



участием медиатора студенческой молодежи Республики Дагестан и Краснодарского края [Электронный ресурс] // Журнал Сибирского федерального университета. Гуманитарные науки. – URL: <https://elib.sfu-kras.ru/handle/2311/139954>.

10. Сергеева А. С., Кирилов Б. А., Джумагулова А. Ф. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (TIPI-RU): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестовой надежности // Экспериментальная психология. – 2016. – Т. 9. – № 3. – С. 138–154.

11. Сундуков А. В., Зачиняев С. Н. Индивидуально-личностные особенности сотрудника и организационная культура как доминантные факторы управленческих решений в ситуации организационного конфликта // Социально-экономические явления и процессы. – 2013. – № 4. – С. 53–56.



**Ю. А. Лебедева,
И. Г. Юркова,
Е. И. Богачинский**

УДК 159.9.07

ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Актуальность данной статьи обусловлена рядом причин. Во-первых, в условиях динамичных изменений социально-экономической ситуации в стране смена ценностных ориентиров и мощные информационные потоки затронули сознание молодежи. В таких условиях возникают разнообразные трудности, заставляющие ее быстро адаптироваться к новой ситуации и социальной среде в целом. Во-вторых, негативное воздействие окружающей среды способствует возникновению социальной дезадаптации и приводит к росту асоциальных проявлений в молодежной среде. В-третьих, анализ здоровья и физической подготовленности студенческой молодежи показывает рост заболеваемости и снижение уровня физической активности. Выраженная тенденция ухудшения здоровья молодого поколения требует комплексного подхода к решению проблемы укрепления физического, социального и психологического здоровья. Социальное и психологическое здоровье студенческой молодежи тесно взаимосвязано с ее интересами, мотивами, потребностями, ценностными установками, личностными характеристиками и занимаемым положением в обществе. Поэтому целесообразно говорить о социально-психологическом здоровье как интегральной характеристике личности молодого человека.



Степень научной разработанности проблемы. В науке сложились определенные теоретико-методологические основы исследования социально-психологического здоровья студентов.

Глубокое и всестороннее рассмотрение различных аспектов здоровья содержится в работах В. А. Ананьева, В. М. Бехтерева, Л. А. Байковой, Ю. В. Кузьминой, Л. В. Мардахаева, А. В. Никольского, В. Э. Пахальяна, В. И. Петрушина, Г. С. Никифорова, В. М. Крука, Т. В. Башкиревой и других.

В отечественных трудах изучением социально-психологического здоровья студентов занимались Н. Х. Гафиатулина, Д. В. Кротов, С. И. Самыгин, Д. С. Загутин, Л. В. Колпина, Ю. В. Кузьмина, И. И. Леонова, Е. В. Цикалюк, А. В. Медведев, М. В. Хватова, С. В. Борисова, О. В. Хухлаева, И. В. Чернов, П. А. Гужова, И. В. Дубровина, М. В. Хватова и другие.

Проведенный теоретический анализ показал, что в настоящее время до сих пор не сложилось целостное понимание сущности понятий «здоровье», «психическое здоровье», «психологическое здоровье» и «социальное здоровье». Во многом это вызвано тем, что здоровье человека в целом находится на взаимосвязанных и взаимообусловленных уровнях регуляции: физиологическом, психологическом и социальном.

Юридически термин «здоровье» закреплен в статье 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года. Здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма [5]. Исходя из уже предложенных определений, можно рассматривать здоровье как разноплановый, многомерный и неоднородный по своей структуре феномен, отражающий качественные аспекты существования человека. Такое понимание термина «здоровье» предложено и экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Здоровье рассматривается ими как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо заболеваний, физических дефектов и отклонений [3].

К проблемам психического здоровья привлек внимание В. М. Бехтерев еще в начале XX века. Под психическим здоровьем принято понимать состояние благополучия, которое позволяет человеку реализовать свой потенциал и успешно справляться с критическими ситуациями, учиться и продуктивно работать, строить гармоничные отношения и вносить вклад в жизнь своего сообщества. Психическое здоровье имеет сложноуровневое строение и включает в себя согласованность всех психических функций организма, смысловое отношение человека, чувство субъективной психологической комфортности, зрелость чувств и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах, критичность к различным жизненным ситуациям, способность к целенаправленной деятельности, адекватные формы поведения и реакции на социальную среду, способность планировать и осуществлять собственную жизнь в целом. Чем более органично соединены указанные свойства личности, тем более она устойчива и способна противостоять негативным влияниям, стремящимся нарушить ее целостность. Стоит отметить, что психическое здоровье является составляющей более широкого понятия «психологическое здоровье».

