення, довільного самонавіювання (тренінг).	3
	Всього 30 год.

Тип 3 «Унікаючий»: З переважанням педантичної акцентуації та схильності до уникнення подолання труднощів, вираженими механізмами психологічного захисту – витіснення, заміщення, раціоналізація, регресія (табл. 22). Може виявляти розсудливість та обережність, важко зважитися на ризик. Занадто багато замислюється про наслідки ще недосконалих дій. Існуючим у суспільстві моральним нормам, заборонам і правилам поведінки надає велике значення, зазвичай, рахунок

особистих інтересів. Не завжди може впоратися із життєвими труднощами. Намагається підкреслити бездоганність своєї поведінки та ставлення до оточуючих, явно прагне показати себе з кращого боку, продемонструвати найкращі схвалені суспільством риси.

Таблиця 22

Тип 3 «Уникаючий»

В основі занять навчання конструктивним способом подолання труднощів, оволодіння методами саморегуляції

Найменування заняття	Кільк. годин
1. Формування навичок усвідомлення відчуттів, імпульсів (Тренінг)	3
2. Формування навичок усвідомлення емоційно-чуттєвої сфери (тренінг).	3
3. Формування навичок усвідомлення механізмів психологічного захисту (тренінг).	3
4. Аналіз ранніх дитячих спогадів з Адлера (тренінг).	3
5. Дослідження життєвих сценаріїв з урахуванням аналізу ранніх дитячих спогадів по Адлеру (тренінг).	3
6. Формування навичок конструктивного вирішення внутрішньоособистісних, міжособистісних конфліктів (тренінг).	6
7. Опанування тілесно-орієнтованих практик (тренінг).	3
8. Методи саморегуляції: з урахуванням дихання. Управління емоціями (тренінг).	3
9. Методи саморегуляції: на основі нервово-м'язового розслаблення, довільного самонавіювання (тренінг).	3
	Всього 30 год.

3.2. Результати системної соціально-психологічної корекції дезадаптивної поведінки у здобувачів освіти медичного ЗВО.

Для того, щоб з'ясувати ефективність застосованої системної соціально-психологічної корекції дезадаптивної поведінки у здобувачів освіти медичного ЗВО використовувався експериментальний метод. Процедура його проведення передбачала проведення діагностичних зрізів до і після завершення програми. Отримані таким чином дані засвідчили позитивні зміни показників за всіма аналізованими параметрами особистісного реагування у структурі дезадаптації

студентів (таблиця 23).

Таблиця 23.

Порівняльна таблиця середніх величин за основними показниками методики SCL-90-R для здобувачів освіти, які пройшли корекційну програму.

№ п/п	Показники	Середні значення	
		До корекції	Після корекції
1	2	3	4
1.	Соматизація Норма -0,55	1,1	0,59
2.	Обсесивність -компульсивність Норма- 0,78	1,09	0,67
3.	Міжособистісна сенситивність Норма -0,95	1,37	0,89
4.	Депресивність Норма -0,72	1,07	0,66
5.	Тривожність Норма -0,58	1,02	0,54
6.	Ворожість Норма -0,74	1,05	0,62
7.	Фобічність Норма -0,32	0,48	0,26
8.	Паранояльність Норма -0,73	0,87	0,56
9.	Психотизм Норма -0,44	0,61	0,36
10.	Тяжкості симптоматики Норма -0,54	0,77	0,44
11.	GSI (загальний індекс тяжкості симптомів)	1,08	0,59
12.	PST (загальна кількість ствердних відповідей)	46,5	38,26
13.	PSDI (індекс симптоматичного дистресу)	2,06	1,4

Таблиця 24.

Порівняльна таблиця середніх значень за основними показниками методики SCL-90-R, окремо для дезадаптованих юнаків та дівчат, до та після корекційної програми.

