

КИРИЧУК Валерій Олександрович, РУДЕНКО Сергій Антонович,
МАРУШКО Юрій Володимирович

ВПЛИВ ОСВІТЬОГО ДОВІКІЛЛЯ НА СОЦІАЛЬНІ ПРІОРИТЕТИ І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ

Valerii KYRYCHUK, Serhii RUDENKO, Yurii MARUSHKO
**IMPACT OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT ON SOCIAL PRIORITIES
AND SCHOOLCHILDREN'S MENTAL HEALTH**

DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2024.02.179>

УДК: 159.913 : 6.16-053.2

ВСТУП

Соціальні фактори є одними із найпоширеніших та найважливіших чинників впливу на навчання, формування соціальної адаптації, фізичне та психічне здоров'я дітей. Саме вони можуть стати причиною погіршення якості адаптації до соціального довкілля, зокрема здатні спричинити порушення процесів формування соціальних пріоритетів та поведінкових відхилень і здоров'я на все подальше життя [7; 21; 23; 27].

Соціальні пріоритети, що впливають на поведінку школяра під час навчання та регулюють його взаємодію з іншими членами соціуму, мають значний вплив на формування фізичного здоров'я. Проблеми формування таких пріоритетів пов'язані зі зміненими стандартами поведінки, переживань та з особливостями мислення, які відхиляються від нормативних траєкторій розвитку у соціальній культурі. Ці відхилення можуть проявлятися у різних комбінаціях, включаючи негативне ставлення до родини, навчання, друзів, праці та інших аспектів суспільного життя. Неадекватне сприйняття дитиною шкільного віку суб'єктів соціального оточення може суттєво вплинути на формування фізичного та психічного здоров'я, спричиняючи розвиток преморбідних станів, і на виникнення згодом хронічних захворювань. Водночас, як відомо, важливими

соціальними чинниками формування здоров'я дитини є вплив родини та мікросоціального оточення в умовах освітнього закладу.

Дослідження, спрямовані на оцінку впливу соціальних пріоритетів на формування здоров'я особи викликають активну зацікавленість серед науковців [2; 5; 19]. Вони вказують на особливості їх вираження у специфічних коморбідних соматичних проявах, таких як соціальна ізоляція, яка може бути тригером захворювань серцево-судинної системи та дисфункції імунної системи; хронічний стрес, що спричиняє первинну артеріальну гіпертензію, ожиріння та цукровий діабет; булінг, що призводить до невротично-депресивних станів, хронічного головного болю, захворювань серцево-судинної та травної систем й автоімунних розладів; погіршення якості харчування, зниження рівня фізичної активності, спортивної форми та погіршення сну, скажімо, тоді, коли сон зменшують через час, проведений перед екраном [1; 7; 9; 12-14].

Неадекватне ставлення школяра до збереження свого здоров'я може спричинити розвиток хронічних захворювань та погіршувати їх перебіг. Науковці виокремлюють селективний вплив порушень соціальних пріоритетів на формування окремих преморбідних відхилень та хронічних захворювань. Засвідчено, що проблеми соціальних пріоритетів можуть стати причиною таких преморбідних відхилень і хронічних захворювань, як психічні розлади,

Таблиця 1

Кількість і віковий розподіл школярів у досліджуваних групах (кількість, у %)

Групи школярів за віковою категорією	Основна група	Контрольна група	Разом осіб
1. Діти молодшої шкільної вікової групи (1-4 класи, 6-10 років)	176 (63,5%)	101 (36,5%)*	277 (100%)
2. Діти середньої шкільної вікової групи (5-8 класи, 11-14 років)	698 (59,6%)*	474 (40,4%)	1172 (100%)
3. Діти старшої шкільної вікової групи (9-11 класи, 15-17 років)	325 (67,0%)	160 (33,0%)*	485 (100%)
Всього осіб	527	583	1255

зловживання алкоголем і наркотиками, серцево-судинні хвороби, гормональні порушення (ожиріння, гіпотиреоз), зниження імунного захисту, хворість системи травлення та онкологічні недуги [3; 17; 22; 28].

При дослідженні вікових критеріїв формування соціальних пріоритетів у школярів виділяють характерні особливості впливу родини, соціуму, освітнього закладу та рівня їхньої соціальної активності [2, с. 17-18]. Проте у рандомізованих популяційних вибірках у дітей усіх шкільних вікових груп таких досліджень не проводилося. Важливим аспектом вивчення тут є *інтегрований підхід* до розробки комплексних профілактичних, лікувальних і реабілітаційних програм, які враховують діагностику та профілактику формування проблемного поля психосоціальних пріоритетів.

На формування поведінкових відхилень, як відомо, значний вплив також можуть мати генетичні та численні тригерні чинники, зокрема, стан екології і соціальні катаклізми, що спричиняють погіршення здоров'я в умовах навчання [26]. Важливою особливістю впливу соціальних чинників є їх дія на формування когнітивності і на якість академічної освіти [26-27].

Наразі існує недостатньо даних, які висвітлюють вплив сформованих проблем психосоціальних пріоритетів на формування преморбідних відхилень та хронічних захворювань у дітей і підлітків шкільного віку за організованого навчання, що і стало головною причиною проведення цього дослідження.

Мета роботи: вивчення особливостей формування психосоціальних пріоритетів та соматичного здоров'я дітей і юні шкільного віку під впливом проблем, спричинених шкільним оточенням, а **головним завданням** – обґрунтувати

доцільність комплексного медико-психолого-соціального супроводу їх розвитку.

Матеріали і методи. Проведено рандомізоване контрольоване дослідження за участю 1255 учнів віком від 7 до 14 років у середніх освітніх закладах. Учасників було розподілено на основну групу (n = 527 осіб) та контрольну групу (n = 583 осіб). Дослідження проводилось за згодою батьків, із залученням шкільних психологів, педагогів та лікарів, що забезпечували соціально-психологічний та медичний супровід учасників. Кількість та віковий розподіл школярів подано у *табл. 1*.

Аналіз захворюваності проводився за основними групами хвороб *методом подвійного засліплення* учасників і виконавців із використанням даних систематичних спостережень (час спостереження склав десять років, 2013 – 2023). Для створення бази даних нами застосований *метод метааналізу*, що забезпечив ретельний підбір рандомізованих контрольованих груп та уможливив порівняння за віковими та статевими параметрами.

Оцінку фізичного розвитку дитини (вага, зріст та хват грудей) визначали за допомогою вікових центильних таблиць, індексу гармонійності та вагово-ростового індексу Рюера.