Это понятие подчеркивает взаимосвязь телесного и психического компонента в человеке, необходимых для его полноценного функционирования.

В отечественной науке понятие «психологическое здоровье» было предложено доктором психологических наук, профессором И. В. Дубровиной. В ее работах представлено различие психического (отдельный психический процесс или механизм) и психологического здоровья личности (духовное становление, полнота и богатство внутреннего мира личности в результате всестороннего психического развития) [2].



Социальный уровень здоровья считается наименее изученным, но не менее перспективным для проведения дальнейших исследований. По мнению Г. С. Никифорова, уровень социального здоровья также имеет свою сложность и специфику рассмотрения [4].

Е. В. Цикалюк под социальным здоровьем понимает динамическое состояние человека, социальной группы и общества в целом, определяющееся их способностью и возможностью адаптироваться к условиям социальной среды, способствующее социальной интеграции и полноценному выполнению социальных функций [6].

Иной подход к пониманию термина «социальное здоровье» представлен в работах Н. Х. Гафиатулиной. Под социальным здоровьем она понимает состояние, обусловленное взаимодействием и взаимоотношениями человека и социокультурной среды, выражающееся в достаточности статусно-ролевых позиций для возможности удовлетворения личностных потребностей и социокультурной адаптации [1].

Социальное здоровье как интегральное понятие отражает деятельное отношение личности к миру, уровень адаптации к социальной среде, степень ее социальной активности, гармонию взаимоотношений с окружающими людьми, включенность в социальные институты, здоровый образ жизни, адекватную регуляцию поведения в соответствии с принятыми социальными нормами и ценностными ориентирами, позволяющие ей успешно реализовывать социальное взаимодействие.

Поэтому стоит говорить о социально-психологическом здоровье личности. Отклонения в физическом компоненте здоровья (например, инвалидность) могут стать причинами психологического и социального неблагополучия. С другой стороны, существуют и обратные примеры, когда социально-психологическое здоровье помогает компенсировать физиологические болезни.

Можно сделать вывод о том, что социально-психологическое здоровье позволяет

личности стать не только самодостаточной, но и способной в своем поведении и отношениях опираться как на задаваемые социальные нормы, так и внутренние ориентиры.

Целью исследования является выявление личностных детерминант социально-психологического здоровья студенческой молодежи.

В качестве методик исследования были применены:

– Методика оценки качества жизни «SF-36 Health status survey»;

– Методика «Спектр психологического здоровья» (МНС), разработанная К. Кизом, в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. Н. Осина;

– Методика МЛЮ (Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»), разработанная А. Г. Маклаковым и С. В. Чермяниным.

Эмпирической базой нашего исследования выступил ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет», а именно – студенты 1–4 курсов очной формы обучения. Выборка составила 70 респондентов в возрасте от 17 до 22 лет, из них 57 девушек (81,43 % от общей выборки) и 13 юношей (18,57 % соответственно). Для подсчета и разделения респондентов на группы был применен метод иерархической кластеризации при помощи функции linkage Google Colaboratory с целью выявления личностных детерминант социально-психологического здоровья студенческой молодежи.

В совокупной выборке было получено 3 кластера. Наиболее распространенным является кластер 1 – 35 респондентов (50 %), далее следует кластер 3 – 24 респондента (34,29 %) и кластер 2 – 11 респондентов (15,71 % соответственно).

В первый кластер вошли 24 девушки и 11 юношей, средний возраст которых составил 19 лет. У респондентов данного кластера уровень социально-психологического здоровья оценивается как существенно выше среднего значения. В рамках проведенного исследования этот кластер рассматривался



как эталонный. Во второй кластер вошли 10 девушек и 1 юноша. Средний возраст данной группы составил 19,2 года. У респондентов данного кластера уровень социально-психологического здоровья оценивается как ниже среднего значения. В третий кластер вошли 23 девушки и 1 юноша. Средний возраст данного кластера – 18,5 лет. У респондентов третьего кластера уровень социально-психологического здоровья оценивается как средний.

