DOI https://doi.org/10.30525/978-9934-26-281-4-3

ПЕРЕДУМОВИ СКРИНІНГ-ДІАГНОСТИКИ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ БЕЗПЕКИ В ПІДТРИМАННІ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВСЬКОЇ ТА СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Корнієнко О. В.

ВСТУП

Основна ідея написання власного розділу до колективної монографії може були обґрунтована трьома причинам. ***Перша*** – аналіз останніх публікацій фахівців психолого-педагогічного, медико профілактичного та діагностичного спрямування, врахування напрацювання колег, цитування у власних роботах, планування проведення спільних досліджень, поширення результатів колективної науково-педагогічної та наукової діяльності на сторінках наукових видань України та інших держав світу. ***Друга –*** поширення інформації про публікацію вагомої колективної монографії у соціальних мережах на прикладі власної сторінки Facebook та продуктивного застосування у науково-методичній, науковій діяльності впродовж 2017-2022 років. ***Третя–*** продовження розвитку актуального теоретико методологічного та прикладного напрямку «*здоров'я практично здорової особистості*» за умов мирного/військового часу, відновлення актуальності медико-біологічних та психолого-педагогічних, профілактичних, психодіагностичних напрацювань фундаторів валеології, науки про здоров'я (санології) одного з найменш розроблених розділів медицини, психології, педагогіки. Наступні науковці розробляли дані питання[1][2][3][4][5]

[1] Брехман И.И. Введение в валеологию науку про здоровье. Л. : Наука, 1987. 125 с. [2] Апанесенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. К. : Здоров'я, 1998. 248 с. [3] Войтенко В.П. Здоровье здоровых. К. : Здоровья, 1991. 248 с.

[4] Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и серце. 3-е изд. перераб. и доп. К. : Здоровья, 1989. 216 с.

[5] Корнієнко О.В. Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді: монографія. К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2004. 264с

1. Пропедевтика базових теоретико-методологічних та емпіричних підходів актуальності даного розділу монографії

Професійний інтерес та актуальність назви даного розділу монографії була активно стимульована вивченням змісту наукових публікацій з виділенням прізвищ тих авторів які були авторами навчально-методичного посібника Л.В. Косованової, М.М. Мельникова, Р.І. Айзмана[6] співробітників Новосибірського державного університету на тему: «*Скринінг-діагностика здоров'я школярів та студентів. Організація оздоровчої роботи у освітніх закладах*» зміст якого розпочинається з думки про значення рекреації та корекції донозологічних відхилень індивідуального здоров'я учнівської та студентської молоді. Автори наголошують на тому, що доцільно починати цю роботу з проведення скринінгу – масового обстеження, яке дозволяє виявити початкові ознаки відхилень у стані здоров'я. Найважливіша роль в життєдіяльності організму належить вегетативній нервовій системі, так як це перш за все резерв регуляторних і саморегуляторних механізмів, що забезпечують адаптацію до дії чинників зовнішнього середовища. Для діагностики резервів адаптації використовують в першу чергу параметри серцево судинної, респіраторної, імунної, нервової систем.

Група вчених з Новосибірського державного університету розпочинає розглядати дану проблему з формулювання принципового питання для допитливих вчених. При кількісній характеристиці здоров'я усі показники повинні бути співставленні з індивідуальною нормою спокою і нормою реакції. У зв'язку з цим можна виділити досить широкий діапазон коливань різних показників, які характеризують здоров'я. Природно, виникає питання: чи є межа між нормою (що відображає здоров'я) і відхиленнями показників гомеостазу (що відображає патологію)?

Вперше ще в X ст. Авіценна використовував цей кількісний підхід, виділивши 6 перехідних станів – від повного здоров'я до повної хвороби. Хвороба з цих позицій розглядається як нездатність індивіда до реалізації своїх біологічних і соціальних функцій з урахуванням точки зору А.Д. Степанова[7].

[6] Косованова Л.В., Мельникова М.М., Айзман Р.И. Скрининг-диагностика здоровья школьников и студентов. Огранизация оздоровительной работы в образовательных учереждениях: Учеб.-метод. пособие. Новосибирск: Сибир. унив. изд-во, 2003. 240 с.

[7] Степанов А.Д. Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. Горький: Волго-Вятское книж. изд-во, 1975. 279 с.

Пошуки абсолютно здорових осіб на підставі даного підходу виявилися малоуспішними. З'явився термін ***«практичне здоров'я»***, тобто відносне, не абсолютне. Неможливість поділу всіх людей на здорових і хворих призвела до необхідності виділення третьої групи, що отримала назву «***донозологія***», або «***передхвороба***».

І.І. Брехман запропонував виділяти «***третій стан***» як неповне здоров'я, яке може тривати дуже довго і переходити як в хворобу, так і за певних умов – у здоров'я. На думку автора, в «***третьому стані***» перебуває більше половини всієї популяції людей. Г.С. Саллівен[8] запропонував виділити 4 категорії людей: 1). практично здорові; 2). з факторами ризику; 3). що знаходяться в стані передхвороби; 4) хворі. Заслуговує на увагу класифікація Г.А. Кураєва[9] в якій виділяється чотири стану організму:

1. з достатніми адаптаційними можливостями.

2. донозологічному коли адаптація реалізується за рахунок більш високої, ніж в нормі, напруги регуляторних систем.

3. преморбідному зі зниженням функціональних резервів. **4**. зриву адаптації зі зниженням функціональних можливостей організму.

Останнє – це вже стан, при якому ставиться клінічний діагноз. Нажаль, стани 2 і 3, коли організм бореться за перехід в стан 1, медиків не цікавить (швидше за все, через завантаженість станом 4 і, можливо, тому, що лікар не має уявлення про те, що треба робити з людиною в перших трьох станах).

Ще більш конкретну класифікацію перехідних станів здоров'я дають А.В. Виноградов[10] рис. 1.

[8] Салливен Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. Пер.с англ. СПб.: Ювента, 1999. 347 с.

[9] Кураев Г. А. Валеологическая система сохранения здоровья населения России. Валеология. 1996. С. 7-18.

[10] Виноградов А. В. Активное формирование здоровья – главная задача валеологии. Материалы 2-й Всерос.науч.-практ. конф. «Здоровье и образование». СПб., 1997. С. 34–36.

Таким чином, незалежно від наведених класифікацій, задача, полягає у тому, щоб забезпечити перехід людини на більш високий

рівень здоров'я. Причому з валеологічних позицій, переважне значення в реалізації такого завдання має належати мобілізації можливостей самого організму, будь-які зовнішні втручання повинні лише в тій чи іншій мірі впливати саме цим шляхом – стимулювати захисно пристосувальні механізми. Сам же результат боротьби організму за перехід в більш високий стан залежить від того, наскільки, з однієї сторони, порушений гомеостаз, а з іншої – яким резервом саморегуляції володіє організм, в якому допустимому діапазоні можливостей можуть ефективно працювати її механізми адаптації.