Статистичний аналіз проводився із використанням методів описової статистики, регресійного аналізу та встановлення достовірності показників вибірок. Достовірність даних підтверджувалась через обчислення відношення шансів (OR) із визначенням довірчих інтервалів (CI). Водночас застосовувалися елементи кейс-контрольних досліджень для порівняння показників здоров'я у дітей з певною хворобою та психофізично здорових учнів. Крім того,

Таблиця 2

Аналіз поширеності хронічних захворювань школярів за групами хвороб
(*n осіб, у %*)

Параметр	Показник	Основна група	Контрольна група	Всього	p	OR (95% CI)
Захворювання системи дихання	Патологія	124/23,5	12/2,1	136/12,3	0,05	14,64 (7,98;26,8)
	Здорові	403/ 76,5	571/97,9	974/87,7		
Захворювання системи травлення	Патологія	85/16,1	34/5,8	119/10,7	0,05	3,11 (2,05;4,71)
	Здорові	442/83,9	549/94,2	991/89,3		
Захворювання нервової системи	Патологія	60/11,4	20/3,4	80/7,2	0,05	3,62 (2,15;6,09)
	Здорові	467/ 88,6	563/96,6	1030/92,85		
Захворювання опорно-рухової системи	Патологія	120/22,8	88/15,1	208/18,7	0,05	1,66 (1,22;2,25)
	Здорові	407/77,2	495/84,9	902/81,3		
Всього		527/100	583/100	1255/100		

Примітка: значимі розбіжності позначені * (* $p < 0,05$).

був використаний Chi-Square тест (χ^2 -тест) для перевірки гіпотез про взаємозв'язок між двома категорійними змінними. Для оцінювання непараметричних критеріїв опрацьовувалися відношення шансів (OR), стандартна помилка та 95% довірчий інтервал. Вагомість $p < 0,05$ вважалася статистично значуща. Також застосовувався кореляційний аналіз з визначенням коефіцієнта кореляції (r) для лінійних залежностей. Для моделювання бінарної (дихотомійної) залежної змінної/змінних застосували логістичну регресію. Для визначення статистично значущих відмінностей між групами послуговувалися показником F-статистики, що давав змогу виявити, чи існують варіації між групами достатньо великими, щоб бути статистично значущими, або ж чи можуть вони бути пояснені випадковими відхиленнями.

Оцінку сформованості ціннісних пріоритетів проводили за українською версією опитувальника В.С. Киричука (2012), при цьому рейтинуючи отримані дані. Для виявлення взаємозалежності між показниками психосоматичного здоров'я та соціальними пріоритетами нами використовувалась багатофакторна кореляційна матриця, що дозволила обчислити множинну лінійну регресію.

Для визначення динаміки показників соматичного здоров'я, поширеності захворювань на формування психосоціальних пріоритетів нами використовувався метод аналізу первинної документації за вісім навчальних років (2015 – 2023 роки). Реєстрація та обробка даних здійснювалась із використанням автоматизованої проектної системи Universal, версія 43.1.

Виклад основного матеріалу та результатів дослідження

Засадничим напрямом пошуку було встановлення взаємозалежності між показниками формування психосоматичного здоров'я та соціальними пріоритетами у дітей/підлітків шкільного віку в умовах навчання. У цьому аспекті проаналізовано поширеність основних груп хронічних захворювань, які характерні для цього віку. Результати аналізу поширеності хронічних захворювань дихальної системи, системи травлення, нервової та опорно-рухової систем подано у **табл. 2**.

У процесі математичного аналізу було доведено статистично значущу кореляцію між даними різних вибірок. Статистична значущість на рівні $P < 0.05$ була підтверджена для захворювань дихальної, травної і нервової систем та опорно-рухового апарату.

При проведенні аналізу достовірності результатів методом обрахунку відношення шансів (OR) та визначення довірчих інтервалів (CI) у школярів встановлено, що найвищі показники припадають на захворювання дихальної системи з OR = 14,64 (7,98; 26,84), захворювання нервової системи з OR = 3,62 (2,15;6,09), травної системи з OR = 3,11 (2,05 до 4,71) та опорно-рухового апарату з OR = 1,66 (1,22 до 2,84). Всі розглянуті захворювання більш поширені в основній групі порівняно з контрольною. Це свідчить про те, що школярі з базової групи мають значно більший ризик розвитку хронічних захворю-

Таблиця 3

Показники Chi-Square тесту (χ^2 -тест) та p-value (значимості даних)

Захворювання	Chi-Square	p-value
Дихальна система	116.70	<0,05
Травна система	29.60	<0,05
Нервова система	25.01	<0,05
Опорно-рухова система	10.21	<0,05

вань різних систем власного організму. Значення $p < 0,05$ для всіх параметрів підтверджує статистичну значущість цих відмінностей.

Дані було підтверджено додатковими розрахунками Chi-Square тесту, який є статистичним методом, що використовується для підтвердження наявної асоціації між двома категорійними змінними. Він особливо корисний у випадках, коли потрібно оцінити, чи розподіл спостережень за певними категоріями відрізняється від очікуваного розподілу (табл. 3).

Згідно з отриманими даними щодо дихальної системи значення Chi-Square склало 116.70, p-value <0,05, тому відхиляємо нульову гіпотезу. Це означає, що існує значуща відмінність у поширеності захворювань дихальної системи між двома групами. Травна система – значення Chi-Square склало 29.60, і p-value <0,05, що також свідчить про значущу відмінність. Нервова система – значення Chi-Square дорівнює 25.01 на рівні <0,05, що вказує також про наявність вагомої відмінності. Опорно-рухова система – значення Chi-Square становить при 10.21 <0,05, що свідчить про значущу різницю у поширеності захворювань опорно-рухової системи між двома групами. Отож є підстави в усіх випадках відхилити нульову гіпотезу і стверджувати, що існує зв'язок між групами і поширеністю захворювань.

Щодо даних логістичної регресії, у результаті обчислень нами отримано такі результати (табл. 4).

Усі значення OR (відношення шансів) більше 1, що вказує на вищу ймовірність захворювання у першій групі порівняно з другою групою для всіх розглянутих захворювань. Водночас довірчі інтервали (95% CI) для всіх захворювань не охоплюють значення 1, що свідчить про статистичну значущість результатів. Це означає, що виявлені відмінності між групами є значущими і не можуть бути пояснені випадковістю. Звідси висновок: *кожен освітній заклад має свою характерну маніфестацію проявів показників захворюваності, обумовлену характерними особливостями мікросоціального клімату.*

Найбільша відмінність у ймовірності захворювання спостерігається для дихальної системи (OR = 14.64), що свідчить про суттєво вищий ризик захворювання у першій групі порівняно з другою. Виявлені значимі розбіжності між середньою та молодшою шкільними віковими групами, а також між старшою та молодшою групами, що вказує на підвищений рівень захворювань у середній групі і зниження у старшій. Встановлено значимі розбіжності між середньою та молодшою групами, а також між старшою та молодшою щодо хвороб системи травлення, що фіксує наявність аналогічних тенденцій до захворювань дихальної системи. Встановлено значиму розбіжність між старшою і молодшою групами відносно поширення хвороб опорно-рухового апарату, що засвідчує факт зниження захворюваності у старшій групі.