Качество жизни представляет собой комплексную характеристику физического и ролевого функционирования, жизненной активности и эмоционального самочувствия человека, основанную на его субъективном восприятии, что в медико-социальном понимании этого термина всегда связано как с общим состоянием физического здоровья, так и социально-психологического в частности. Поэтому стоит начать с оценки качества жизни исследуемых респондентов по методике SF-36 «Оценка качества жизни».

По первому кластеру в целом можно говорить об их полном физическом, социальном и психическом здоровье, так как показатели по всем представленным в методике шкалам находятся в пределах высоких (81–100 баллов) и повышенных значений (61–80). В целом данные студенты оценивают свое здоровье как отличное или очень хорошее. Они отмечают, что их здоровье в целом не изменилось или улучшилось за прошедший год. Но некоторые физические нагрузки (например, спортивные занятия, бег или подъем по лестнице) причиняют им дискомфорт и на короткий промежуток времени способны ограничить их функциональное состояние. Эмоциональное состояние данных испытуемых позволяет им активно проводить время с однокурсниками, друзьями и семьей. За предшествующий исследованию месяц выраженность боли оценивается в пределах низких показателей (1–2 балла из 6 возможных). Их отличает активность, энергичность, бодрость и спокойствие.

У студентов, вошедших во второй кластер, выявлены пониженные показатели общего состояния здоровья и жизненной активности (в пределах 21–40 баллов). Отмечается снижение уровня социального и психического здоровья, а также эмоционального состояния испытуемых. Болевой синдром не оказал существенного влияния на общие показатели качества жизни данных респондентов (61–80 баллов). При этом они отмечали, что чаще испытывали слабую боль в повседневной деятельности. Нарушение эмоционального состояния повлияло на аккуратность и качество выполняемой работы. Зачастую они более склонны к болезням, чем студенты из первого и третьего кластера. Им свойственны значительные ограничения здоровья, быстрая утомляемость, постоянная усталость и измученность, нервозность, негативное отношение к своему здоровью, тревожность, пассивность, некоторая отчужденность и разрыв контактов с окружающими людьми.

Для третьего кластера характерны средние показатели по пяти из восьми представленных шкал SF-36. Самые низкие значения получены по ролевому функционированию (0–20 баллов) и эмоциональному состоянию данных студентов (21–40 баллов соответственно). Привычная работа респондентов зависит от их физического и эмоционального состояния. Им приходилось увеличивать время, затрачиваемое на повседневные дела и учебу. Возникающие трудности при выполнении различных видов работ потребовали больших усилий для их завершения. Они чаще отмечали, что их эмоциональное состояние мешало провести больше времени с любимым человеком, друзьями и семьей. В целом испытуемые ощущают беспокойство, подавленность и упадок духом.

Далее был определен общий уровень физического и психологического здоровья респондентов выделенных кластеров. Для оценки каждой шкалы был выбран средний показатель 50 z-оценок от «идеального» уровня здоровья и стандартное отклонение, равное



10. Стоит отметить, что в ответах респондентов трех кластеров не выявлены показатели общего уровня психологического здоровья выше среднего показателя 50 z-оценок. Для респондентов первого и второго кластеров снижение общего уровня психологического здоровья обусловлено более низкими показателями жизненной активности, для респондентов из третьего кластера – ролевого функционирования и эмоционального состояния. Для студентов первых двух кластеров характерен уровень физического здоровья выше среднего за счет повышенных показателей физического функционирования и интенсивности боли. У третьего кластера данный компонент здоровья не превышает средний показатель за счет более низких значений физического функционирования и ролевого поведения, обусловленного физическим состоянием респондентов на период проведения данного исследования.

Следующим этапом исследования стало определение спектра психологического благополучия респондентов трех кластеров. К. Киз представил модель континуума психологического здоровья, которая основывается на субъективной оценке личностью своего благополучия. Конструкт субъективного благополучия демонстрирует факторные взаимосвязи с общими показателями психологического здоровья.

В соответствии с нормативными параметрами субъективного благополучия можно говорить о том, что для первого кластера характерны высокие показатели эмоционального (11,77 баллов) и психологического благополучия (16,37 баллов), а также средние значения по шкале «Социальное благополучие» (22,43 баллов). В целом это указывает на высокий уровень психологического здоровья данных студентов. Их отличают позитивные эмоции, принятие себя, уверенность в себе, целеустремленность, самостоятельность и признание себя частью сообщества. При этом взгляд на природу человека не идеализирован.