Переважаючий якісний підхід до здоров'я закономірно веде і до такого ж відношенню до хвороби. Найчастіше її розглядають як стан, протилежний здоров'ю: по глосарію ВООЗ, хвороба є «***будь-яке суб'єктивне і об'єктивне відхилення від нормального фізіологічного стану***». Неважко помітити, що таке визначення, хоча і достатньо всеохоплююче, носить скоріше декларативний характер і навряд чи

має практичне значення. Але введення кількісних критеріїв рівня здоров'я (точно так само, на наш погляд, може свідчити про рівень хвороби, і, поза будь-яким сумнівом, між обома цими рівнями існує негативний зв'язок) та дозволяє не тільки поставити точний клінічний діагноз людині, а й конкретизувати той рівень здоров'я (або хвороби), на якому в даний час знаходиться особистість. З цих позицій, цілком ймовірно, відпадає необхідність існування двох понять – здоров'я і хвороба, і достатнім виявляється тільки перше з них. Друге ж набуває сенсу тільки при постановці діагнозу будь-якого конкретного захворювання, але не людині в цілому.

В цьому відношенні справедливим є твердження А.Я. Іванюшкіна[11] про те, що хвороба не скасовує здоров'я, дуже часто має місце не хвороба, а недостатня кількість здоров'я. Ще більш виразно висловлюється в цьому відношенні І.В. Давидовский[12] «*Між ними (здоров'ям і хворобою) розташовується ціла гама межових станів, що вказують на особливі форми пристосування, близькі то до здоров'я, то до захворювання, і все ж не є ні тим, ні іншим»*

Таким чином, виміри індивідуального здоров'я мають стати

повсякденним методом оцінки можливостей людини, що визначає прогнозування її розвитку, професійний відбір та корекцію здоров'я на початкових етапах шляху до захворювань.

Повертаючись до поглядів С.Г. Саллівенна було прийнято рішення при диспансеризації виділяти чотири категорії людей за рівнем здоров'я: 1) практично здорові; 2) мають фактори ризику; 3) знаходяться в стані передхвороби і 4). хворі. Для більш наглядного прикладу рекомендуємо звернутися до (рис. 2 за Г.Л. Апанасенко Г.Л.[13]

[11] Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека. Вестник АМН СССР. 1982. Т. 45. № 4. С. 29-33.

[12] Давыдовский И. В. Методологические основы патологии. Вопросы философии. 1968. № 5. С. 84-94.

[13] Апанасенко Г.Л. О безопасном уровне здоровья человека. Асклепион. 1996. № 1–4. С. 14-15.



Найбільші труднощі зустрічаються при виділенні третьої групи осіб, до якої в різних популяціях можуть бути віднесені від 20 до 90% людей Н.А., та ін., Барбараш[14]. На жаль, завдання профілактики зводяться на практиці до недопущення хвороби, а не до зміцнення здоров'я і своєчасній діагностиці.

2. Кількісна та якісна оцінка передхворобливих (донозологічних) станів учнівської та студентської молоді В даний час існують певні скринінг-програми навчання населення самооцінці здоров'я. Відомо, що росте захворюваність у дітей, тому навчання самооцінці здоров'я і проведення відповідних профілактичних заходів треба починати з першого класу школи. Кількісна оцінка рівня здоров'я (психічного і соматичного), що спирається на експрес-анкетування, дозволяє виявляти людей групи ризику, здійснювати моніторинг рівня здоров'я, дає підставу для направлення людини до фахівців з діагностики.

Метод анкетування може бути використаний по відношенню до різних вікових груп. Прикладом такого підходу є метод кількісної оцінки рівня здоров'я школярів, розроблений в науковому центрі охорони здоров'я дітей і підлітків під керівництвом Г.А. Гончарової та ін.[15], який з успіхом може застосовуватися і в відношенні дорослих людей. Самооцінка особливостей своєї поведінки, переживань, що

[14] Барбараш Н.А., Барбараш Л.С., Лившиц М.Л. и др. Очерки поведенческой психологии здоровья. Аргументы, факты, тесты: Научно-метод. пособие. Кемерово: изд-во КГМА, 1995. 245 с.

[15] Гончарова Г.А., Крылов Д.Н., Бережков Л.Ф. Методические рекомендации по количественной оценке уровня здоровья школьников (экспресс-диагностика). М.: Научный центр охраны здоровья детей и подростков. РАМН, 1997. 21 с.

супроводжують внутрішні процеси в організмі, може дати дуже важливу інформацію для подальшої, більш глибокої роботи з людиною. Порушення зовнішніх форм поведінки пов'язані з особливими цілісними поняттям – ***синдромами***, що об'єднують ***набір симптомів – ознак порушень у психічній або тілесної (соматичної) сфері людини.*** Виразність одного або декількох синдромів відображає істотні проблеми, пов'язані з соціальною адаптацією, а також свідчить про наявність проблем з рівнем здоров'я обстежуваного.

Для оптимальної оцінки стану здоров'я необхідна певна діагностика критеріїв самооцінки за основними функціональними системами та синдромами: *екологічного оточення, спадковості, статистичних даних розвитку захворювань, умов праці, шкідливих*

звичок і соціальних хвороб, харчування, стану тривожності, стресу О.А. Бутакова [16]. Для діагностики виявлення станів передхвороби у зв'язку з профілем навчання та фізичними кондиціями студентів А.А. Іванов, Н.Г. Кожевнікова[17] пропонують метод анкетування. Автори спираються на ґрунтовний підхід відомого фахівця з даного питання, котрий стверджує, що за допомогою методу анкетування можна з мінімальними витратами отримати більший масив вибірки даних дослідження при достатньому ступені їх об'єктивності і валідності С.В. Начинська[18].

Показовими для поширення серед науковців можуть бути результати ґрунтовних порівняльних, емпіричних досліджень А.А. Іванова, Н.Г. Кожевнікова з результатами варіантів відхилень у стані здоров'я досліджуваних різних контингентів студентів. У опитуваннях приймали участь студенти трьох московських вузів:

1. Московська академія економіки та права (МАЕП)

2. Російський державний університет фізичної культури (РДУФК)

3. Московский державний медико-стоматологічний університет (МДМСУ) (3-5 курсів).

Всього було обстежено студентів-стоматологів – 68, студентів (РДУФК) – 75, (МАЕП) – 53. Таким чином, всього піддалися аналізу 196 анкет, заповнених студентами. Анкета побудована за

[16] Бутакова О. А. Определение состояния здоровья человека в конкретных эколо гических условиях. Нижний Новгород: ОАО «Кстовская типография», 1999. 20 с. [17] Иванов А.А., Кожевникова Н.Г. Прогностическая значимость анкетирования як метод выявления состояний предболезни в связи с профилем обучения и физическими кондициями студентов. *Современные проблемы науки и образования* [електронный журнал]. 2011. № 2 http//www.science-education.ru/ruarticle/view [18] Начинска С.В. Спортивная метрология. М. : Академия, 2005. С. 194-203.