Таблиця 4

Показники логістичної регресії (OR та 95% CI)

Захворювання	OR	95% CI Нижня	95% CI Верхня
Дихальна система	14,64	7,98	26,8
Травна система	3.11	2.05	4.71
Нервова система	3.62	2.15	6.09
Опорно-рухова система	1.66	1.22	2.25

Таблиця 5

Порівняльний аналіз показників здоров'я школярів
молодшої, середньої та старшої вікових груп (n, m ± sd.)

Нозологія	Шкільні вікові групи					
	Молодша		Середня		Старша	
	n	m ± sd	n	m ± sd	n	m ± sd
1. Хвороби дихальної системи	138	52,9±3,09	241	69,3±2,47*	76	32,2±3,04*
2. Хвороби системи травлення	135	52,0±3,09	239	68,5±2,49*	74	31,3±3,01*
3. Хвороби опорно-рухової системи	149	57,3±3,06	214	61,2±2,61	87	36,6±3,12*
4. Хвороби нервової системи	74	28,5±2,79	128	36,8±2,57*	123	51,9±3,24*
5. Хвороби ока та придаткового апарату	34	13,1±2,09	104	29,9±2,45*	58	24,4±2,79
6. Хвороби ендокринної системи	26	10,0±1,86	64	18,2±2,07*	15	6,3±1,58
7. Хвороби серцево-судинної системи	10	3,8±1,18	59	16,8±2,00*	32	13,5±2,22
Всього школярів	260	100,0	349	100,0	237	100,0

Відносно генези захворювань нервової системи, значима розбіжність спостерігалась між середньою та молодшою, між старшою та молодшою групами, що констатує збільшення таких захворювань у старших шкільних вікових угрупованнях. Значуща розбіжність наявна й у динаміці захворювань системи ока і придатків між середньою і молодшою групами, що вказує на зростання кількості цих захворювань у середній ланці. Встановлено значущу розбіжність між середньою і молодшою групами щодо захворювань ендокринної системи, що свідчить про підвищену захворюваність у середній віковій шкільній групі. Також щодо захворювань серцево-судинної системи виявлена істотна розбіжність між середньою і молодшою групами із тенденцією до зростання у середній віковій категорії школярів.

Крім того, нами проведений аналіз захворювань серед школярів усіх вікових груп. Результати дослідження демонструють динаміку поширеності неінфекційних захворювань серед дітей молодшої (1-4 класи), середньої (5-8 класи) та старшої (9-11 класи) шкільних вікових груп. Дані представлені у *табл. 5*.

У *табл. 5* подано дані щодо розподілу захворювань серед школярів різних вікових

груп. Для кожної групи захворювань наведено кількість дітей (n), середнє значення (m) та стандартне відхилення (sd). Значимі розбіжності позначені зірочкою (*), що вказує на $p < 0,05$.

Щодо захворювань дихальної системи виявлено значимі розбіжності між середньою та молодшою, між старшою та молодшою групами. Отож має місце зростання цих захворювань у середній групі і зниження у старшій школі. Спостерігаються аналогічні тенденції відносно хвороб системи травлення, що також вказує на підвищення рівня даних захворювань у середній та зниження у старшій групі. Виявлено значиму розбіжність між старшою і молодшою групами щодо хвороб опорно-рухового апарату при тенденції зниження цієї захворюваності у старшій школі. Наявні істотні розбіжності між середньою та молодшою, старшою та молодшою групами у поширенні хвороб нервової системи, що фіксує збільшення цієї захворюваності у старших школярів. Значима розбіжність захворювань системи ока і придатків спостерігається між середньою і молодшою групами та зростання цієї захворюваності у середній групі. Теж саме характерно для захворювань ендокринної і серцево-судинної

Таблиця 6

Результати статистичного дослідження захворюваності серед школярів

Захворювання	Група 1	Група 2	t-статистика	p
Хвороби дихальної системи	Молодша	Середня	-56.65	<0,05,
Хвороби дихальної системи	Молодша	Старша	47.17	<0,05,
Хвороби дихальної системи	Середня	Старша	107.76	<0,05,
Хвороби системи травлення	Молодша	Середня	-56.31	<0,05,
Хвороби системи травлення	Молодша	Старша	46.74	<0,05,
Хвороби системи травлення	Середня	Старша	106.67	<0,05,
Хвороби опорно-рухової системи	Молодша	Середня	-13.04	<0,05,
Хвороби опорно-рухової системи	Молодша	Старша	49.77	<0,05,
Хвороби опорно-рухової системи	Середня	Старша	69.94	<0,05,
Хвороби нервової системи	Молодша	Середня	-21.43	<0,05,
Хвороби нервової системи	Молодша	Старша	-51.65	<0,05,
Хвороби нервової системи	Середня	Старша	-40.99	<0,05,
Хвороби ока та придаткового апарату	Молодша	Середня	-35.92	<0,05,
Хвороби ока та придаткового апарату	Молодша	Старша	-20.47	<0,05,
Хвороби ока та придаткового апарату	Середня	Старша	13.03	<0,05,
Хвороби ендокринної системи	Молодша	Середня	-17.52	<0,05,
Хвороби ендокринної системи	Молодша	Старша	6.47	<0,05,
Хвороби ендокринної системи	Середня	Старша	20.85	<0,05,
Хвороби серцево-судинної системи	Молодша	Середня	-19.90	<0,05,
Хвороби серцево-судинної системи	Молодша	Старша	-13.17	<0,05,
Хвороби серцево-судинної системи	Середня	Старша	7.23	<0,05,

систем. Ці результати демонструють відмінні тенденції у поширеності захворювань серед дітей різних вікових груп, що вказує на важливість диференційованого підходу до профілактики та лікування захворювань у школярів залежно від їхньої вікової категорії.

У багатьох обставинах середня група демонструє значуще вищі середні значення захворювань порівняно з молодшою групою, що вказує на зростання захворюваності у підлітковому віці. Старша група (юнаки та дівчата) часто виявляють зниження захворюваності порівняно із середньою, що може свідчити про покращення здоров'я або підвищення особистої адаптованості до довкілля. Особливим випадком є захворювання нервової системи, які показують підвищену захворюваність у старшій групі, що відрізняється від інших нозологічних тенденцій. Імовірно тут діють специфічні чинники, що негативно впливають на нервову систему у старшому шкільному віці, які варто дослідити окремо. Результати статистичного дослідження захворюваності школярів наводимо у *табл. 6*.