№ п/п	Показники з SCL-90	Юнаки		Дівчата	
		До	Після	До	Після
1.	Соматизація Норма -0,55	1,09	0,59	1,1	0,59
2.	Обсесивність -компульсивність Норма- 0,78	1Д	0,68	1,05	0,65
3.	Міжособистісна сенситивність Норма -0,95	1,39	0,89	1,28	0,86
4.	Депресивність Норма -0,72	1Д	0,68	0,75	0,58
5.	Тривожність Норма -0,58	1,07	0,56	0,8	0,42
6.	Ворожість Норма -0,74	1,13	0,65	0,69	0,47
7.	Фобічність Норма -0,32	0,48	0,25	0,49	0,32
8.	Паранояльність Норма -0,73	0,9	0,59	0,73	0,45
9.	Психотизм Норма -0,44	0,61	0,36	0,58	0,35
10.	Тяжкості симптоматики Норма -0,54	0,78	0,44	0,72	0,45
11.	GSI (загальний індекс тяжкості симптомів)	1,1	0,57	0,95	0,64
12.	PST (загальна кількість ствердних відповідей)	47,4	38,05	42,2	39,2
13.	PSDI (індекс готівкового симптоматичного дистресу)	2,09	1,39	1,9	1,4

Необхідно відзначити позитивну динаміку зазначених показників, що виявилася у

2 рази значущою у порівнянні з періодом до надання спеціалізованої соціально-психологічної допомоги. Виявлено позитивні зрушення за всіма параметрами методики SCL-90-R як у дівчат, так і в юнаків. Варто відзначити, що позитивні психокорекційні зміни були більш вираженими в жіночій вибірці за всіма вивченими показниками (див. Таблицю 21). Аналіз показників учасників контрольної групи, які також піддавались порівнянню квітневих та червневих результатів за методикою SCL-90-R, показав, що середні значення у червні трошки знизилися порівняно з квітнем. Проте серед дезадаптованих студентів, які взяли участь у корекційній програмі, суттєвих відмінностей не виявлено (див. Таблицю 22).

Таблиця 25.

Порівняльна таблиця (квітень-червень) середніх значень за основними показниками методики SCL-90-R серед дезадаптованих здобувачів освіти, які не пройшли корекційну програму.

№ п\п	Показники	Середні значення	
		Квітень	Червень
1.	Соматизація Норма -0,55	0,83	0,82
2.	Обсесивність -компульсивність Норма- 0,78	1,16	1,15
3.	Міжособистісна сенситивність Норма -0,95	1,32	1,3
4.	Депресивність Норма -0,72	1,18	1,14
4.	Депресивність Норма -0,72	1,18	1,14
5.	Тривожність Норма -0,58	0,88	0,87
6.	Ворожість Норма -0,74	1,11	1,08
7.	Фобічність Норма -0,32	0,39	0,37
8.	Паранояльність Норма -0,73	1,1	1,2
9.	Психотизм Норма -0,44	0,64	0,63
10.	Тяжкості симптоматики Норма -0,54	0,79	0,79
11.	GSI	0,94	0,93
12.	PST	1,84	1,8
13.	PSDI	47,72	46,76

Отож, запропоновані заходи, які склали основу програми соціально-психологічної допомоги, підтвердили свою корекційно-психопрофілактичну ефективність серед студентства. Відтак її можна використовувати для впровадження в освітній процес інших ЗВО, а також у роботі психологів, соціальних педагогів та соціальних працівників, які працюють з молоддю.

Висновок до розділу 3

1. Результати експериментального дослідження психічного здоров'я здобувачів освіти дозволили розкрити загальні механізми, що лежать в основі процесів особистісної адаптації та дезадаптації. Зокрема доведено, що виразність дезадаптаційних процесів в учасників виявила залежність від наявності особистісної передиспозиції, що взаємодіє з деструктивними соціальними стресорами, та своєю чергою, детермінує залежності від сезонних біоритмологічних факторів

2. Аналіз даних учасників двох порівнюваних груп підтверджує наявність стійких механізмів психологічного захисту групи здобувачів освіти з адекватною адаптацією. У групі студентів із стійкими проявами дезадаптаційних процесів виражена нестабільність механізмів психологічного захисту – регресії, витіснення та заперечення, що сприяє формуванню аномального реагування в діапазоні від особистісного, далі до патопсихологічного, до фрагментарного та епізодичного психопатологічного реагування.