нозологічним та функціонально-системним принципом і включає в себе питання по 12 блокам.

Перші шість блоків питань дозволяють виявити порушення поведінки людини межового рівня стану хвороби, визначити наступні відповідні синдроми. ***Ще п'ять блоків питань*** відносяться до симптомокомплексу, що відображає стан таких функціональних систем, як система «вухо-горло-ніс» (ЛОР органів), шлунково

кишковий тракт (ШКТ), серцево-судинна система, система

кровотворення (анемічний синдром), імунна система (алергічний синдром). ***Останній блок – вегето-судинна дистонія*** – характеризується комплексом симптомів, що відображають стан вегетативної нервової системи. Цей синдром об'єднує ознаки порушення водного балансу, терморегуляції потовиділення і т.д. і формується під впливом травматичних психічних факторів.

Апробація анкети проходила на 100 студентах Російського державного університету фізичного виховання (РДУФК). При аналізі розподілу середніх значень рівня здоров'я по синдромам, представленим на рис. 3 видно, що ***студенти-стоматологи*** мають вищий рівень здоров'я по блокам ознак 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11 і 12, а студенти (РДУФК) – 7, 8, 9, 10. ***Економісти і юристи – студенти*** Московської академія економіки та права (МАЕП) по всім синдромальним блокам мали найнижчий рівень загального здоров'я. Таким, чином, у стоматологів відзначаються кращі показники зі сторони нервово психічної сфери, менша вираженість алергічних реакцій і вегето
судинних розладів, а у студентів (РДУФК) – кращі дані по розділах соматичного здоров'я.

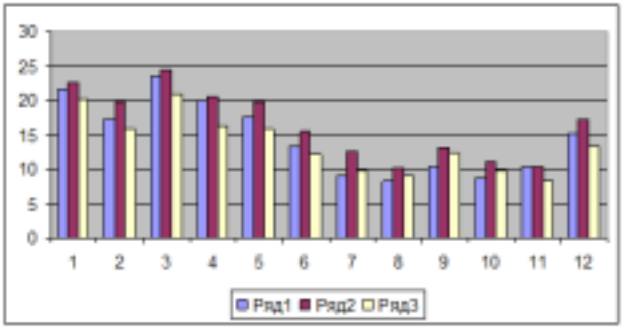


Рис. 3. Розподіл середніх значень рівня здоров'я по синдромам

Примітка: 1 – студенти (РДУФК) , 2 – студенти (МАЕП), 3 – студенти (МДМСУ)

Ці дані говорять про вплив профілю навчання у вузі і загальної фізичної культури Л.І. Лубишева [19] на показники здоров'я. Низькі дані економістів і юристів змушують задуматися не тільки про критерії відбору студентів на спеціальність, а й про негативне ставлення студентів до власного здоров'я, неувазі до оздоровчих

проблем з боку адміністрації вузу.

З аналізу результатів випливає, що найбільш яскраво вираженими є відхилення в рівні здоров'я за наступними синдромами в порядку убування: ***астенічний, невротичний, істероподібний, психо стенічний, патохарактерологічний, цереброастенічний, симптомо комплекс вегето-судинної дистонії.*** Але крім виявлення тільки загальних синдромів інтерес представляє розподіл значущості окремих симптомів у відповідях всередині одного синдрому. Отримані результати анкетування по 24 питань представлені на наступних рис. 4, 5.

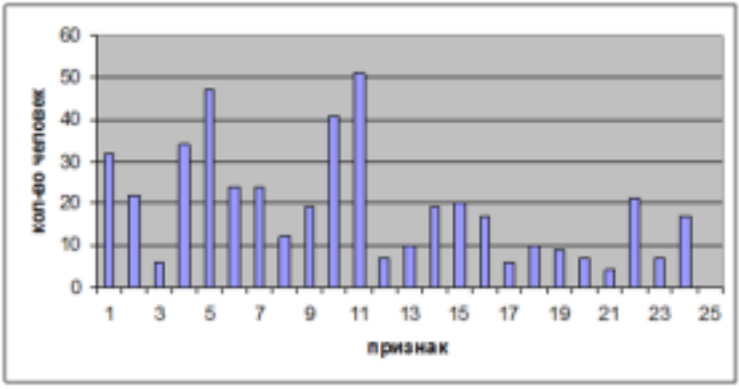


Рис. 4. Значимість ознаки функціонального стану

Примітка: По горизонталі – ознаки анкети. По вертикалі – кількість студентів з даними симптомом

[19] Лубышева Л.И. Концепция физкультурного воспитания: методология развития и технология реализации. Физическая культура: воспитание, образование, тренировка, 1996, № 1, С. 5-11.

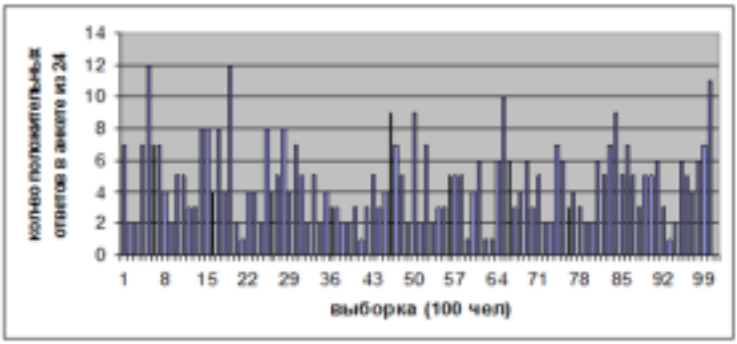


Рис. 5. Розподіл позитивних відповідей по вибірці

Примітка: По горизонталі: індивідуальні дані. По вертикалі: кількість позитивних відповідей

При оцінці масиву відповідей на питання рис.1 дослідникам було важливо з'ясувати відсоток позитивних відповідей, за яким можна буде свідчити початок зриву процесу адаптації, не з'ясовуючи при цьому витоків патології. Для нас є важливим виявити початковий етап її можливого розвитку без урахування факту, що в продовженні процесу ми можемо вже мати те чи інше захворювання. Як виявилося, 30% респондентів дали позитивну відповідь на 25% запитань в анкеті з виявлення стану передхвороби. 29 студентів з цієї групи відзначили, що у них стан передхвороби.

Отже, кожен третій студент – спортсмен Російського державного університету фізичної культури (РДУФК) вже знаходиться в стані передхвороби. Це тривожні дані для фізкультурного вузу, при відборі в який пред'являються підвищені вимоги до стану фізичного здоров'я.