При проведенні інтерпретації отриманих результатів зазначимо, що встановлено значущі розбіжності між усіма віковими групами (молодша – середня, молодша – старша, середня – старша) для захворювань дихальної, травної, опорно-рухової, нервової та серцево-судинної систем із малими р-значеннями відхилень. Відносно ендокринних захворювань встановлено значущі розбіжності між молодшою і середньою, середньою і старшою групами з дуже малими р-значеннями. Між молодшою і старшою групами також є істотні відмінності, хоча р-значення кількісно дещо більші. Всі порівняння між віковими групами показали вповні значимі відмінності у захворюваності для всіх нозологій. Найбільші відмінності підтверджено для хвороб дихальної, системи травлення та опорно-рухової системи, що підтверджені досить малими р-значеннями, що вказує на високий ступінь статистичної вагомості. Ці результати свідчать про значні зміни у рівнях захворюваності серед різних вікових груп школярів, що також вказує на вплив вікових факторів та умов організованого навчання на їхнє здоров'я.

Таблиця 7

Поширеність проблем соціальних пріоритетів в учнів шкільного віку

Соціальний пріоритет	Ступінь формування проблеми	Основна група n/%	Контрольна група n/%	Всього n/%	p
1.Несприйняття власного здоров'я	здорові	308/58,6	444/76,2	752/67,8	0,05
	проблеми соціальних пріоритетів	217/41,4	138/23,8	355/32,0	
2.Несприйняття праці	здорові	157/29,7	366/62,8	523/47,1	0,05
	проблеми соціальних пріоритетів	370/70,3	200/34,4	517/46,6	
3.Несприйняття навчання	здорові	173/32,9	210/36,1	383/34,8	0,05
	проблеми соціальних пріоритетів	353/67,1	374/63,9	718/65,2	
4.Несприйняття друзів	високий	325/61,6	437/74,9	762/68,6	0,05
	проблеми соціальних пріоритетів	202/38,4	146/25,1	348/31,4	
5.Несприйняття суспільства	здорові	355/67,4	497/85,3	852/76,8	0,05
	проблеми соціальних пріоритетів	172/33,1	86/14,7	258/23,2	
6.Несприйняття моральних цінностей	здорові	332/63,0	465/79,7	119/22,4	0,05
	проблеми соціальних пріоритетів	195/37,0	118/20,3	313/28,2	
Всього		527/47,6	583/52,4	1110/100	

Нами також проаналізовано взаємозалежності чинників фізичного здоров'я та сформованих проблем соціальних пріоритетів в учнів усіх шкільних вікових категорій, зокрема стосовно їх ставлення до власного здоров'я, праці, навчання, відношення до друзів, суспільства і стану сформованих моральних цінностей. У *табл. 7* приведено дані про поширеність проблем соціальних пріоритетів за рівнями реалізації – високий, середній, низький.

Аналіз отриманих результатів показує, що учні з основної групи мають більше проблем з усвідомленням соціальних пріоритетів, таких як власне здоров'я, праця, друзі, суспільство та моральні цінності, порівняно зі школярами з контрольної групи. Загалом проблемне поле формування соціальних пріоритетів має таку

картину: найбільш вираженим порушенням серед названих пріоритетів посідає несприйняття школярами навчання (64,4%) та праці (46,6%). Негативне ставлення до власного здоров'я та до друзів було визначене відповідно у 32,2% та 32,1%; несформованість моральних цінностей становить 27,4%, негативне відношення до суспільства – 20,1%. Особливу стривоженість викликає негативне сприйняття учнями процесу навчання і ставлення до праці, а також тенденція до збільшення групи аморально та соціопатично зорієнтованих осіб.

Для проведення статистичної обробки даних *табл. 7* було використано кілька підходів. Оскільки йдеться про порівняння груп, нами застосовані t-тест та χ^2 -квадрат, тест для визначення статистичної значущості відмінності

Таблиця 8

Показники χ^2 -квадрат критерію сформованості соціальних пріоритетів школярів

Показник	χ^2 -квадрат	P-значення	Значущість відмінності
Несприйняття власного здоров'я	38.54	< 0.05	значуща
Несприйняття праці	131.61	< 0.05	значуща
Несприйняття навчання	1.02	> 0.05	незначуща
Несприйняття друзів	22.09	< 0.05	значуща
Несприйняття суспільства	48.64	< 0.05	значуща
Несприйняття моральних цінностей	37.59	< 0.05	значуща

між групами. χ^2 -квадрат критерій дозволяє визначити, чи є значущі відмінності в розподілі категорій між групами. Проведений аналіз показників логістичної регресії подано у **табл. 8**.

Здебільшого відмінність між основною і контрольною групами є статистично значущою, за винятком параметра «несприйняття навчання», що підтверджує загальні негативні тенденції у сприйнятті навчання школярами обох груп. Результати проведення χ^2 -квадрат критерію показують, що для більшості соціальних пріоритетів існує статистично значуща відмінність між основною групою (здорові учні) і контрольною (учні з проблемами соціальних пріоритетів). Це означає, що формування проблем соціальних пріоритетів значно відрізняється у школярів цих груп. Для підтвердження достовірності результатів проведено розрахунок коефіцієнту відношення шансів (OR) і довірчого інтервалу (95% CI). Результати наведено у **табл. 9**.

Отримані дані показують, що більшість показників соціальних пріоритетів мають статистично значущі відмінності між основною і контрольною групами. Зокрема, для показни-

ків несприйняття власного здоров'я (OR = 2.27, 95% CI [1.75, 2.93]), несприйняття праці (OR = 4.31, 95% CI [3.35, 5.56]), несприйняття друзів (OR = 1.86, 95% CI [1.44, 2.41]), несприйняття суспільства (OR = 2.80, 95% CI [2.09, 3.75]) та несприйняття моральних цінностей (OR = 2.31, 95% CI [1.77, 3.03]) спостерігається значуща відмінність між групами. Виняток становить показник несприйняття навчання (OR = 1.15, 95% CI [0.89, 1.47]), який не є статистично значущим. Ці результати переконують, що учні з основної групи мають більші проблеми з усвідомленням соціальних пріоритетів, таких як власне здоров'я, праця, друзі, суспільство та моральні цінності, порівняно з учнями із контрольної групи. Це підкреслює важливість роботи із соціальними пріоритетами у школярів задля покращення їх фізичного здоров'я та загальної соціальної адаптованості.

Для більш детального підтвердження наявності взаємозв'язку між показниками здоров'я та ПСП було створено кореляційну матрицю, подану в **табл. 10**.

