

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Факультет іноземної філології та соціальних комунікацій
Кафедра психології, політології та соціокультурних технологій

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри
Н.Д.Світайло
«___» _____ 20__ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
здобувача ступеня бакалавра психології
Демченко Олександри Олександрівни

за темою
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У СТУДЕНТІВ З РІЗНОЮ ЯКІСТЮ СНУ
(галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»,
спеціальність 053 «Психологія»)

Науковий керівник

Іванова Тетяна Володимирівна
«_____» _____ 20__ р.

Підсумкова оцінка:
Національна шкала _____
Кількість балів ECTS _____

Члени комісії

_____	_____
(підпис)	(прізвище та ініціали)
_____	_____
(підпис)	(прізвище та ініціали)
_____	_____
(підпис)	(прізвище та ініціали)

Суми 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ СТУДЕНТІВ З РІЗНОЮ ЯКІСТЮ СНУ.....	
1.1 Порушення якості сну: особливості та основні причини виникнення.....	
1.2 Особливості емоційного стану осіб з порушеннями сну (депресія, тривога та агресія).....	
1.3 Вплив якості сну на емоційну сферу у студентів ЗВО.....	
Висновок до Розділ 1.....	
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ ЗВО (на прикладі студентів медичних та технічних спеціальностей).....	
2.1 Методологія дослідження: опис вибірки та використаних методів та методик дослідження.....	
2.2 Дослідження якості сну та емоційних розладів у студентів медичних та технічних спеціальностей.....	
2.3 Визначення взаємозв'язку якості сну з емоційними розладами та порівняння результатів між студентами медичних спеціальностей зі студентами технічних спеціальностей.....	
Висновок до Розділ 2.....	
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У СТУДЕНТІВ ЗВО З ПОРУШЕННЯМИ СНУ.....	
3.1 Теоретичні засади програми психокорекції емоційних переживань у студентів медичних та технічних спеціальностей з різною якістю сну.....	
3.2 Програма психокорекції емоційних станів у студентів ЗВО, що мають порушення зі сном.....	
Висновок до Розділ 3.....	
ВИСНОВКИ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Звертаючи увагу на стрімкий розвиток інформаційного простору та суспільства та соціальних мереж, перед нами постає актуальною проблема якості сну, а особливо серед молоді, оскільки саме молодь є постійним користувачем електронних пристроїв та частим гостем соц. мережах. Проте є й інші фактори, які впливають на якість сну молоді, це можуть бути проблеми в навчанні, в роботі, в особистому житті та інших факторах сучасності.

Якщо казати про причини порушення якості сну у молоді, то вищеперераховані елементи сучасного життя можуть призводити до емоційних порушень. Більшою мірою це стосується студентів, оскільки студенти є групою людей, які часто поєднують одночасно навчання у ЗВО, роботу, особисте життя та, можливо, спорт, хобі, волонтерство, тощо. Проте разом з цим, ще більше це стосується студентів-медиків, бо, по-перше, термін їх навчання на два роки віще ніж у студентів інших спеціальностей, тож вони довше перебувають в стані напруги та необхідності робити безліч справ одночасно. По-друге, ритм навчання студентів-медиків складніше через необхідність частого відвідування лікарень, через складнішу базу та програму навчання а також через потребу засвоєння величезної кількості матеріалу.

Для емпіричного дослідження проблеми нами було обрано студентів технічних спеціальностей, з метою порівняння показників їх якості сну з показниками якості сну студентів медичних ЗВО.

Причини що викликають розлади сну, можуть напряду ставати причинами виникнення емоційних порушень, таких як: депресія, тривога та агресія. Саме це питання і постає головним у моїй роботі, а саме - дослідити та проаналізувати зв'язок між якістю сну та емоційними порушеннями (депресія, тривога та агресія), а також порівняти результати між двома групами студентів (медичних спеціальностей та технічних спеціальностей).

Мета дослідження: вивчення психологічних особливостей студентів з різною якістю сну.

Актуальність даної роботи полягає в поширенні проблем з якістю сну

серед студентів медичних та технічних спеціальностей. Дана проблема не є новою, проте темпи її розповсюдження зростають з кожним роком, оскільки факторів, які впливають на якість сну стає все більше і більше. За результатами даної роботи та проведеного нами емпіричного дослідження буде розроблена програма психокорекції для обраної категорії досліджуваних, а саме – студентів ЗВО.