Слід зазначити, що, так як чітко визначити межу донозологічних і преморбідних станів виявляється дуже складним, то в даному випадку термін «***передхвороба***» є цілком доречний. Для подальшої констатації вектора зриву адаптації необхідно більш поглиблене інструментальне дослідження з урахуванням даних анкети з виявлення стану передхвороби, кількості і спрямованості симптомів її прояву. Без таких даних неможливо науково обґрунтувати і здійснити систему самооздоровлення студентів, впровадження якої в режим праці та відпочинку студентської молоді є вкрай необхідним, в тому числі в зв'язку з розробкою низкою вузів концепцій здорового способу життя.

Підводячи підсумки змісту другого розділу колективної монографії: «***Кількісна та якісна оцінка передхворобливих (донозологічних) станів учнівської та студентської молоді***»

необхідно звернути увагу представників психолого-педагогічної науки на актуальність розробки питань «***третього проміжного стану***» між здоров'ям та хворобою, «***донозологічного стану***» на межі норми та патології в організації відповідних психокорекційних, психодіагностичних, заходів навчальних закладів України.

3. Критерії оптимального стану психосоматичного здоров'я огранізму

Ми свідомо включили до тексту третього розділу монографії табличні показники виключно клініко-медичного спрямування для обґрунтування власної індивідуально-психодіагностичної скринінгової, донозологічної діагностики перших проявів (неклінічного спрямування) комплексних розладів психосоматичного здоров'я студентської молоді.

Войнов В. Б. та ін.,[20] з колегами відстоює перевагу анкетного методу оцінки здоров'я та робить наголос на його швидкодії та можливості оцінки значних за чисельністю контингентів. Інформативність даного методу складає 50-80%. У якості безпосередніх прикладних рекомендацій рекомендує фахівцям звернутися до змісту «Практикуму з валеології» за наступними чотирма напрямками представленими для більш ефективного сприйняття:

– «Анкети оцінки рівня здоров'я за основними функціональними системами та синдромами»

– «Опитувальника діагностика спадковості»

– «Діагностики шкідливих звичок та обтяжуючих факторів» –

«Діагностики негативного харчування на організм» Корисними для впровадження до навчального процесу може бути група тестів з «***оцінки рівня фізичної підготовленості***» для дітей, підлітків, дорослих. Так, наприклад, Н. А. Барбараш і ін. пропонують «***Оцінити своє здоров'я***» (кількісної самооцінки здоров'я) для дорослих та осіб літнього віку. Для користувачів розроблені рекомендації з їх проведення вранці до сніданку, без

наявності загострення хронічного або розвитку будь-якого гострого захворювання. Автор О.І. Черемісіна[21] пропонує тести з елементами виконання фізичного навантаження для дітей дошкільного, шкільного віку:

– «Силової витривалості м'язів черевного преса»,

[20] Войнов В.Б., Кульба С.Н., Трушин А.Г., и др. Практикум по валеологии. Ростов-на-Дону: УНИИВ РГУ, 1999. 194 с.

[21] Черемисина О. И., Зайцева И. Н., Барсукова И. М., Склянова Н. А. и др. Элементы валеологического мониторинга для образовательних учреждений. Методическое пособие. Новосибирск: МГЦВ «Магистр», 1997. 103 с.

Таблиця 1

Критерії стану систем організму за О.А. Бутаковою

Норми функціонування	**Відхилення від норм функціонування**
Центральна нервова система	
1. Органи почуттів: хороший зір вдалину і зблизька, сприйняття і розрізнення семи основних кольорів веселки; нюх збережено; смакове розрізнення кислого, гіркого, солоного, солодкого; слух – сприйняття шепітної мови з відстані 6 м по черзі кожним вухом. **2.** Хороший сон, працездатність, відсутність ознак швидкої стомлюваності. **3.** Гарний настрій, адекватна реакція на подразники **4.** Відсутність яскраво виражених проявів злості, гніву, агресії. **5.** Відсутність схильності до депресій, істерик різких перепадів настрою **6.** Помірно розвинені почуття ревнощів, образ, заздрощів.	**1.** Підвищена стомлюваність **2.** Зниження фізичної працездатності **3.** Зниження психічної працездатності **4.** Астенія. **5.** Слабкість **6.** Порушення пам'яті, уваги **7.** Сонливість **8.** Безсоння. **9.** Зниження слуху **10.** Зниження зору. **11.** Зміни настрою **12.**Раптові напади гніву, злості **13.** Невмотивовані образа, ревнощі, заздрість та ін. **14.** Стійке бажання плакати **15.** Підвищена реакція на подразники

7. Нормальний рівень самооцінки, оптимізму. **8.** Достатня енергетика.	
Система органів дихання	
1. Дихання через ніс вільне **2**. Частота дихання у стані спокою – діти 5-6 років – 20-25 раз за хвил.; діти 7-12 років – 18-20 разів за хвил., дорослі – 16-8 за хвил. **3.** Дихання ритмічне **4.** Чистота захворюванності – ОРВІ не частіше 1-2 рази на рік.	**1.** Дихання через ніс утруднене **2.** Виділення з носу (нежить) **3.** Носові кровотечі **4.** Задишка при ходьбі. **5**. Напади задухи. **6**. Виділення мокротиння. **7.** Кашель. **8.** Кровохаркання. **9.** Болі в грудній клітці.
Система органів кровообігу	
1. Пульс в спокої – 60-80 уд. / хв(для підлітків і дорослих**).** **2.** Артеріальний тиск (АТ) – 110 / 60-140 / 90 мм рт. ст. **3.** При виконанні стандартного навантаження (20 присідань) пульс і тиск повертаються до вихідних даних протягом 2-3 хв. **4.** При вставанні АТ знижується не більше, ніж на 20 мм рт. ст	**1.** Болі в серці при фізичному навантаженні **2**.Болі у серці у стані спокою **3.** Серцебиття **4.** Порушення ритму серцевої діяльності **5.** Задишка при навантаженні. **6.** Задишка у стані спокою **7**. Периферичні набряки та ін.

Норми функціонування	Відхилення від норм функціонування
Система органів кровотворення	

1. Хороше самопочуття**.** **2.** Нормальний ментруальний цикл у жінок **3.** Нормальні показники крові при анамнезі	**1.** Слабкість. **2**. В'ялість **3.** Швидка втомлюваність. **4.** Миготіння «мушок» перед очима. **5.** Задишка. **6.**Серцебиття. **7**. Зміна смаку. **8.** Запаморочення **9.**Тривалі ментруальні кровотечі. **10.** Операції та втрати крові при анамнезі. **11.** Металевий присмак у роті. **12.** Слабке перенесення фізичних навантажень.
Система органів травлення	
1. Язик вологий без нальоту. Здорові зуби, кількість відповідає віковій нормі. **2.** Випорожнення регулярне, самостійне, 1-2 рази на добу **3.** Відсутність печії, відрижки, нудоти, болю в животі, здуття, запорів. **4.** Жування і ковтання без труднощів.	**1.** Порушення апетиту **2.** Спрага **3.**Сухість у роті. **4.** Неприємний присмак. **5.** Ускладнене, хворобливе ковтання. **6.** Відрижка **7.** Печія. **8.** Нудота. **9.** Блювота. **10.** Болі. **11.** Здуття живота **12.** Запори. **13.** Проноси та ін
Система органів сечовиділення	
1. Сечовипускання вільне, безболісне. **2.** При постукуванні по поперековій ділянці справа і зліва від хребта відсутні больові і неприємні відчуття. **3.** Кількість сечі за добу – не менше 70% від обсягу випитої рідини. **4.** Сеча без домішок, прозора. **5.** Частота сечовипускання – 3-5 разів на добу, вдень.	**1.** Болі в поперековій області. **2.** Болі в крижах. **3.** Болі над лобком **4.** Часте сечовипускання, в тому числі вночі. **5.** Хворобливе сечовипускання. **6.** Утруднення сечовипускання. **7.** Сеча з домішками крові, гною, слизу **8.** Каламутна сеча кольору пива. **9.** Набряки і ін.