Дані **табл. 10** підтверджують існування різних кореляцій між кількістю здорових учнів

Таблиця 9

Показники OR із довірчими інтервалами (95% CI):

Соціальний пріоритет	OR	95% CI Нижня	95% CI Верхня
Несприйняття власного здоров'я	2.27	1.75	2.93
Несприйняття праці	4.31	3.35	5.56
Несприйняття навчання	1.15	0.89	1.47
Несприйняття друзів	1.86	1.44	2.41
Несприйняття суспільства	2.80	2.09	3.75
Несприйняття моральних цінностей	2.31	1.77	3.03

Таблиця 10

Детальна кореляційна матриця між показниками здоров'я та соціальними пріоритетами школярів за віковими категоріями

Показники	Здорові (всього)	Проблеми соціальних пріоритетів (всього)	Молодша шкільна група	Середня шкільна група	Старша шкільна група
Здорові (всього)	1.00	-0.72	-0.72	-0.67	0.36
Проблеми ПСП (всього)	-0.72	1.00	0.72	0.67	-0.36
Молодша група	-0.72	0.72	1.00	0.99	0.35
Середня група	-0.67	0.67	0.99	1.00	0.41
Старша група	0.36	-0.36	0.35	0.41	1.00

та кількістю осіб із проблемами соціальних пріоритетів у різних вікових групах: наявна тут сильна негативна кореляція ПСП (-0.72) означає, що зі збільшенням кількості здорових школярів зменшується кількість проблемних. Позитивна кореляція (0.72) між кількістю учнів з проблемами соціальних пріоритетів і кількістю хворобливих в молодшій групі та позитивна кореляція (0.67) між кількістю учнів із проблемами ПСП та кількістю тих, хто має хвороби у середній групі, підтверджує, що значний обсяг проблем соціальних пріоритетів асоціюється з більшою чисельністю хвороб у цих вікових категоріях. Негативна кореляція (-0.36) між кількістю учнів із проблемними пріоритетами та кількістю учнів із хворобами у старшій групі вказує на те, що зі збільшенням масиву школярів із проблемами соціальних пріоритетів зменшується кількість однолітків із хворобами. Відтак у старшій школі, як очевидно, наступники краще адаптуються і менше піддаються впливу зовні заданих пріоритетів на стан власного здоров'я.

Для поглиблення та покращення аналізу результатів була створена модель множинної лінійної регресії, яка розлого представлена через схематичний варіант детальної кореляційної матриці між показниками здоров'я та соціальними пріоритетами школярів. Ця модель дозволяє більш точно виявити взаємозв'язки між різними чинниками. Згідно з отриманими результатами встановлено, що кореляція між показниками здорові особи (всього) та проблемні щодо соціальних пріори-

тетів (всього) становить -0.72, що вказує на наявність сильної негативної кореляції між кількістю здорових учнів і тих, хто має проблеми із життєвими пріоритетами. Встановлена від'ємна кореляція від -0.94 вказує на зменшення гурту здорових осіб зі збільшенням захворювань. Водночас низка особливостей кореляційного зв'язку між проблемами суспільних пріоритетів (усього) та хворобами різних систем організму у молодшій, середній та старшій ступенях освіти демонструє присутність позитивної кореляції в інтервалі від 0.91 до 0.49, що фіксує розширення проблемного поля соціальних пріоритетів зі збільшенням захворювань. Кореляція між групами учнів становить: а) для молодшої та середньої шкільної груп 0.97, тобто сильна позитивна кореляція; б) для молодшої та старшої шкільної групи 0.49 – посередня позитивна кореляція; в) для середньої та старшої вікової групи 0.44, себто середня позитивна кореляція.

У результаті створення багатофакторної кореляційної матриці між показниками здоров'я та соціальними пріоритетами школярів нами було проведено обчислення множинної лінійної регресії (табл. 11).

Результати обчислення виявили значення R-квадрату на рівні 1.000, а це означає, що модель ідеально підходить до наших даних. Скоригований R-квадрат 0.999 підтверджує, що ця модель дуже добре пояснює варіацію залежної змінної. Високе значення F-статистики (4746.000) та дуже низьке P-значення (5.62e-06) свідчать про високу статистичну зна-

Таблиця 11

Результати множинної лінійної регресії
щодо проблем здоров'я і соціальних пріоритетів школярів різного віку

Параметр	Значення
R-квадрат	1.000
Скоригований R-квадрат	0.999
F-статистика	4746.000
P-значення (F-статистика)	5.62e-06
Лог-імовірність	-14.618
AIC	35.24
BIC	34.61
Коефіцієнт (const)	1070.1809
Стандартна помилка (const)	6.972
Коефіцієнт (основна група - здорові)	-0.4276
Стандартна помилка (основна група - здорові)	0.038
Коефіцієнт (контрольна група - здорові)	-1.3255
Стандартна помилка (контрольна група - здорові)	0.032

чущість моделі. Низькі значення AIC (35.24) та BIC (34.61) вказують на її високу якість. Константа (1070.1809) фіксує таке: якщо всі незалежні змінні дорівнюють нулю, то середня кількість учнів із проблемами ПСП буде 1070.1809. Коефіцієнт -0.4276 означає, що зі збільшенням кількості здорових школярів на 1 (одного), середня кількість їх ровесників із проблемами ПСП зменшується на 0.4276 в основній групі. Водночас коефіцієнт -1.3255 констатує, що зі збільшенням кількості здорових школярів на 1, середня кількість дітей з проблемами ПСП зменшується на 1.3255 у контрольній групі.

Проведена перевірка обчислень встановила, що значення R-квадрату та скоригованого R-квадрату (1.000 та 0.999) свідчать про вельми високу точність моделі. Високе значення F-статистики (4746.000) та дуже низьке P-значення (5.62e-06) підтверджують, що модель є статистично значущою. Константа (1070.1809) та коефіцієнти для основної (-0.4276) і контрольної груп (-1.3255) також вказують на правильність моделі. Стандартні помилки (6.972, 0.038 та 0.032) засвідчують точність оцінок коефіцієнтів.

Отримані результати вказують на евристичність і дієвість системного підходу до вирішення проблем здоров'я та соціальних пріоритетів у школярів із залученням медичних працівників, психологів та педагогів для створення комплексних програм їх особистої підтримки.

Обговорення отриманих результатів

Наукові бази Cochrane Library та PubMed є найбільш актуальними ресурсами сучасної доказової медицини, що містять серію робіт щодо впливу соціальних чинників на формування здоров'я дітей і юні шкільного віку. Більшість із них не вивчали вплив опрацьованих соціальних пріоритетів на здоров'я школярів, що унеможливило виявлення цієї взаємозалежності та проведення цілеспрямованих заходів із комплексної медико-соціальної профілактики або реабілітації тих осіб, котрі справді потребують цього.