Для второго и третьего кластера характерны средние значения по всем показателям субъективного благополучия. Они не совсем удовлетворены собственной жизнью, своей ролью в обществе, своими отношениями с окружающими людьми и реже переживали счастливые моменты в предшествующий исследованию месяц. Им более свойственны периодическое отсутствие интереса к жизни, теплоты и доверия по отношению к другим людям, уверенности в своем мнении и готовности выразить свои взгляды, приостановленный личностный рост. Испытуемые реже отмечали, что их жизнь имеет смысл и значение. В целом их можно отнести к категории лиц с умеренным психологическим здоровьем.

Общий уровень психологического здоровья студентов второго кластера находится ниже средних нормативных значений, но существенно понижается за счет самых низких показателей эмоционального и психологического благополучия (7,18 и 15,27 баллов соответственно).

Общий уровень психологического здоровья респондентов первого кластера можно охарактеризовать как существенно выше среднего уровня (в диапазоне от 49 до 62 баллов), второго кластера – как ниже среднего уровня (в диапазоне от 23 до 36 баллов) и третьего кластера – как средний (в диапазоне от 36 до 48 баллов). Высокий уровень психологического здоровья позволяет человеку быть целеустремленной, гармоничной и целостной личностью, уверенной в собственных силах и умеющей успешно реализовывать свои возможности в различных сферах жизнедеятельности.

Для оценки адаптационных способностей респондентов на основе оценки ряда психофизиологических, социальных и психологических характеристик личности, которые отражают интегральные особенности психического и социального развития, использовался многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность».



В кластерах 1 и 2 получены очень низкие значения показателя поведенческой регуляции. Это свидетельствует об определенной склонности к нервно-психическим срывам, отсутствию адекватности самооценки и адекватного восприятия действительности. У респондентов первого кластера показатели данного параметра также находятся в пределах низких значений, но выше чем у респондентов второго и третьего кластеров соответственно.

Выявленный низкий уровень личностного адаптационного потенциала у респондентов второго и третьего кластеров свидетельствует о наличии у них признаков акцентуаций характера, а психическое состояние можно в ряде случаев охарактеризовать как пограничное. При изменении внешних и внутренних условий образовательной среды (например, конфликтная ситуация с преподавателем или однокурсником) возможны нервно-психические срывы, довольно длительные нарушения функционального состояния. На фоне низкого уровня личностного адаптационного потенциала и поведенческой регуляции у данных студентов можно сделать вывод о сниженных адаптационных способностях у 50 % респондентов совокупной выборки. У респондентов первого кластера личностный адаптационный потенциал можно оценить в пределах средних значений. Проявляются признаки различных акцентуаций, которые могут быть как компенсированы, так и проявлены в процессе смены формы деятельности. Адаптационный потенциал данных студентов во многом обусловлен внешними условиями социальной и образовательной среды. Их отличает достаточно низкий уровень эмоциональной устойчивости, поведенческой саморегуляции и работоспособности. Возможны асоциальные срывы и проявления агрессии. У студентов первого кластера на начальном этапе адаптации функциональное состояние может быть нарушено. Стоит отметить, что 15 из 35 респондентов данного кластера являются первокурсниками, что также требует постоянного контроля со стороны

кураторов и психологической службы вуза. Однако за счет более высокого значения поведенческой регуляции и морально-нравственной нормативности у студентов первого кластера увеличивается показатель личностного адаптационного потенциала. У респондентов второго и третьего кластеров уровень личностного адаптационного потенциала во многом обусловлен низкими показателями поведенческой регуляции.

При достаточно одинаковых средних значениях выраженности астенических реакций и состояний респондентов трех кластеров показатель наличия дезадаптационных нарушений более выражен у студентов, вошедших во второй кластер. У них за счет более низких значений психотических реакций и состояний наблюдается довольно высокий показатель выраженности дезадаптивных нарушений. Проявляются нарушения в эмоционально-волевой сфере. Они более склонны к неадекватной самооценке себя и окружающих людей, нарушению норм морали и поведения, развитию конфликтных ситуаций, затягивающемуся инфантилизму или апатии, агрессии, эмоциональному выгоранию и т. д.