3. Виявлені закономірності обґрунтували можливість ймовірного прогнозування взаємопоеднання факторів ризику у формуванні особистісної дезадаптації у студентів: наявність виражених меланхолійних чи холеричних рис у структурі флегматичного чи сангвінічного типів темпераменту; акцентуація особистості за застрягаючим типом; переважання деструктивних механізмів психологічного захисту (регресія, заперечення, витіснення); переважання конкретного копінг-механізму у вигляді звичної реакції на стрес - уникнення; надмірно неадекватне психологічне сприйняття свого віку.

4. Запропонована система методів та технік психокорекції дозволяє відстежувати динаміку особистісних, соціально-поведінкових, психопатологічних реакцій у процесі соціально-психологічної допомоги та відображати стабільність чи нестабільність особистісної адаптації-дезадаптації і загалом стан психічного здоров'я студентської молоді.

ВИСНОВОК

Сучасні наукові дослідження, як вітчизняні, так і зарубіжні, висвітлюють різноманіття поглядів на проблему адаптації студентів. Деякі вчені розглядають адаптаційні процеси як пристосування до навчання та формування нових міжособистісних відносин у закладах вищої освіти, тоді як інші вбачають ці процеси у контексті адаптації особистості до майбутньої професійної діяльності.

Багато досліджень акцентують увагу на соціальних факторах, які впливають на процес адаптації. Проте, деякі аспекти, такі як цілісний огляд та комплексна психодіагностична оцінка особистості, а також диференційований вплив мікро- та макросоціальних факторів на особистісний рівень адаптації студентів, залишаються недостатньо вивченими в існуючих дослідженнях.

Результати нашого дослідження дозволяють виправдати можливість ймовірного прогнозування взаємодії факторів ризику, що впливають на формування особистісної дезадаптації у студентів, з урахуванням психологічних характеристик. Серед них важливі: виражені меланхолійні чи холеричні риси у структурі флегматичного чи сангвінічного типів темпераменту; акцентуація особистості за застрягаючим типом, і для дівчат - за емотивним типом; наявність деструктивних механізмів психологічного захисту (регресія, заперечення, витіснення); превалювання копінг-механізму у вигляді звичної реакції на стрес - уникнення; неадекватне психологічне сприйняття свого віку та соціальних факторів, таких як графік навчання, безпека зовнішнього та освітнього середовища, та умови проживання.

Проведене експериментальне дослідження дозволило виявити особливості формування аномального реагування, виступаючи проявами зростаючої особистісної дезадаптації. На початковому етапі навчання (перший курс) 34% студентів виявили ознаки аномальних особистісних переживань та поведінкових девіацій. На другому курсі взаємодія студента з освітнім середовищем призвела до збільшення цього показника до 48,9%, виявляючи патопсихологічні та фрагментарні психопатологічні реакції. Однак на третьому курсі, завдяки тимчасовим чинникам адаптації та системі спеціалізованої соціально-психологічної допомоги, 42,6%

учасників змогли відновити механізми психологічного захисту та підвищити можливості особистісної адаптації. Лише 6,3% студентів залишають ознаки соціально-психологічної дезадаптації, що обґрунтовує необхідність застосування та поширення системи спеціалізованої соціально-психологічної допомоги серед студентської молоді.

Результати нашого дослідження свідчать, що ступінь вираженості дезадаптаційних процесів у учасників взаємодіє з особистісною передиспозицією, взаємодіючи з негативним впливом соціальних стресорів. Злагодженість внутрішніх та зовнішніх факторів призводить до ослаблення психологічного захисту та одночасного зростання впливу сезонних біоритмічних факторів, що породжує деструктивні особистісні реакції.