6. Нормальні показники загального аналізу сечі.	
Ендокринна система	
1. Вага = зріст (см) – 100 ± 10 кг.**2.** Статура пропорційна. **3.** Жировідкладення помірне, рівномірне (товщина шкірної	**1.**Ожиріння **2.** Виснаження (дистрофія). **3.**Безпліддя. **4.** Імпотенція.

Норми функціонування	**Відхилення від норм функціонування**
складки в області кута лопатки 0, 8-1,5 см). **4.** Шкіра фізіологічного забарвлення, чиста, еластична **5.** Щитовидної залози не видно. **6.** Статеві ознаки відповідають паспортному віку і статі. **7.** Місячні у жінок регулярні, рясні, безболісні.	**5.** Порушення менструального циклу**6.** Сухість шкіри. **7.** Шкірний свербіж **8.** Пітливість **9.** Надмірний волосяний покрив **10.** Тремтіння в руках, тілі. **11.**Спрага
Кістково-м'язова система	
1. Вага = зріст (см) – 100 ± 10 кг. Тіло будова пропорційна правильна. **2.** Постава рівна. Стоячи, притулившись до стіни – точки дотику: потилиця, лопатки, сідниці, п'яти. **3.** Хребет рівний, не відхиляється в сторони більш, ніж на 0,5-1,5 см. Рух у всіх суглобах в повному обсязі. **4.** М'язова сила кистей (динамометрія):	**1.** Болі у кістках. **2.** Болі у хребті. **3.** Болі у суглобах під час руху. **4.** Туго рухливість в суглобах. **5.** Скутість у суглобах **6.** Болі у м'язах. **7.** Зниження сили м'язів **8.** Порушення постави – кіфоз, сколіоз і т. п. **9.** Рахітоподібне викривлення кісток ніг і ін.

у чоловіків – 40-45 кг; у жінок – 30- 35 кг. Станова сила (м'язів спини): у чоловіків – 130-150 кг; у жінок – 80- 90 кг.	
Імунна система	
1. Частота захворюваності на гострі респіраторні захворювання – не частіше 1-2 разів на рік**.** **2.** Відсутність ознак алергії.	**1.** Частота захворювання на ГРВІ, бактеріальними інфекціями – частіше 1-2 разів на рік. **2.** Важкий перебіг інфекційних захворювань **3.** Тривалий перебіг хвороби. **4.** Схильність до перебігу гострих захворювань в хронічні. **5.** Аутоімунні процеси (системні захворювання).
Лімфатична система	
1. Відсутність хронічних алергічних захворювань**.** **2.** Відсутність збільшених груп лімфатичних вузлів – підщелепних, задньошийних, пахвових. **3.** Відсутність больових відчуттів при пальпації лімфовузлів. **4.** Відсутність виражених набряків на нижніх кінцівках.	**1.** Збільшені лімфовузли в області шиї.**2.** Збільшені лімфовузли в пахової області **3.** Хворобливість лімфовузлів при пальпації **4.** Алергія (до продуктів, ліків, пилку рослин і т. п.); захворювання: алергічний дерматит, бронхіальна астма та ін. **5**. Схильність до пухлин.

Норми функціонування	**Відхилення від норм функціонування**
Периферична нервова система	

1. Рухова функція: стійка рівна хода, достатня м'язова сила кистей. **2.** Функція координації: в позі Ромберга (ноги разом, руки вперед перед собою, очі закриті) не втрачає рівноваги; при закритих очах, стоячи, руки розведені в сторони, кінчиками пальців попеременно з першого разу впевнено торкається кінчика носа. **3.** Збережене почуття всіх ділянок шкіри на дотик гострого, холодного, теплого, на натиснення.	**1**. Рухові порушення у верхніх кінцівках. **2**. Рухові порушення у нижніх кінцівках. **3**. Болі у руках, ногах. **4**. Оніміння пальців рук, ніг. **5**. Запаморочення. **6**. Болі по ходу нервів **7**. Радикуліти. **8.** Радікулоневрити.

– «Визначення швидкісно-силових якостей»,

– «Кидок набивного (медичного) м'яча (1 кг) двома руками через голову, з вихідного положення стоячи»,

– «Визначення координації рухів і спритності»,

– «Підскоки»,

– «Стрибки через скакалку»

– «Визначення силової витривалості»

– «Визначення швидкості»

– «Визначення витривалості» (біг на дистанції 90, 120, 300 м (в залежності від віку дітей)

Багато авторів вважають, що стан здоров'я дітей і дорослих (сприйнятливість до інфекцій, імунологічний статус організму і т.) багато в чому залежить від морфофункціонального типу Р. І. Айзман, Г. Н. Жарова та ін.[22], С. А. Жафярова та ін.,[23] дослідники відзначають різко виражену невідповідність показників фізичного розвитку у межах кожної вікової групи дітей і підлітків. Це пояснюється тим, що при оцінці рівня фізичного розвитку не враховуються індивідуально-типологічні особливості розвитку організму (конституціональний тип) дитини.

За запропонованими О. А. Бутаковою анкетами оцінювався рівень здоров'я за основними системами організму. У школярів проаналізовані анкети з оцінки індивідуального здоров'я з 12 систем. Автори рекомендують звернути увагу на деяких

регулюючих системах (в балах за клінічними ознаками). При оцінці центральної нервової

[22] Айзман Р. И., Жарова Г. Н., Айзман Л. К. и др. Подготовка ребенка к школе. Новосибирск: НГПИ, 1991. 137 с.

[23] Жафярова С. А. Конституциональные особенности детей и подростков (материалы к курсу валеологии). Новосибирск: НГПУ, 1998. 29 с.

системи (ЦНС) найбільш часто виявлявся показник 6-9 балів, отже, система працює з навантаженням у 50% старшокласників, 17% – учнів мали інтервал 10-20 балів, тобто система значно перевантажена; 33% учнів мали 0-5 балів – система не перевантажена. Найбільш частими показниками наступних симптомів є: підвищена стомлюваність – у 65% дітей, слабкість – 60%, підвищена нервозність – 55% рис. 6.