Об'єкт дослідження: якість сну у студентів.

Предмет дослідження: психологічні особливості студентів з різною якістю сну.

Гіпотеза дослідження: якість сну має вплив на психологічні особливості студентів ЗВО; студенти медичних спеціальностей матимуть вищі показники якості сну, депресії, тривоги та агресії за результатами обраних методик, аніж студенти технічних спеціальностей.

Завдання:

1) Проаналізувати наукову літературу з питання якості сну та впливу якості сну на емоційний стан студентів ЗВО;

2) Проаналізувати взаємозв'язок та вплив якості сну на емоційний стан у студентів ЗВО;

3) Емпірично дослідити якість сну та психологічних особливостей у студентів (наявність депресії, тривоги чи агресії), за допомогою обраних методик та методів математичної обробки даних;

4) Проаналізувати та порівняти засобами математичного аналізу дані, отримані в ході дослідження студентів медичних та технічних спеціальностей;

5) Розробити програму психокорекції емоційних станів, що впливають на якість сну студентів медичних та технічних спеціальностей.

Структура: робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Для виконання даної роботи були використані наступні методи та методики дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел, авторська анкета сну, Шкала депресії Бека, Тест на виявлення агресивності А.Асингера, Тест на

тривожність за Беком (BAI) і методи математичної обробки даних (описова статистика, кореляційний аналіз даних).

ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ СТУДЕНТІВ З РІЗНОЮ ЯКІСТЮ СНУ

1.1 Порушення якості сну: особливості та основні причини виникнення

Сон, як фізіологічний процес, відноситься до ряду основних видів психічної діяльності людини, структура і тривалість котрого залежить від фізичного та емоційного стану людини. Основними виділеними функціями сну є відновна, анаболічна та інформативна. Порушення сну спостерігається у 35-45% популяції та являє собою серйозну медико-соціальну проблему.

Порушення сну можуть мати різні прояви та форми, а також можуть накладатися одне на одне. У Міжнародній класифікації розладів сну 2005 року виділяють 8 категорій порушень сну: інсомнії, розлади дихання уві сні, гіперсомнії, розлади циркадного ритму сну, парасомнії і розлади рухів уві сні. Найбільш клінічно значущими з них є інсомнії і розлади дихання уві сні, окремі симптоми та інші розлади сну [9, с. 551].

Одним з найбільш поширених розладів сну є інсомнія, або безсоння. Інсомнія- це розлад сну, який визначається як складності при засипанні, підтримці сну, його тривалості, а також якості, які призводять до зниження повсякденної активності. Під складністю підтримки сну мається на увазі прокидання раніше бажаного терміну, після того моменту, як людина заснула. Про інсомнію можна говорити в тому випадку, коли на засинання потребується більше 30 хвилин або ефективність сну (це співвідношення часу сну та часу проведеному у ліжку) становить менше 80%.

Канд.мед.наук, доц. І.А.Байкова у своїй роботі виділила три групи розладів при порушенні нічного сну:

- Пресомнічні
- Інтрасомнічні
- Постсомнічні

Пресомнічні порушення включають труднощі при засинанні. Це є

найчастішою скаргою хворих. Ускладнене засинання супроводжується тривогою, пониженим настроєм, думками про особисті проблеми, своє здоров'я та навіть смерть. Страх «не заснути». Можливі причини виникнення пресомнічних розладів:

- відсутність втоми;
- вплив стимулюючих факторів (тривога, страх);
- прийом ліків зі збуджуючим ефектом на нервову систему;
- больові синдроми.

Інтрасомнічні розлади включають в себе нічні пробудження, труднощі засинання після них та почуття недостатньо глибокого сну. Причини нічних пробуджень можуть бути зовнішні та внутрішні. До перших відносяться звукові подразники (шум на вулиці або в квартирі). Такі пробудження зустрічаються у здорових людей також, але у хворих вони бувають частіше та проявляються довшим періодом збудження, що супроводжується переживаннями. До внутрішніх причин відносяться неприємні, яскраві сни, нічні жахи та кошмари, вегетативні розлади у вигляді порушення дихання, інтенсивної тахікардії, поклики на сечопуск.