Дослідження впливу соціальних пріоритетів на формування здоров'я школярів та їх поведінку виявило наявність кореляційних зав'язків між фізичним станом наступників і їхніми соціальними проблемами. Аналіз даних вказує на те, що здоров'я учня є важливим фактором, який впливає на його соціальну адаптацію і поведінку. Ці висновки підтверджуються низкою пошукувань, які відображені у ресурсах Cochrane Library та PubMed.

Соціальні чинники є одними з найпоширеніших і найважливіших факторів, що впливають на фізичне та психічне здоров'я школярів, їх розвиток і функціонування. Діти, які зростають у бідності, більш схильні до широкого спектру негативних наслідків для здоров'я, передусім мають значно вищий рівень хронічних

захворювань та психічних проблем. Цифрові технології та соціальні медіа по-різному діють на сон дітей, рівень їх фізичної активності і на психічне здоров'я, причому часто способами, які ще не повністю зрозумілі. Проблеми здоров'я учнів здатні спричинити соціальні наслідки, що мають подальші сумні висновки для здоров'я. Педіатри, вчителі та психологи, і зокрема батьки та інші члени родини, регулярно зіштовхуються із численними соціальними факторами, що впливають на здоров'я дитини чи підлітка. Це підтверджено цим дослідженням, яке показує, що здоров'я юні впливає на їхню соціальну поведінку та навчальну успішність у школі. Наші емпіричні дані вказують на високу негативну кореляцію (-0.72) між кількістю здорових учнів та кількістю тих, хто має проблеми соціальних пріоритетів, що свідчить про зростання масиву здорових осіб і зменшення соціально проблемних. Відтак очевидно, що здоров'я вихованців є критичним фактором для формування позитивних соціальних переваг та орієнтирів.

Встановлена нами позитивна кореляція між кількістю школярів з проблемами ПСП і захворюваністю у різних вікових групах (0.91-0.49) вказує на те, що погіршення їхнього здоров'я тісно пов'язане з виникненням у них соціальних проблем. Це підкріплюється дослідженнями експериментального характеру: *учні з хронічними захворюваннями мають найбільше соціальних та емоційних проблем*, що також проявилось під час пандемії COVID-19 [23].

Одне з небагатьох рандомізованих лонгitudних досліджень указує, що несприятливі соціальні умови в дитинстві, включаючи токсичний стрес і посттравматичний стресовий розлад, мають обтяжливі наслідки для психічного та фізичного здоров'я людини протягом усього життя. Розуміння механізмів, за допомогою яких ранній стрес впливає на довгострокові результати для здоров'я, є важливим для розробки ефективних втручань. Відомо, що вплив соціальних чинників у дитинстві асоціюється з підвищеним ризиком розвитку низки психічних розладів, охоплюючи тривогу, депресію та поведінкові проблеми. Фізичні проблеми зі здоров'ям, такі як серцево-судинні захворювання, ожиріння та діабет, також частіше зустрічаються серед тих, хто зазнав негативного впливу соціальних чинників у дитинстві. Порушення нейробиологічних механізмів, включаючи дисрегуляцію гіпоталамо-

гіпофізарно-надниркової системи та порушень структурно-функціональної організації мозку теж призводять до зростання органічних захворювань [22; 23; 24].

У системному рандомізованому дослідженні доведено актуальність комплексного підходу до запровадження соціально-емоційного навчання, яке сприяє елімінації негативних соціальних чинників і, як наслідок, покращує фізичне та психічне здоров'я [3]. У метааналізі [24] подані результати такого дослідження, які вказують на потребу зосередження на виявленні механізмів, що пов'язують фізичне та психічне здоров'я особи. Так, доведено, що діти з низьким соціально-економічним статусом мають більший ризик розвитку хронічних захворювань і вактуальнення психологічних проблем. Вони частіше страждають від стресу, тривоги та депресії, що пов'язано з нестабільністю домашніх умов й обмеженим доступом до ресурсів для підтримки здоров'я [18]. За нашими даними позитивна кореляція між кількістю учнів з проблемами ПСП і захворюваністю у різних вікових групах (0.91-0.49) вказує на те, що погіршення здоров'я школярів тісно пов'язане з виникненням у них соціальних проблем. Учні, котрі отримують емоційну підтримку від батьків і вчителів, мають кращі показники психічного та фізичного здоров'я та вищу самооцінку. Відсутність підтримки може призводити до розвитку психічних розладів, тому варто під час навчання, щоб наступники отримували професійну психологічну підтримку [17].

Соціальні чинники впливають на якість харчування учнів в умовах освітнього процесу, що іноді є причиною формування хронічних захворювань і психологічних відхилень [14; 16]. Вплив родини та мікросоціального оточення дитини чи підлітка також виявляє значний вплив на формування здоров'я і на психічний розвиток у просторі ЗОШ [2]. Останній повинен містити не лише реалізацію освітніх та професійних програм, але і психологічну та соціальну підтримку для школярів та їхніх сімей. Зростання проблем зі здоров'ям дітей і юні підкреслює важливість проведення спільних профілактичних заходів за участю лікарів, педагогів, психологів. Комплексний підхід до розгляду соціальних і психологічних чинників – необхідний крок до розуміння і покращення здоров'я дітей шкільного віку [17; 19].

ВИСНОВКИ

1. Проведений аналіз та підтвердження даними із джерел PubMed та Cochrane Library вказують на тісний зв'язок між здоров'ям школярів та їхніми соціальними пріоритетами, які особливо актуальні в умовах освітнього процесу. Покращення загального стану психофізіологічного здоров'я учнів може сприяти зниженню рівня соціальних проблем, підвищенню їх особистісної адаптованості та успішності. Комплексний підхід до підтримки здоров'я і соціального благополуччя дітей і юні, який враховує вікові особливості, є ключовим для ефективного вирішення цих актуальних питань.

2. Сучасні заклади освіти є саме тим мікро-соціальним довкіллям, у якому відбувається акумулювання захворювань та проблемне осмислення соціальних пріоритетів. Вплив факторів освітнього часопростору еквівалентне дії чинників, які формують у школярів дистрес синдром.