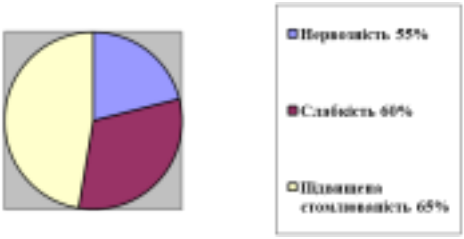


Рис. 6. Найбільш часті показники хворобливих симптомів школярів

Отже, у половини досліджуваних ЦНС значно страждає, це може бути пов’язано з великими навчальними навантаженнями, психоемоційним напруженням, особливостями даного віку. Таким чином, імунна система в 22% випадків працює з навантаженням, а в 9% значно перевантажена. Найбільш часто зустрічаються: слабкість – 67%, головні болі – 52%, часті ГРВІ – 42%, що свідчить про зниження імунітету, про виснаження резервних функцій організму. Діагностуючи шкідливі звички, виявилося, що в 100% випадків діти шкідливих звичок не мають, але друзі – 36% (хлопчиків) і 15% (дівчаток) – курять. Вживання наркотиків не виявлено. Оцінюючи екологічну обстановку в школі і вдома, діти відзначають на першому місці використання хімічних засобів – 80%, шум – 60%, вихлопні гази – 50%, пил – 45%.

Дослідники В. Б. Войнов та ін., використовували анкету для оцінки психічного стану та отримали наступні результати:

Найбільший бал отримав астенічний синдром – 18,6 (поведінка, що характеризується підвищеною стомлюваністю, виснаженістю, ослабленням або втратою здатності до тривалої фізичної або розумової напруги, роздратованістю, частою зміною настрою, вегетативні розлади).

На другому місці – істероподібний синдром – 16 балів. Характерні егоцентризм, спрага уваги до своєї персони, захоплення, здивування, шанування, співчуття. Можна припустити, що наявність цих

синдромів пов'язана з психоемоційними перевантаженнями, особливостями підліткового віку.

Для збільшення резервних можливостей організму автори запропонували: підвищити знання в області раціонального харчування; індивідуально провести бесіду про роль достанього та тривалого сну; про способи поліпшення нічного сну; рекомендувати використання методів загартовування; провести просвітницьку роботу про шкоду куріння; збільшити тривалість прогулянок і ін.

Дані аналізу анкет-опитувальників школярів обговорювалися зі шкільним лікарем, і призначені додаткові діагностичні дослідження і коригуючі стан здоров'я оздоровчі заходи.

Войнов В.Б., ті ін., також, наголошують на можливості виявлення порушень поведінки людини межового рівня за рахунок використання методу анкетування (аналогічно оцінці функціонального стану здоров'я людино методом скринінг-діагностики).

За умовою дослідників анкета заповнюється обстежуваним. Вона побудована за нозологічним та функціонально-системним принципом. Шість блоків питань дозволяють виявити порушення поведінки людини межового рівня, визначити наступні синдроми.

Астенічний синдром – поведінка, що характеризується підвищеною втомлюваністю, виснажливістю, ослабленням або втратою здатності до тривалої фізичної або розумової напруги, дратівливістю, частою зміною настрою, сльозливістю, примхливістю, вегетативними розладами. При домінуванні явищ втрати самовладання, нестриманості, дратівливості або, навпаки,

швидкого виснаження, дратівливою слабкістю виділяють гіперстенічний і гіпостенічний синдроми.

Невротичний синдром – поведінка, що характеризується суб'єктивними переживаниями (почуття тривоги, власної неповноцінності, страх висоти, замкнутих просторів, нав'язливі думки, спогади і т. п.). Соматовегетативними розладами (порушений сон, поганий апетит, блювота, діарея, прискорене серцебиття і т. д.).

Істероподібний синдром – для поведінки людини характерні: безмежний егоцентризм, ненаситна увага до своєї особи, захоплення, здивування, шанування, співчуття. Брехливість і фантазування повністю спрямовані на прикрашання своєї персони. Удавана емоційність насправді виявляється відсутністю глибоких щирих почуттів при великій експресивності емоцій, театральності.

Психастенічний синдром – для поведінки людини характерні: нерішучість, схильність до міркувань, тривожна недовірливість і любов до самоаналізу і, нарешті, легкість формування нав'язливих страхів, побоювань, дій, ритуалів, думок, уявлень.

Патохарактерологічний синдром – особливості поведінки, яку називають «поганим характером» реакціями протесту, асоціальною поведінкою, обумовленою психотравмуючою ситуацією в дитячому віці чи неправильним вихованням.

Цереброастенічний синдром – поведінка з представленими симптомами мозгового (церебрального) походження (запаморочення, психосенсорні розлади і т. п.), Пов'язують з відставанням розвитку центральної нервової системи.

Перед початком анкетування необхідно обстежуваного ознайомити з інструкцією: «*У запропонованій Вашій увазі анкеті міститься перелік ознак з різних функціональних систем. Якщо будь-які з цих ознак, на Вашу думку, мають відношення до Вас, Вашої поведінки або самопочуття, оцініть в балах, як часто і як сильно ці ознаки у вас виражені*».

Перспективним висновком третього розділу колективної монографії «***Критерії оптимального стану психосоматичного здоров'я організму***» можуть бути наступні роздуми. З нашої точки зору є те, що науково-педагогічній громадськості України представлений алгоритм для подальших розробок та впровадження в навчальний процес психодіагностичних, психокорекційних програм

організації оздоровчо-рекреативної роботи з учнівською та студентською молоддю.

4. Порівняльний аналіз проявів депресивних станів та вірогідності неврозу як чинника психосоматичного здоров'я дівчат/юнаків студентів КНУ імені Тараса Шевченка (авторський досвід)

Автор даного розділу колективної монографії, також, вивчає дану проблему з позиції безпеки та підтримання психосоматичного здоров'я молоді в структурі навчального процесу на прикладі багаторічних досліджень (2006-2014 років) на різних факультетах Київського національного університету імені Тараса Шевченка У вищезгаданих публікаціях О.В. Корнієнко О.В.[24,25]. Вагомим

[24] Корнієнко О.В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я дівчат-студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006- 2009 навчальних років. «Переяслав–Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» Додаток 1 до вип.27, Том IX (42): Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». К.: Гносис, 2012. С. 312-318.

[25] Корнієнко О.В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я юнаків-студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006- 2009 навчальних років «Переяслав–Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» Додаток 1 до вип. 31, Том V (47): Тематичний

внеском автора на теоретико-методологічному та емпіричному рівні виступають результати проведеного порівняльного аналізу проявів депресивних станів та вірогідності неврозу двох вибірок досліджуваних дівчат-студентів (n= 375) та юнаків-студентів (n=311) Київського національного університету імені Тараса Шевченка на основі проведених досліджень 2006-2009 навчальних років[26]. У змісті опублікованої статті автором були визначені наступні завдання:

1. Поетапне проведення диференціації проявів депресивних станів та вірогідності неврозу групи дівчат-студентів (n=375) за методиками диференціальної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова та методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і І Хеса [27].