Недостатня глибина сну оцінюється суб'єктивно та виражається у скаргах хворих на неглибокий сон, чуткий сон, легкість пробудження та відсутність почуття відпочинку після сну.

До постсомнічних порушень можна широко віднести усі порушення, що виникли після сну та продовжуються до нового початку сну. Однак, спочатку до постсомнічних розладів відносять раннє пробудження, поганий настрій, емоційна нестійкість, зниження працездатності, відчуття розбитості, незадоволенням сну. Після пробудження хворі повільно досягають необхідного рівня бадьорості, виконують свою денні справи у «напівсні»[1].

Тож, роблячи висновок зі слів І. А. Байкової, говорити про розлади сну можна при наявності відповідних критеріїв, таких як:

- скарги на розлади сну, що полягають у труднощах при засинанні, нічних пробудженнях та поганій якості сну;

- розлади сну помічаються мінімум 3 рази на тиждень за один місяць;
- розлад сну заважає особистісному функціонуванню у повсякденному житті;
- відсутній органічний фактор (розлад, що пов'язаний з вживанням психоактивних речовин або прийому ліків)[1].

Симптоми інсомнії не є взаємовиключними, це говорить про те, що у хворого можуть поєднуватися розлади засинання та перебування уві сні та пробудження.

Характер розладів може змінюватися впродовж певного часу. Труднощі при засипанні є характерними на початкових етапах інсомнії, тоді як проблеми з перебуванням уві сні можуть з'явитися пізніше.

В 2002 році дослідження Канадського товариства сну виявило, що пацієнти з інсомнією в 5 разів частіше виявляють ознаки тривоги, страху та депресії ніж пацієнти, у яких інсомнії визначено не було [3].

За класифікацією Американської академії медицини сну, виділяють первинну та вторинну інсомнію (за походженням).

Типи первинної інсомнії:

1. Психофізіологічна інсомнія, яка виникає в результаті психологічних розладів, тобто після тривалих стресів. Характеризується сумнівами щодо імовірності нормального сну або збудження, страхом перед процесом засинання та страхом заснути без потреби.

2. Ідіопатична форма інсомнії характеризується відсутністю причини її виникнення. Цей тип інсомнії розвивається в дитинстві та продовжується все життя. Характеризується фрагментованим коротким сном, скаргами на слабкість впродовж дня, дратівливістю та депресію. Ця інсомнія перебігає із періодами загострень та ремісій, деколи прослідковується сімейний анамнез.

Типи вторинної інсомнії:

1. Адаптаційна інсомнія – це гострий розлад, який триває кілька ночей. Основні фактори виникнення, пов'язані з наявністю стресових факторів (зміна біоритмів, зайнятість, екзамени). Після усунення причини чи адаптації до неї,

інсомнія зникає.

2. Парадоксальна інсомнія (виникає в людей з психічним захворюванням) характеризується феноменом неправильного сну (агнозія сну, псевдоінсомнія). В даному випадку пацієнти можуть скаржитися на нестачу сну, на безсоння протягом тривалого часу, але при проведенні полісомнографічного обстеження можна побачити, що сон триває більше 5 годин із незначною деформацією його структури. Окрім того, пацієнти можуть скаржитися на коротку тривалість сну, проте оголошена ними тривалість може бути несумісною з життям. Псевдосомнія складає 5% серед всіх розладів сну і корегується снодійними препаратами.

3. Інсомнія внаслідок психічних розладів може виникати до початку психічного захворювання і бути маркером виснаження. Цей тип пов'язаний із наступними факторами:

- ранкова депресія, викликана раннім пробудженням та неможливістю спати;
- необгрунтоване відчуття меланхолії, уникання контактів із близькими, втомлюваність;
- високий рівень тривожності.

4. Інсомнія, з неадекватною гігієною сну, що триває більше одного місяця, характеризується:

- нерегулярним режимом сну;
- денним сном, перебуванням в ліжку протягом дня
- вживанням алкоголю, кофеїну та нікотину перед сном;
- звичкою читати в ліжку, вчитися, дивитись телевізор перед сном.