Новаторська система спеціалізованої комбінованої соціально-психологічної допомоги студентам, розроблена на базі програми "Особистісного зростання", включає ефективні методи корекції та профілактики, спрямовані на формування психічного здоров'я та соціального благополуччя серед студентів, і довела свою високу ефективність.

Враховуючи важливість студентської молоді як найвищої інтелектуальної цінності для нашої країни, розроблена система спеціалізованої соціально-психологічної допомоги, яка охоплює аномальні особистісні переживання, поведінкові девіації та фрагментарні психопатологічні реакції, може стати важливою складовою у державних програмах для підтримки та розвитку молоді, а також проектах з їх соціально-психологічною підтримкою та супроводом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І. Ф., Носенко Е. Л. Аспекти імпліцитної діагностики емоційної стійкості людини : монографія. Дніпропетровськ : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2008. 468 с.
2. Ваценко А. В. Сучасний погляд на проблему дидактичної адаптації / А. В. Ваценко, Н. А. Улановська-Циба, Н. О. Передерій. *Editorial board*. 2020. Р. 279. URL: <http://elib.umsa.edu.ua>.
3. Зеленская К. О. Сравнительный анализ особенностей адаптации к учебной деятельности студентов первокурсников. *Таврический журнал психиатрии*. 2011. Т. 15, № 2 (52). С. 22.
4. Зорій А. І. Взаємозв'язок особистісних рис студентів-медиків і показників вегетативної нервової системи під час складання іспитів. *Медична психологія*. 2010. № 1. С. 15–18.
5. Іванченко О. З. Адаптація студентів першого курсу медичного факультету до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі. Актуальні проблеми сучасної медицини, 2016. 16 (3), 199-203.
6. Кіосєва О. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, № 1 (86). С. 60–63.
7. Коваленко А. Б., Родіна Н. В. Особистісний потенціал в опануванні важких життєвих ситуацій: проактивна взаємодія з середовищем. *Вісник Одеського національного університету*. 2010. № 14 (17). С. 54–65.
8. Кожина Г. М. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III-IV уровней аккредитации. *Архів психіатрії*. 2011. Т. 17, № 4 (67). С. 32–35.
9. Кожина Г. М. Психопрофілактика порушень адаптації першокурсників до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі в умовах кредитно-модульної системи освіти. *Медична психологія*. 2011. № 4 (24). С. 78.
10. Кулакевич Т.В. Основні підходи до управління стресовими станами. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2014. №5. С. 35–47.
11. Лобунець Г. Ю. Проблема розладів психічної сфери студентів, які мають інвалідність. *Медична психологія*. 2012. № 4. С. 48–50.

12. Малахов П. С. Проблемність адаптації студентів-медиків. *Медична психологія*. 2016. № 2. С. 3–5.
13. Маркова М. В. Система психогігієни та психопрофілактики порушення функціонування студентської сім'ї. *Український вісник психоневрології*. 2010. Т. 18, Вип. 3 (64). С. 133.
14. Навроцька К., Злепко С., Тимчик С. Удосконалення процесу оцінювання стресу за допомогою когнітивної функції. *Вісник Тернопіл. нац. техн. ун-ту*. 2015. Т. 77, № 1. С. 219–228.
15. Надвинична Т. Л. Психологічні механізми забезпечення психічного здоров'я особистості в умовах стресу. Protection of children's rights from a legal, pedagogical and psychological perspective. Monograph, Red. Jacek Mrozek, Oksana Homotiuk, Oksana Koval. Olsztyn 2021, Publisher: Centre for Eastern Europe Research UWM in Olsztyn, ISBN 978-83-61605-55-3., p. 97 – 105.
16. Носенко Е. Л., Аршава І. Ф., Кутовий К. П. Форми відображеної оцінки емоційної стійкості та емоційної розумності людини: монографія. Дніпропетровськ: Інновація, 2011. 178 с.
17. Олефір В. О. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг – стратегій та психологічного благополуччя. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія : Психологія. 2011. № 981, вип. 47. С. 168–172.
18. Проблема адаптації студентів-медиків першого курсу до навчального процесу / А. Очеретнюк, Д. Лисенко, О. Паламарчук [та ін.]. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2018. Т. 22, № 3. С. 543–547.
19. Пшук Н. Г. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, № 2 (83). С. 86–91.
20. Родіна Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копінгу. *Проблеми сучасної психології*. 2010. № 7. С. 608–633.
21. Сельє Г. Стресс без дистресса. URL: <http://www.rulit.net/books>
22. Стратегія розвитку медичної освіти в Україні (проект). URL: <http://doi.org/10.1186/s12909-018-1296-x>.
23. Сучасні здоров'язбережувальні технології: монографія / за загальною