3. Висока негативна кореляція між кількістю здорових учнів і кількістю соціально проблемних (-0.72) свідчить про те, що здоров'я школярів значно впливає на зменшення їхніх соціальних труднощів. Позитивна кореляція між кількістю вихованців із проблемами ПСП і захворюваністю у різних вікових групах (0.91-0.49) вказує на те, що погіршення їхнього здоров'я тісно узалежене від соціальних норм і завдань. Сильна позитивна кореляція між показниками захворюваності в молодшій і середній вікових групах (0.97) підтверджує факт схожості у тиску хвороб на становлення цих груп. Середня позитивна кореляція між молодшою та старшою (0.49), між середньою та старшою ланками (0.44) констатує те, що захворюваність у старшій групі має інші впливи, які пов'язані з віковими змінами, підвищеним соціальним та академічним навантаженням.

4. Згідно з моделлю лінійної регресії кількість здорових учнів в основній і контрольній групах має істотну дію на кількість ровесників з проблемами соціальних пріоритетів. Значення коефіцієнтів показують, що зі збільшенням кількості здорових вихованців у будь-якій групі кількість тих, хто переживає соціальні проблеми, зменшується. Результати множинної лінійної регресії вказують на те, що зі збільшенням масиву здорових осіб на 1, середня

кількість учнів з проблемами соціальних пріоритетів зменшується на 0.4276 в основній групі, та зі збільшенням чисельності здорових осіб на 1, середня кількість соціально проблемних зменшується на 1.3255 у контрольній групі.

5. Зростання захворюваності та наростання кількості соціальних викликів вимагають інтегрованого підходу до проблеми покращення здоров'я школярів за участю лікарів, психологів, учителів, батьків, державних та громадських інституцій здоров'я і соціального захисту, передусім для комплексного супроводу формування здоров'я юного покоління. Програми інтегральної підтримки розвитку дітей і молоді мають бути адаптовані до потреб різних вікових груп та зважати на специфічні виклики, з якими стикаються школярі і студенти в освітньому процесі та суспільному житті.

REFERENCES

1. Alcántara-Porcuna V., Sánchez-López M., Martínez-Vizcaíno V., Martínez-Andrés M., Ruiz-Hermosa A., Rodríguez-Martín B. (2021). Parents' perceptions on barriers and facilitators of physical activity among schoolchildren: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6):3086. doi: 10.3390/ijerph18063086
2. Allison M.A., Crane L.A., Beaty B.L., Davidson A.J., Melinkovich P., Kempe A. (2007). School-based health centers: improving access and quality of care for low-income adolescents. *Pediatrics*, 120(4): e887-e894.
3. Alvarez-Bueno C., Pesce C., Cavero-Redondo I., Sanchez-Lopez M., Martinez-Hortelano J.A., Martinez-Vizcaino V. (2017). The effect of physical activity interventions on children's cognition and metacognition: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(9):729-738. doi: 10.1016/j.jaac.2017.06.012
4. Arbesman M., Bazyk S., Nochajski S.M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(6) – e120-e130. doi: 10.5014/ajot.2013.008359.
5. Boers E., Afzali M.H., Newton N.C., Conrod P.J. (2019). Association of screen time and depression in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 173(9):853-859. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.1759
6. Bonell C., Farah J., Harden A., et al. (2021). Interventions to improve mental health and well-being among school-aged children: A systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5) . doi: 10.1002/14651858.CD013167.pub2.
7. Duncan M., McCarthy R., Fernandes J., Li K.K., Assefa M.T., Dumuid D., Olds T. (2022). The association of physical activity, sleep, and screen time with mental health in Canadian adolescents during the COVID-19 pandemic: A longitudinal temporal substitution analysis. *Mental Health and Physical Activity*. doi: 10.1016/j.mhpa.2022.100473

8. Fenwick-Smith A., Dahlberg E.E., Thompson S.C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1):30. doi: 10.1186/s40359-018-0242-3
9. Fyfe-Johnson A.L., Hazlehurst M.F., Perrins S.P., Bratman G.N., Thomas R., Garrett K.A., et al. (2021). Nature and children's health: a systematic review. *Pediatrics*, 148(4).doi:10.1542 / peds.2020-049155
10. Godin K., Leatherdale S.T., Elton-Marshall T. (2015). A systematic review of the effectiveness of school-based obesity prevention programs for First Nations, Inuit and Métis youth in Canada. *Clinical Obesity*, 5(3):103-115. doi: 10.1111/cob.12099
11. Guthold R., Stevens G.A. Riley L.M., Bull F.C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1):23-35. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2
12. Haug E., Castillo I., Samdal O., Smith O.R.F. (2023). Body-related concerns and participation in physical education among adolescent students: the mediating role of motivation. *Frontiers in Psychology*, 14:1266740. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1266740
13. Киричук В., Руденко С. (2012). *Проектування та психолого-педагогічний супровід розвитку обдарованості*. Київ. ТОВ «Інформаційні системи»: 272.
14. Киричук В., Руденко С. (2014). *Технології проектування в практиці роботи загальноосвітнього навчального закладу: теоретико-практичний аспект*. Київ. ІОД НАПН України: 333
15. López-Sánchez M., Arango-Paternina C.M., Petro-Petro J., Lema-Gómez L., Eusse-López C., Petro J.L., Watts-Fernández W., Perea-Velásquez F. (2023). Academic performance and social networks of adolescents in a Caribbean city in Colombia. *BMC Psychology*, 11(1):255. doi: 10.1186/s40359-023-01299-9
16. Nathan N., Elton B., Babic M., McCarthy N., Sutherland R., Wolfenden L. (2018). Barriers and facilitators to the implementation of physical activity policies in schools: a systematic review. *Preventive Medicine*, 107:45-53. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.11.012.
17. O'Farrell P., Wilson C., Shiel G. (2023). Teachers' perceptions of the barriers to assessment of mental health in schools with implications for educational policy: A systematic review. *British Journal of Educational Psychology*, 93(1):262-282. doi: 10.1111/bjep.12553.
18. Pierce M., Hope H.F., Kolade A., Gellatly J., Osam C.S., Perchard R., Kosidou K., Dalman C., Morgan V., Di Prinzio P. (2019). Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 217(6):354-363. doi: 10.1192/bjp.2019.216
19. Purba A.K., Thomson R.M., Henery P.M., Pearce A., Henderson M., Katikireddi S.V. (2023). Social media use and health risk behaviors in young people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 380. doi: 10.1136/bmj-2022-073552
20. Rist E., Joshi S.V. (2021). Collaboration with schools and school-based health centers. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(4):751-765. doi: 10.1016/j.chc.2021.07.004.
21. Simmonds M, Llewellyn A., Owen C.G., Woolcott N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2):95-107. doi: 10.1111/obr.12334
22. Strömmer S., Barrett M., Woods-Townsend K., Baird J., Farrell D., Lord J., et al. (2020). Engaging adolescents in changing behavior (EACH-B): A study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 21(1):859. doi: 10.1186/s13063-020-04761-w
23. Thomas M.M.C., Miller D.P., Morrissey T.W. (2019). Food insecurity and child health. *Pediatrics*, 144(4). doi: 10.1542/peds.2019-0397.
24. Vincent G.E., Barnett L.M., Lubans D.R., Salmon J., Timperio A., Rodgers N.D. (2017). Temporal and bidirectional associations between physical activity and sleep in primary school-aged children. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 42(3):238-242. doi: 10.1139/apnm-2016-0424. Epub 2016 Nov 3.
25. Wallace C., Greenbaum J., Albright K. (2022). Global perspectives on the health and social impacts of child trafficking. *Pediatrics*, 150(4). doi: 10.1542/peds.2022-055502
26. Webb N.J., Miller T.L., Stockbridge E.L. (2022). Potential effects of adverse childhood experiences on school engagement in youth: a dominance analysis. *BMC Public Health*, 22(1):2096. doi: 10.1186/s12889-022-14524-8
27. Weitzman M. (2021). Social influences on child health. *Pediatrics in Review*, 42(7):402-404. doi: 10.1542/pir.2020-004897
28. Young H., Költö A., Reis M. (2016). Sexual health questions included in the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study: an international methodological pilot investigation. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1):169. doi: 10.1186/s12874-016-0270-8