5. Поведінкова інсомнія в дитинстві виникає в дітей, в яких сформована неправильна асоціація зі сном: сон тільки при включеному світлі, на руках, небажання спати в своєму ліжечку. При намаганні виправити ситуацію, дитина опирається, що призводить до зменшення тривалості сну та його погіршенню.

6. Інсомнія на фоні органічної патології (неврологічної та соматичної), особливо тих станів, при яких основний симптом - це біль, ускладнене дихання, кашель, свербіж, ніктурія. Неврологічні розлади, які можуть викликати

інсомнію, - це хвороба Паркінсона, кластерний та інший тип головного болю, які виникають під час сну.

7. Інсомнія на фоні прийому препаратів та інших речовин. Це алкоголь, кофеїн, протиепілептичні препарати, антидепресанти зі стимулюючими ефектами, діуретики, кортикостероїди, та ін.[3].

За ступенем вираженості інсомнії, виділяють наступні групи:

- слабо виражена інсомнія, коли скарги виникають майже щоночі і супроводжуються незначним погіршенням соціальних та професійних функцій;

- помірно виражена інсомнія, коли скарги присутні щоночі і супроводжуються слабо або помірно вираженим погіршенням соціальних та професійних функцій;

- виражена інсомнія, коли скарги виникають щоночі і поєднуються з вираженим погіршенням соціальних та професійних функцій[11].

За словами Я. І. Левіна, можна виділити основні причини інсомнії:

- стрес (психофізіологічні інсомнії);
- неврози;
- психічні захворювання;
- соматичні захворювання;
- психотропні препарати;
- алкоголь;
- токсичні фактори;
- ендокринно-обмінні захворювання;
- органічні захворювання мозку;
- синдроми, що виникають у сні (синдром "апноє уві сні"; рухові порушення уві сні);
- больові феномени;
- зовнішні несприятливі умови (шум, вологість тощо);
- змінна робота;
- зміна часових поясів;
- порушена гігієна сну[6].

Роблячи невеликий висновок стосовно причин, що викликають безсоння, можна сказати що насправді саме студенти більш схильні до наявності проблем зі сном. Тому що навчання у ЗВО, особливо для медичних спеціальностей, потребує витрати більшого часу на навчання, роботу за комп'ютером, більшої уваги та концентрації, які можуть впливати на фізичний та емоційний стан. Це є втома, напруженість, поява переживань стосовно навчання (особливо під час сесії), які саме впливають на якість сну студентів. Нерідко студенти використовують допоміжні речовини, для того щоб впоратись з накопиченими завданнями, такі як: кофеїн, нікотин, та інші. Такі речовини значно впливають на якість сну, його тривалість а також на подальший стан людини.

Також нерідко студенти працюють на вечірніх або нічних змінах, тому що важливість навчання вимагає обов'язкове відвідування усіх занять. Інтенсивні фізичні та розумові навантаження також мають свій вплив на сон, особливо якщо це спостерігається в пізні години вечора або вночі. Нерідко робота може бути пов'язана зі стресовими ситуаціями, які виникають під час неї. Наслідки таких ситуацій, переживання людини можуть значно вплинути на якість сну.

Як наслідок роботи та пізнього навчання, людина має недостатню кількість сну, а також надлишок (говориться про вихідні, в які людина «відсипається» до пізньої години дня), що в свою чергу є порушенням гігієни сну.

1.2 Особливості емоційного стану осіб з порушеннями сну (депресія,

тривога та агресія)

Значні проблеми зі сном, які описують безсоння мають також і значні наслідки. Одним із головних є те, що людина стає дратівливою, нервовою і схильною до депресії. Отже, безсоння може спричиняти порушення в емоційному і психічному стані. Основними емоційними порушеннями, які ми виділили є депресія, тривога та агресія, які в даній роботі ми визначили головними наслідками безсоння. Недостатня кількість сну знижує можливості концентрувати увагу, що, в свою чергу, призводить до погіршення пам'яті, уповільнення реакцій, збільшення ризику помилок при виконанні навчальних та робочих обов'язків. Саме тому нестача сну і є однією з основних причин травматизму на роботі та аварійних ситуацій загалом. Крім того, недостатній сон знижує спроможність імунної системи до опору інфекціям, а також може спровокувати постійні головні болі.