Для оценки личностных особенностей респондентов на базе опросника МЛО была произведена обработка шкал I уровня опросника МЛО, которые аналогичны базовым шкалам СМИЛ.

Ведущей шкалой в профиле респондентов первого класса выступает гипомания. Она выявляет уровень активности и оптимизма респондентов. Данные студенты способны предвидеть возможные сложности и преодолевать возникающие трудности, не особо фиксируясь на них. Такая личность убеждена в собственной правоте и зачастую снисходительно относится как к своим, так чужим недостаткам. Акцентуация по данной шкале говорит о том, что лицам этого круга свойственны честолобие, раздражительность, эмоциональные всплески, сниженная критичность по отношению к себе, завышенная самооценка и, как следствие, переоценка соб-



ственных возможностей, лживость и ненадежность в определенные моменты жизни, беспринципность по отношению к окружающим людям и психопатологический вариант дезадаптации. У данных студентов ярко проявилась защитная реакция на попытку изучения их внутреннего мира при определенном стремлении скрыть свои характерологические дефекты и отрицании беспокоящих их чувств.

Стоит отметить, что для респондентов второго и третьего кластера характерны схожие личностные черты: подавленность настроения, повышенный уровень напряженности и тревожности, неустойчивость к стрессовым ситуациям, пассивность, неуверенность в себе и негативная оценка собственной личности, демонстративность поведения, драматизация происходящих событий, чрезмерная взволнованность в период проведения исследования, наличие внутренних проблем и привлечение внимания к ним с целью получения необходимой помощи. На уровне акцентуированных личностных характеристик общими шкалами в профиле студентов данных кластеров являются надежность, истерия, психопатия и шизоидность.

Ведущей шкалой в профиле респондентов второго кластера выступает шизоидность. Этим студентам отличает нестандартный подход к оценке (с опорой преимущественно на внутренние критерии) и решению возникающих проблем. У лиц с выраженной 8 шкалой отмечается невысокий уровень активности, непродуктивность мышления, что обуславливает довольно низкий уровень социальной адаптации и выраженные признаки дезадаптивных нарушений. Высокие значения по данной шкале позволяют сделать вывод об их замкнутости, напряженности, раздражительности, беспечности, отчужденности, дистанцировании от окружающей действительности и погружении в собственный внутренний мир, неадекватности эмоциональных реакций, подавленном настроении и обреченном отношении к жизни в целом.

Отмечены акцентуированные значения по шкале депрессии только у респондентов дан-

ного кластера. Идеализированный портрет личности депрессивного типа выглядит следующим образом: уровень здоровья ниже нормы, преобладание плохого самочувствия, постоянная усталость, замкнутость, пассивная жизненная позиция, пессимистическое отношение к своему будущему, ранимость, индифферентное отношение к противоположному полу, фиксация на своих неудачах. Акцентуированные значения по 2-й шкале могут быть связаны с резким разочарованием после пережитой неудачи или заболеванием, нарушившим привычный ход жизни и изменяющим планы данных студентов. Сочетание в личностном профиле депрессии и истерии приводит к постоянному чувству вины, самоунижению и склонности к суициду.

Стоит отметить, что успешность коррекционных воздействий существенно снижается, если в личностном профиле преобладают данные шкалы.

Ведущей шкалой в профиле респондентов третьего кластера выступает психопатия. Она выявляет активную личностную позицию, высокую поисковую активность, в структуре мотивационной направленности – преобладание мотивации достижения, уверенность и быстроту в принятии решений, спонтанность. Такая личность склонна к спонтанной активности, направленной на реализацию побуждений, вопреки здравому смыслу и интересам. Им свойственны низкая подчиняемость, подчеркнутая независимость и нетерпеливость, склонность к риску, притязания, уровень которых колеблется от успеха до неудач, непосредственность в проявлении чувств и несдержанность в отношениях, выраженная напряженность, негативное отношение к себе и окружающим людям. В стрессе у лиц с преобладающей 4-й шкалой проявляется действенный стеничный тип поведения, уверенность и решительность. На фоне хорошего интеллекта такие личности обладают способностью к нестандартному подходу при решении проблем. При этом проявляются асо-



циальные черты поведения и некоторые признаки нарушения социальной адаптации. Соответствие взглядов и поведения данных студентов принятым нормам, их система ценностей и морально-нравственный уровень во многом будут зависеть от микросоциального окружения и успешности коррекционно-воспитательной работы, предпринятой по отношению к ним.