редакцією проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Оригінал, 2018. 724 с.

24. Теорія та практика формування особистості як суб'єкта самотворення і самозбереження. Монографія / [за ред. О.М. Гомонюк]. Хмельницький: ФОП Цюпак А.А., 2021. 460 с.

25. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. Київ : Марич, 2009. 76. с.

26. Успеваемость студентов первокурсников как показатель адаптации к обучению в медицинском вузе / О. В. Кузнецова, Е. А. Нефедова, В. Ф. Шаторная [и др.]. 2016. С. 30-45.

27. Фурман А.В. Психодіагностика особистісної адаптованості. Тернопіль: Економічна думка, 2003. 64 с.

28. Чабан О. С. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія». Медична психологія. 2016. № 1. С. 3–8.

29. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання. [текст] : навч. посіб. / В. М. Федорчук К. : «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.

30. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its" Principles and Applications. New York; Norton, 1950. P. 123 p.

31. Allport G.W. Personality: A psychological interpretation. Boston, 1937. 338 p.

32. Arnold M. Stress and emotion. In «Psychological stress» 1967. № 4. 234 p.

33. Basowits H., Persky H., Korchin Sh., Grinker R. Anxiety and stress: An Interdisciplinary Study of a Life Situation. New York; McGraw - Hill, 1995. 231 p.

34. Bitonte R. A. & DeSanto, D. J. Mandatory Physical Exercise for the Prevention of Mental Illness in Medical Students. Mental Illness, 2014. 6 (2), 5549. URL: <http://doi.org/10.4081/ mi.2014.5549>.

35. Boni R. A. dos S., Paiva C. E., de Oliveira, M. A., Lucchetti G., Fregnani J. H. T. G., & Paiva B. S. R. Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: Prevalence and associated factors. PLoS ONE, 2018. 13 (3). URL: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0191746>.

36. Brown M. Y. The an folding self. Psychosynthesis and counseling Psychosynthesis Press. California, 1983. Cooley C. H. Human nature and the social order. N. Y., 1964. 236 p.