Варто відмітити, що найчастіше інсомнія пов'язана з психічними факторами (особлива роль належить стресу, тривозі та депресії, а також частково агресії) і тому може розглядатися як психосоматичне захворювання.

Існує певна ймовірність того, що люди з розладами сну являють собою особливу групу населення з підвищеною чутливістю до власного сну; вони можуть більш різко й негативно реагувати на будь-яку нестачу сну, на відміну від інших. Відповідно до однієї гіпотези, в організмі таких людей функціональна активність зберігається підвищеною навіть після засипання, внаслідок чого об'єктивно наступаючий сон не усвідомлюється ними як такий. Найбільш яскравий приклад таких людей - це хворі з депресією або тривогою, у яких безсоння може бути симптомом психологічних порушень більше загального характеру[11].

Прояви депресії дуже різноманітні і варіюють залежно від форми захворювання. Найбільш типові ознаки цього розладу:

1. Емоційні прояви:

- туга, страждання, пригнічений настрій, відчай;

- тривога, почуття внутрішньої напруги, очікування біди;
- дратівливість;
- почуття провини, часті самозвинувачення;
- невдоволення собою, зниження впевненості в собі, зниження самооцінки;
- зниження або втрата здатності переживати задоволення від раніше приємних занять;
- зниження інтересу до навколишнього;
- втрата здатності переживати будь-які почуття (у випадках глибоких депресій);
- депресія часто поєднується з тривогою про здоров'я і долю близьких, а також зі страхом здатися неспроможним в громадських місцях;

2. Фізіологічні прояви:

- порушення сну;
- зміни апетиту;
- порушення функції кишечника;
- зниження сексуальних потреб;
- зниження енергії, підвищена стомлюваність при звичайних фізичних та інтелектуальних навантаженнях, слабкість;
- болі та різноманітні неприємні відчуття в тілі (наприклад, в серці, в області шлунка, у м'язах);

3. Поведінкові прояви:

- пасивність, труднощі залучення в цілеспрямовану активність;
- уникнення контактів (схильність до самоти, втрата інтересу до інших людей);
- відмова від розваг;
- алкоголізація і зловживання психоактивними речовинами, що дають тимчасове полегшення;

4. Розумові прояви:

- труднощі зосередження, концентрації уваги;
- труднощі прийняття рішень;
- переважання похмурих, негативних думок про себе, про своє життя, про світ у цілому;

- думки про самогубство (у важких випадках депресії);
- наявність думок про власну непотрібності, незначущості, безпорадності;
- повільність мислення[6].

Нерідко депресія пов'язана з тривогою, яка може супроводжувати її, або бути наслідком.

Тривога - це туга, що проектується в майбутнє; сильне душевне хвилювання, неспокій, які обумовлені безпричинним очікуванням великої неприємності, катастрофи, яка відбудеться з людиною або з його найближчими родичами. Тривога може бути ситуаційно-обумовленою, пов'язаною з конкретною, нерідко перебільшеною життєвою ситуацією, і дифузною, так званою вільно плаваючою, не пов'язаною з якимись певними фактами чи подіями. Тривога зазвичай супроводжується вираженими вегетативними реакціями і часто руховим збудженням, вона нерідко тісно пов'язана з депресією і виступає в єдиному тривожно-депресивному синдромі при багатьох психічних і соматичних розладах, а особливу роль відіграє як наслідок безсоння[8].

Значна втомлюваність, дратівливість також можуть впливати на розвиток агресії. Агресія (від лат. *aggressio* - напад) - емоційно забарвлений, жорсткий, цілеспрямований вчинок (напад). Бажання і готовність завдати шкоди, вдарити, знищити.

За Л.Берковицем, це поведінка, спрямована на заподіяння образи або нанесення ушкодження іншій людині чи предмету[7].

Прояви агресії різноманітні. Агресія буває пряма і непряма, спрямована зовні і на себе, фізична та вербальна, захисна та провокуюча, здорова і деструктивна.