Респонденты первого кластера более склонны давать социально желательные ответы, а также к отрицанию наличия проблем, существенной переоценке собственной личности. Отмечается плохое самообладание в межличностных конфликтах, социальная и эмоциональная незрелость.

Респонденты второго кластера более склонны к шизоидности и депрессии. Они обидчивы и импульсивны. Отмечается повышенный уровень агрессивности, конфликтности, частая смена настроения, интересов и привязанностей. Такая личность склонна к фиксации на неудачах, к соперничеству, замкнутости, враждебности, избеганию «неужных» контактов, непониманию мыслей и чувств окружающих, спонтанности в поведении, самобичеванию и фантазированию. Выявлено следующее противоречие: уровень развития коммуникативных навыков выше, чем у респондентов первого и третьего кластеров соответственно. При этом уровне коммуникативного развития они не стремятся налаживать и поддерживать контакты с микросоциальным окружением.

Респонденты третьего кластера более склонны к психопатии. Им характерны пренебрежение общепринятых норм, эгоцентричность, агрессивность, колебания настроения, мнительность и общительность, подверженность стрессу и конформность.

Полученные результаты позволяют определить личностные детерминанты, которые положительно или отрицательно влияют на социальный и психологический компонент здоровья, а, следовательно, на ресурс здоровья в целом.

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты эмпирического исследования личностных детерминант социально-психологического здоровья студентов. Показано, что здоровье подрастающего поколения давно находится в сфере внимания медицинской науки, однако в психологической литературе до сих пор нет единого понимания дефиниций «психологическое здоровье», «социальное здоровье» в целом, но и «социально-психологическое здоровье молодежи» в частности. Значительная часть научных работ направлена на исследование сущности понятия «социально-психологическое здоровье», его структурных компонентов и способов его обеспечения в вузе, но при этом остаются недостаточно изученными личностные характеристики студентов, обуславливающие уровень их социально-психологического здоровья. В практической части исследования методом иерархической кластеризации выделены кластеры студентов с разным уровнем социально-психологического здоровья. Представлены личностные детерминанты социально-психологического здоровья студенческой молодежи.

Ключевые слова: здоровье, психологическое здоровье, социальное здоровье, студенты, благополучие.

SUMMARY

This article presents the results of an empirical study on the personal determinants of social-psychological health in college students. It is noted that the health of the younger generation has long been a focus of medical science. However, there is still no unified understanding of the definitions of «psychological health» «social health» and «social-psychological health of youth» in the psychological literature. A significant portion of scientific work is devoted to exploring the essence of the concept of «social-psychological health» its structural components, and ways to ensure it in higher education. Nevertheless, the personal cha-



racteristics of students that determine the level of their social-psychological health remain insufficiently researched. In the practical part of the study, clusters of students with different levels of social-psychological health were identified using the hierarchical clustering method. The article presents the personal determinants of social-psychological health in college students.

Key words: health, mental health, social health, students, well-being.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафиятулина Н. Х., Кротов Д. В., Самыгин С. И. Социальное здоровье российской молодежи как объект государственной молодежной политики // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2017. – № 3. – С. 38–41.

2. Дубровина И. В. Психологическое здоровье личности в контексте возрастного развития // Развитие личности. – 2015. – № 2. – С. 67–95.

3. Комплексный план действий Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья на 2013–2030 годы [Электронный ресурс]. – URL: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/9789240050167-rus.pdf> (дата обращения: 17.06.2022).

4. Никифоров Г. С., Дудченко З. Ф. Психологическое здоровье личности: к истории вопроса в отечественной психологии // Психологический журнал. – 2019. – № 6. – С. 55–65.

5. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ: текст с изменениями и дополнениями на 28 апреля 2023 года: принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года: одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года // КонсультантПлюс: справочная правовая система. – М., 1997.

6. Цикалок Е. В. Формирование социального здоровья студенческой молодежи в ус-

ловиях организационной культуры вуза: специальность 22.00.08 «Социология управления»: автореферат дисс. ... канд. социолог. наук. – Чита: ФГБОУ ВПО «Забайкальский государственный гуманитарно-педагогический университет им. Н. Г. Чернышевского», 2012. – 25 с.