2. Поетапне проведення диференціації проявів депресивних

станів та вірогідності неврозу стану групи юнаків-студентів (n=311) за методиками диференціальної діагностики депресивних станів В. А. Жмурова та методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і І Хеса

3. Диференціально-статистичний та порівняльний аналіз проявів депресивних станів: «***Апатії***», «***Гіпотимії***», «***Дисфорії***», «***Розгубленості***», «***Тривоги***», «***Страху***» з урахуванням вірогідності неврозу у двох вищезгаданих даних вибірках.

4. Кореляційний аналіз опосередкованих зав'язків депресивних станів та вірогідності неврозу з урахуванням результатів емпіричних досліджень чотирьох блоків тестових методик.

Підводячи підсумки за першим, другим завданням вище заявленого дослідження вважаємо за доцільне звернути увагу на узагальнену табл. 2 з включенням середньостатистичних відмінностей та особливостей кореляційних взаємозв'язків депресивних та вірогідності неврозу між двома вибірками.

випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». К.: Гносис, 2013. С. 251-256.

[26] Корнієнко О.В. Порівняльний аналіз проявів депресивних станів та вірогідності неврозу як чинника психосоматичного здоров'я дівчат/юнаків студентів КНУ імені Тараса Шевченка. Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Додаток 2 до Вип. 35: Тематичний випуск «Проблеми емпіричних досліджень у психології». К. : Гносис, 2014. С. 132-142.

[27] Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: издатательский дом «Барах», 1998. С. 14-17, 22-29, 59-63, 84-92, 133-141, 169-171, 274-281, 408-416.

Таблиця 2

Порівняльний аналіз проявів депресивних станів та вірогідності неврозу дівчат (n= 375) та юнаків студентів (n= 311)

Дівчата– студенти (n=375)					
Рівні проявів депресивних станів					
Апатія	Гіпотимія	Дисфорія	Розгубленість	Тривога	Страх

(n=33)	(n=193)	(n=110)	(n=33)	(n=4)	(n=2)
6,43 ±2,50	17,17 ±4,07	32,79 ± 6,03	53,63 ±6,26	74,25 ±4,19	98,50 ±14,84
Вірогідність неврозу					
11,42 ±5,76	16,08 ±5,65	22,04 ±5,67	16,06 ±5,67	20,75 ±8,42	32,00 ±7,07
Кореляційні зв’язки депресивних станів та вірогідності неврозу					
	r = 0,326 **p<0,01	r = 0,209 *p<0,05	r = 0,089		
Кореляційні зв’язки депресивних станів та вірогідності неврозу (загальна вибірка (n=375) r = 0,584 **p <0,01					

Юнаки-студенти (n=311)					
Рівні проявів депресивних станів					
Апатія (n=50)	Гіпотімія (n=146)	Дисфорія (n=87)	Розгубленість (n=18)	Тривога (n=5)	Страх (n=5)
5,62 ±2,64	17,45 ±4,60	33,59 ±6,09	51,72 ±6,05	71,00 ± 1,87	102,75 ±14,86
Вірогідність неврозу					
8,38 ±5,13	13,31 ±5,61	19,44 ±6,63	15,83 ±7,21	20,80 ±4,60	19,80 ±2,58
Кореляційні зв’язки депресивних станів та вірогідності неврозу					
r = 0,219 *p<0,05	r = 0,123	r = 0,82			
Кореляційні зв’язки депресивних станів та вірогідності неврозу (загальна вибірка (n=311) r = 0,430 **p<0,01					

Необхідно звернути принципову увагу на той факт, що серед загальної кількості досліджуваних дівчат-студентів (n=375) найбільшу занепокоєність викликала очевидна перевага двох станів «***Гіпотимії***» (n=193) (депресія мінімальна) – 17,17±4,07 та «***Дисфорії***» (n=110) (депресія легка) 32,79 ± 6,03 всього 303 випадків. Таким чином, у відповідності до змісту та інтерпретації даної методики В.А. Жмурова це показники другого, третього рівнів проявів депресивних станів. У групі юнаків-студентів (n=311) дані показники значно відрізняються через відмінність у кількісних показниках, а саме «***Гіпотимії***» (n=146) *(депресія мінімальна)* – 17,45±4,60 та «***Дисфорії***»(n=87) *(депресія легка)* 33,59 ± 6,09 всього 233 випадків. Таким, чином у вибірці дівчат на 70 досліджуваних осіб виявилося більше з певними порушеннями психосоматичного здоров'я. Встановлені, також, значні кореляційні зав'язки депресивних станів та вірогідності неврозу у дівчат-студентів

(n=375) r=0,584 (**p<0,01) та юнаків-студентів (n=311) r = 0,430 (**p<0,01). Відмінністю є те, що у дівчат-студентів проявив себе зв'язок між «***Гіпотимією***»(n=193), «***Дисфорією***» (n=110), та вірогідністю неврозу r = 0,326 (**p<0,01), r = 0,209 (*p<0,05). У юнаків

студентів ми спостерігали відмінну динаміку показників, а саме зв'язок між «***Апатією***»(n=50) та вірогідністю неврозу r = 0,219 (*p<0,05).

Спираючись на детальне вивчення класифікації МКХ-10 (міжнародна класифікація хвороб) та отримані результати власних емпіричних досліджень двох вибірок дівчат та юнаків студентів (n= 375/311) ми маємо підстави для того, щоб знайти відповідність у результатах отриманих даних та описанні скринінгових клінічних діагнозів з виявленням нозологічної форми та синдрому. МКХ-10 розроблена як центральна («ядерна») класифікація для групи класифікацій з проблем хвороби та здоров'я. Тому, ми допускаємо, що отримані результати емпіричних досліджень значно співвідносяться з описанням та класифікаціями психіатричних розладів у розділі F30-F39 «*Розлади настрою (афективні розлади*)». Детальні описання окремих симптомів представлені у підрозділах F32». *Депресивний епізод*», F34.1. «*Дистимія*».

Залишаємо право за собою про публікацію додаткових детальних

емпіричних даних прикладі опосередкованих кореляційних зав'язків проявів депресивних станів, вірогідності неврозу, індивідуально психологічних особливостей дівчат/юнаків-студентів (n=375/311) у змісті наступних вагомих наукових видань різних країн світу.

ВИСНОВКИ

1. Підсумовуючи результати підготовленого розділу колективної монографії на тему: «***Передумови скринінг-діагностики донозологічних маркерів безпеки в підтриманні психосоматичного здоров'я учнівської та студентської молоді***» необхідно зазначити наступне. Поставлена мета та мотив підготовки матеріалів до колективної монографії на тему: « ***Напрямки розвитку психологічних наук в Україні та країнах ЄС***» у престижному виданні «Izdevnieciba «Baltija Publishing» (м. Рига, Латвія) повністю реалізовані.