Агресія - інстинктивна індивідуальна поведінка людей, тварин, яку породжує страх, лютість тощо, а агресивність - риса характеру, звичка і схильність реагувати агресивно на подразники.

Саме дратівливість, яка виникає внаслідок безсоння, є причиною появи агресії.

Не можна недооцінювати вплив інсомнії. Значні побічні ефекти цих

розладів на людину та на суспільство проявляються в наступних галузях:

- Психологічний стан: зниження якості життя та підвищення ризику появи емоційних розладів.
- Професійна діяльність: зниження продуктивності та підвищення непрацездатності.
- Економіка: зростання затрат на охорону здоров'я.
- Громадська безпека: зростання ризиків нещасних випадків через неувважність[3].

1.3 Вплив якості сну на емоційну сферу у студентів Закладів вищої

освіти

До порушень сну відносяться безліч синдромів, які характеризуються зміною кількості сну, його якості, денного розпорядку, порушенням поведінки, різних фізіологічних станів, які пов'язані зі сном. Вважається, що близько чверті населення в тій чи іншій мірі страждають від різних розладів сну. Студенти ЗВО - це особлива соціальна категорія населення. Важкі інтелектуальні навантаження, різкі зміни звичного способу життя, формування міжособистісних відносин поза сім'єю, необхідність адаптації до нових умов праці, проживання та харчування дозволяє віднести їх до групи значного ризику розвитку захворювань[4].

До найбільш поширених причин позбавлення сну у студентів можна віднести: стрес і тривогу; прийом тонізуючих безалкогольних та алкогольних напоїв (в ряді випадків — наркотичних речовин); вивчення навчального матеріалу вночі перед заліком або іспитом на наступний ранок; перерваний сон, а також їжа в нічний час доби[4].

У будні дні близько 20% студентів не сплять всю ніч, принаймні один раз на місяць, а 35% не сплять до 3 години ночі, хоча б один раз на тиждень; 12% студентів пропускають заняття через виражену ранкову сонливість 3 і більше разів на місяць або засипають під час аудиторних занять (на лекціях, семінарах, практичних заняттях)[4].

За даними різних досліджень, студенти ЗВО відзначають значно гіршу якість сну в порівнянні із загальною популяцією людей аналогічного віку. При цьому студенти-медики займають особливе становище, тому що навчальне навантаження в медичному ЗВО в середньому в 2 рази вище, ніж у студентів технічних спеціальностей[4].

Студенти зіштовхуються з новим досвідом проживання в гуртожитку, новим режимом сну і неспанья, свободою від опіки батьків, появою нових звичок в нічний час доби, що може включати не тільки підготовку до навчальних занять, а й відвідування розважальних студентських заходів і нічних

клубів, підробіток в нічний час - все це може призвести до сильного скорочення або позбавлення (депривації) сну і його руйнівної дії на організм студентів, а також зниження успішності навчання в університеті, ряду серйозних соматичних захворювань[4].

Погана якість сну і денна сонливість асоціюються з низькою академічною успішністю і психологічним стресом. Причому для студентів медичних спеціальностей характерний не епізодичний, а хронічний стрес, який має властивість зростати до кінця періоду навчання, в тому числі з розвитком тривожно-депресивних розладів і вторинної (психогенної) інсомнії[4].

Сон призначений для забезпечення оптимальної взаємодії організму людини з навколишнім середовищем, готуючи його до успішної діяльності наступного дня. В даний час студенти недооцінюють значення сну[12].

Розлади сну спостерігаються тим частіше, чим пізніше студенти лягають спати, порушують режим сну і мають будь-які проблеми (як особистісного характеру, так і пов'язані з навчанням). Грубі порушення режиму праці та відпочинку відображаються на сприйнятті та засвоєнні студентами навчальної програми, а також на їх фізичному і психічному здоров'ї[12].

СТУДЕНТІВ ЗВО (на прикладі студентів медичних та технічних спеціальностей)

2.1 Методологія дослідження: опис вибірки та використаних методів та методик дослідження.

Основна проблема даної роботи не відображається в повній мірі, проаналізувавши тільки теоретичні аспекти головних питань. Для повноти картини потрібне проведення психодіагностичного дослідження.