АНОТАЦІЯ

КИРИЧУК Валерій Олександрович, РУДЕНКО Сергій Антонович, МАРУШКО Юрій Володимирович.

Вплив освітнього довікілля на соціальні пріоритети і психічне здоров'я школярів.

Дослідження актуальне зростанням порушень у формуванні соціальних пріоритетів, що негативно впливає на фізичне здоров'я дітей і підлітків шкільного віку. Зміни в освітньому довікіллі, передусім підвищене навчальне навантаження та вплив суспільних факторів, часто призводять до дисгармонії у розвитку особистісних цінностей учнів, що вимагає реалізування комплексних підходів для забезпечення гармонійного розвитку та зміцнення здоров'я української юні. У статті висвітлено особливості формування порушень соціопсихічних пріоритетів та їх вплив на здоров'я школярів в умовах сучасного освітнього простору. Зокрема, проведено рандомізоване контрольоване вивчення 1255 учасників віком від 7 до 17 років за методом подвійного засліплення під впливом соціальних пріоритетів. Збір даних здійснювався через автоматизовану систему Universal on line, версія 45. У результаті проведення серії емпіричних зрізів встановлено, що має місце тісний зв'язок між здоров'ям школярів та порушеннями у формуванні їхніх соціальних пріоритетів. Негативна кореляція між кількістю здорових учнів і тих, хто переживає соціальні проблеми (-0,72), свідчить про позитивний вплив психофізичного здоров'я на зниження соціальних труднощів; позитивна кореляція між порушеннями в опануванні названих пріоритетів та захворюваністю (0,91) вказує

на наявність сильного взаємовпливу між ними. Сформована модель лінійної регресії демонструє, що існує така безпосередня залежність: збільшення здорових дітей на одну особу знижує соціальні проблеми на 0,4276. Водночас аргументовано, що має місце підвищення кількості порушень соціальних пріоритетів дітей і підлітків стосовно сприйняття ними навчання та їх ставлення до праці. У підсумку проведеного дослідження висновується, що здоров'я школярів та їхні соціальні пріоритети тісно взаємопов'язані, що виявляється в обопільні їх дії і на особистісну адаптацію, і на психосоціальну реалізацію. Профілактика порушень у формуванні вказаних пріоритетів позитивно впливає на здоров'я учнів, покращує їхню соціалізацію та академічну успішність. Використання інтегрованого підходу, що враховує вікові та індивідуальні особливості розвитку осіб цієї вікової групи, є ключовим для попередження порушень у сфері соціально-сміслових пріоритетів. Констатовано, що сьогодні постала нагальна потреба в модернізації освітньої системи та формуванні у школярів ціннісного ставлення до праці.

Ключові слова: вік як психологічна категорія, діти, підлітки, юнь, соціальні пріоритети, профілактика, психосоціальні чинники, комплексний супровід, освітнє довіклля, здоров'я, захворюваність.

ANNOTATION

Valerii KYRYCHUK, Serhii RUDENKO, Yurii MARUSHKO.

Impact of the educational environment on social priorities and schoolchildren's mental health.

The study is relevant due to the growth of violations in the social priorities formation, which negatively affects the physical health of children and adolescents of school age. Changes in the educational environment, especially the increased educational load and the influence of social factors, often lead to disharmony in the development of students' personal values, which requires the realization of complex approaches to ensure the harmonious development and strengthening of the Ukrainian youth health. The article highlights the formation features of the sociopsychic priorities violations and their impact on the health of schoolchildren in the conditions of

modern educational space. In particular, a randomized controlled study of 1255 participants aged 7 to 17 years was conducted using the method of double blinding under the influence of social priorities. Data collection was carried out through the automated system Universal on line, version 45. As a result of a series of empirical sections, it was established that there is a close relationship between the health of schoolchildren and violations in their social priorities formation. A negative correlation between the number of healthy students and those experiencing social problems (-0.72) suggests a positive effect of psychophysical health on reducing social difficulties; a positive correlation between disturbances in mastering these priorities and morbidity (0.91) indicates the presence of a strong mutual influence between them. The formed model of linear regression demonstrates that there is such a direct dependence: an increase in healthy children per person reduces social problems by 0.4276. At the same time, it is argued that increasing the number of social priorities' violations of children and adolescents in relation to their perception of learning and their attitude to work. As a result of the conducted research, it is concluded that the health of schoolchildren and their social priorities are closely interrelated, which manifests in their mutual actions and personal adaptation, as well as in psychosocial implementation. Prevention of violations in the formation of these priorities has a positive effect on the students' health, improves their socialization and academic performance. The use of an integrated approach that takes into account the age and individual development characteristics of this age group persons is key to preventing violations in the field of socio-semantic priorities. It is stated that today there is an urgent need to modernize the educational system and form schoolchildren's value attitude to work.

Key words: age as a psychological category, children, adolescents, youth, social priorities, prevention, psychosocial factors, comprehensive support, educational environment, health, morbidity.

Рецензенти:

**д. психол. н., проф. Сергій БОЛТІВЕЦЬ,
к. психол. н., доц. Петро М'ЯСОЇД.**

Надійшла до редакції 28.05.2024.

Підписана до друку 21.07.2024.

Бібліографічний опис для цитування:

Киричук В.О., Руденко С.А., Марушко Ю.В. Вплив освітнього довіклля на соціальні пріоритети і психічне здоров'я школярів. Психологія і суспільство. 2024. №2. С. 179-192. DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2024.02.179>