2. Структура колективної монографії включає чотири розділи з продуманим підходом доцільного поєднання теоретико методологічного та емпіричного висвітлення основних публікацій авторів різних наукових парадигм, років видання матеріалів з виділенням власних пріоритетних аспектів недостатньо досліджених феноменів «***межового психосоматичного стану здоров'я/хвороби***» учнівської та студентської та умов їх діагностики, профілактики

комплексними методами. Більшість авторів акцентує увагу на перспективності доступних та ефективних методів скринінгового (масового) виявлення перших проявів відхилення від нормального функціонування (гомеостазу) різних систем організму в структурі навчальних закладів України.

3. Доречним виявилося включення до тексту колективної монографії табличних даних, малюнків, особистих результатів багаторічних досліджень .На нашу думку це є переконливим аргументом вагомості особистого внеску автора у вирішенні актуальних та перспективних питань впровадження комплексного медичного, психодіагностичного підходів, пошуку методів відповідного підтримання «***психосоматичного здоров'я***» учнівської/студентської молоді з урахуванням індивідуально психологічних відмінностей особистості досліджуваних.

АНОТАЦІЯ

Підготовлений текст колективної монографії відкриває нові можливості для вчителів, викладачів, науковців, популяризаторів відповідних галузей знань, відповідальних працівників психолого педагогічних наук України та країн Європейського Союзу комплексний підхід для вирішення актуальних питань виховання, контролю, ранньої діагностики, планування скрінінгових досліджень складного феномену на рівні повсякденного явища «психосоматичного здоров'я» учнівської/студентської молоді України. З сподіванням знайти прихильників яких турбує теперішній стан здоров'я молоді та перспективи його розвитку у найближчі роки.

Література

1. Брехман И.И. Введение в валеологию науку о здоровье. Л. : Наука, 1987. 125 с.

2. Апанесенко Г.Л.,Попова Л.А. Медицинская валеология. К.: Здоров'я, 1998. 248 с.

3. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. К.: Здоровья, 1991. 248 с. 4. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и серце. 3-е изд. перераб. и доп. К. : Здоровья,1989. 216 с.

5. Корнієнко О.В. Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді: монографія. К.: Видавничо поліграфічний центр «Київський університет», 2004. 264 с.

6. Косованова Л.В., Мельникова М.М., Айзман Р.И. Скрининг диагностика здоровья школьников и студентов. Огранизация оздоровительной работы в образовательных учереждениях: Учеб.-метод.пособие. Новосибирск: Сибир. унив. изд-во, 2003. 240 с.

7. Степанов А.Д. Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. Горький: Волго-Вятское книж. изд-во, 1975. 279 с.

8. Салливен Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. Пер. с англ. СПб.: Ювента, 1999. 347 с.

9. Кураев Г. А. Валеологическая система сохранения здоровья населения России. Валеология. 1996. С. 7-18.

10.Виноградов А. В. Активное формирование здоровья – главная задача валеологии. Материалы 2-й Всерос.науч.-практ. конф.

«*Здоровье и образование*». СПб., 1997. С. 34–36.

11.Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека . Вестник АМН СССР. 1982. Т. 45. № 4. С. 29-33.

12.Давыдовский И. В. Методологические основы патологии. *Вопросы философии*. 1968. № 5. С. 84-94.

13.Апанасенко Г.Л. О безопасном уровне здоровья человека. *Асклепион.* 1996. № 1–4. С. 14-15.

14. Барбараш Н.А., Барбараш Л.С., Лившиц М.Л. и др. Очерки поведенческой психологии здоровья. Аргументы, факты, тесты: Научно-метод. пособие. Кемерово: изд-во КГМА, 1995. 245 с.

15.Гончарова Г.А., Крылов Д.Н., Бережков Л.Ф. Методические рекомендации по количественной оценке уровня здоровья школьников (экспресс-диагностика). М.: Научный центр охраны здоровья детей и подростков. РАМН, 1997. 21 с.

16.Бутакова О. А. Определение состояния здоровья человека в конкретных экологических условиях. Нижний Новгород: ОАО «Кстовская типография», 1999. 20 с.

17. Иванов А.А., Кожевникова Н.Г. Прогностическая значимость анкетирования як метод выявления состояний предболезни в связи с профилем обучения и физическими кондициями студентов. *Современные проблемы науки и образования* [електронный журнал]. 2011. № 2 http//www.science-education.ru/ruarticle/view

18.Начинска С.В. Спортивная метрология. М. : Академия, 2005. С. 194-203.

19.Лубышева Л.И. Концепция физкультурного воспитания: методология развития и технология реализации. *Физическая культура: воспитание, образование, тренировка,* 1996, № 1. С. 5-11.

20. Войнов В.Б., Кульба С.Н., Трушин А.Г., и др. Практикум по валеологии. Ростов-на-Дону: УНИИВ РГУ, 1999. 194 с.

21.Черемисина О. И., Зайцева И. Н., Барсукова И. М., Склянова Н. А. и др. Элементы валеологического мониторинга для образовательних учреждений. Методическое пособие. Новосибирск: МГЦВ «Магистр», 1997. 103 с.

22.Айзман Р. И., Жарова Г. Н., Айзман Л. К. и др. Подготовка ребенка к школе. Новосибирск: НГПИ, 1991. 137 с.

23. Жафярова С. А. Конституциональные особенности детей и

подростков (материалы к курсу валеологии). Новосибирск: НГПУ, 1998. 29 с.

24.Корнієнко О.В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я дівчат-студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006-2009 навчальних років. «Переяслав–Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Додаток 1 до вип.27, Том IX (42): Тематичний випуск «*Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору*». К. : Гносис, 2012. С. 312-318.

25.Корнієнко О.В. Факторний аналіз психосоматичного здоров'я юнаків-студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка 2006-2009 навчальних років «Переяслав–Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» Додаток 1 до вип.31, Том V (47): Тематичний випуск «*Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору*». К.: Гносис, 2013. С. 251-256.

26. Корнієнко О.В. Порівняльний аналіз проявів депресивних станів та вірогідності неврозу як чинника психосоматичного здоров'я дівчат/юнаків студентів КНУ імені Тараса Шевченка. Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Додаток 2 до Вип. 35: Тематичний випуск «*Проблеми емпіричних досліджень у психології*». К. : Гносис, 2014. С. 132-142.

27.Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: издатательский дом «Барах», 1998. С. 14-17, 22-29, 59-63, 84-92, 133-141, 169-171, 274-281, 408-416.

Information about the authors:
Korniienko Oleksiy Vasuljovuch,
Ph.D.(Psychology), Associate Professor,
Humanitarian Science Department, International
Faculty, Kyiv Medical
Univerisity
Boruspilska str., 2, Kyiv, 02099, Ukraine