37. Coter C. N. and Appley M. N. Motivation: theory and research, N.Y., Wiley. 1964. 245 p.
38. Dantzer R., Kelly K.W. Stress and immunity: An integrated view of relationships between the brain and the immune system. *Life Sciences*, 1989 №44, pp. 195 –208.
39. Dohrenwend Barbara S., Dohrenwend Bruce P. Class and Race as Status - Related Sources of Stress [In: *Social Stress*, Levine and Scotch (Eds.). Chicago: Aldine, 1970], pp. 111-140.
40. Dohrenwend Bruce P. The Social Psychological Nature of stress: A Framework for Causal Inquiry. *Journal Abnormal Social Psychology*, 1966, vol. 62, pp. 294-302.
41. Dorner P. Self-reflection and problemsolving. In: *Human and artificial intelligence*. Berlin, 1978, pp. 101-107.
42. Elkins D. Talk at conference of association for humanist psychology. Princeton. N. Y., 1979. 126 p.
43. Fares J., Al Tabosh H., Saadeddin Z., El Mouhayyar, C. & Aridi, H. Stress, Burnout and Coping Strategies in Preclinical Medical Students. *North American Journal of Medical Sciences*, 2016. 18 (2), p.75-81.
44. Flavell J. H., Wellman H. M. Metamemory. – V. and Hagen G. W. (Eds.) *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, N. Y.: Erlbaum, 1977, pp. 3-34.
45. Fuller J. L., Thompson W.R. *Foundation of behavior genetics*. St. Louis, MO: C V. Mosby, 1978.
46. Grinker R.R., Spiegel J.P. *Men under Stress*. Philadelphia: The Blakiston Co., 1945. XIII, 484 p.
47. Hobfoll S. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 1988, vol. 44, pp. 513-524.
48. Howard A., Scott R.A. A Proposed Framework for the Analysis of Stress in Human Organism. *Behavioral Sciences*, No. 10, 1965. pp. 141-160.
49. Hockey G.R. A state control theory of adaptation to stress and individual difference in stress management. In "Energetics and human information processing". Eds. G.R.Hockey, A.W. Gaillard, M.G.Coles. Dordrecht, 1986.

50. Janis I.L. Psychological Stress: Psychoanalytical and Behavioral Studies of Surgical Patients. New York, etc.: Academic Press, 1974. XIV, 439 p.
51. Kholmogorova A. B., Zaretskii V. K., Semenov I. N. Reflective-personal regulation of normal and pathological goal formation. *Soviet psychology*, 1982, 20 (4), pp. 79 – 97.
52. Lehtonen A. / Stress reaction connected with characteristics of work in electronic industry. *Mental load and stress in activity-European approaches* \ Bachman W., Udris I., Berlin, 1982. 68 p.
53. McClelland D.C. Human Motivation. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
54. Mechanic D. Students under Stress. New York: Free Press, 1962. 234 p.
55. Palekar T. J. & Mokashi M. G. Perceived Stress, Sources and Severity of Stress among Physiotherapy Students in an Indian College. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 2013. 7 (3), 128.
56. Parsons F. Choosing a vocation. Boston: Houghton Mifflin. Schmidt, 2003. 246 p.
57. Piaget J. *Recherches sur l'abstraction reflechissantes*. Paris, PUF, 1977, vol. I, II, 326 p.
58. Radford J. Reflections an introspection. *American Psychologist*, 1974, V. 29. pp. 245 – 250.
59. Ramler T. R., Tennison L. R., Lynch J. & Murphy P. Mindfulness and the college transition: the efficacy of an adapted mindfulness-based stress reduction intervention in fostering adjustment among first-year students. *Mindfulness*, 2016. 7 (1), 179-188.
60. Reither F. Selfreflective cognitive processes: Its characteristics and effects. In: XXII-nd International Congress of Psychology, v. I, Leipzig, 1980, 229 p.
61. Swaminathan A., Viswanathan S., Gnanadurai T., Ayyavoo, S. & Manickam T. Perceived stress and sources of stress among first-year medical undergraduate students in a private medical college-Tamil Nadu. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 2016. 6 (1) p. 9.
62. Ulrich, C. Stress and sport. In «Science and medicine of exercise and sports» Ed. W. R. Jonson, N.-Y., Harper and Bros. 1960, 432 p.

63. Vikram Jha, Mclean M., Gibbs T. J. & Sandars, J. Medical professionalism across cultures: A challenge for medicine and medical education. *Medical Teacher*, 2015. 37 (1), 74- 80.

64. Watson J.B., Rayner R. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 1920, №3, pp. 1-14.

65. Wolff H.G. Stress and Disease. 2nd ed. Springfield, III: Charles C. Tomas, 1968. 236 p.