Для практичної частини було опитано 100 студентів ЗВО. Вибірку було розділено на 2 частини, що складають студенти медичних спеціальностей Медичного Інституту СумДУ та студенти технічних спеціальностей СумДУ. Дане дослідження потребує збір емпіричних даних, для чого були використані наступні методики: Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Бека, Методика оцінки агресивності у відносинах А. Асінгера та авторська анкета сну.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) запропонована американським психіатром Аароном Т. Беком у 1961 році. Методика розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії та найбільш часті скарги пацієнтів. Даний опитувальник включає в себе 21 категорію симптомів та скарг. Для інтерпретації були виділені наступні оцінки депресії: 0-13б. – норма; 14-19б. – легка депресія; 20-28б. – виражена депресія; 29-63б. – важка депресія.

Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI) – це клінічна тестова методика, яка призначена для скринінгу тривоги та оцінки ступеня її виразності. Вона складається з 21 твердження та розроблена аналогічно з методикою BDI (Шкала депресії Бека). Кожне з тверджень включає в себе один симптом або скаргу тривоги, та має оцінки: від 0-зовсім не стосується мене до 3-цілком про мене.

Дана шкала тривоги Бека являє собою простий для проходження та зручний для оцінки тривоги тест. Інтерпретація тесту не складна, робиться підрахунок балів за всіма питаннями, та має наступні оцінки: до 21б. –

незначний рівень тривоги, 22-35б. – середня виразність тривоги, від 36б. – високий рівень тривоги.

Методика оцінки агресивності у відносинах А. Асингера призначена для діагностики загального рівня агресивності. Вона дозволяє визначити чи достатньо коректно поводить себе людина з оточуючими та чи легко з нею знайти спільну мову, розмовляти. Вона складається з 20 питань, кожне питання має три варіанти відповідей (а-1б., б-2б., в-3б.), бали підсумовуються та оцінюються за наступною шкалою: до 35б. – не спостерігається агресивність, 36-44б. – помірна агресивність, більше 44б. – надмірна агресивність.

Також у дослідженні була використана Авторська анкета сну, що була адаптована під гіпотезу дослідження. Вона була написана для визначення стану сну студентів. Завдяки 8 тематичним запитанням, з яких складається анкета, можна дізнатись про кількість сну, причини відсутності сну, та інші питання. Кожне запитання містить варіанти відповідей (кожне з них має різну кількість відповідей). На кожне запитання досліджуваній має відповісти, вибравши лише одну відповідь. Із бланком анкети можна ознайомитись у Додатку А.

Авторська анкета сну також використовувала оцінки показника. Оцінені були всі запитання, окрім №3, який визначає саме причину пізнього засинання. Оцінення відповідей запитань було наступним: №1 О котрій годині ви зазвичай засинаєте? (А - 0б., Б - 1б., В - 2б., Г - 3б.) ; №2 Скільки часу вам потрібно для того, щоб заснути? (А - 0б., Б - 1б., В - 2б.) ; №4 Скільки годин в середньому ви спите в будні? (А - 3б., Б - 2б., В - 1б., Г - 0б.) ; №5 Скільки годин в середньому ви спите в вихідні? (А - 3б., Б - 2б., В - 1б., Г - 0б.) ; №6 Чи спостерігаєте ви сонливість протягом дня? (А - 3б., Б - 2б., В - 1б., Г - 0б.) ; №7 Наскільки складно вам прокидатися в будні дні? (А - 2б., Б - 1б., В - 0б.) ; №8 Чи бувають у вас дні, коли ви спите до обіду або довше? (А - 2б., Б - 1б., В - 0б.). Для отримання результату проводиться підрахунок балів, що є сумою усіх балів відповідей. Максимальна їх кількість – 18. Інтерпретація отриманих балів наступна: 0-6 б. – низький рівень, 7-10 б. – середній рівень, 11 б. та більше – високий рівень. Рівні свідчать про наявність проблем з якістю сну.

Роблячи невеликий висновок, важливо сказати що дана анкета не є складною для проходження, вона висвітлює лише головні питання, які важливо дізнатись для дослідження якості сну у студентів ЗВО.

Серед використаних методів математичної обробки даних, загальним можна вважати статистичну обробку масиву даних. Описова статистика призначена для представлення даних в зручному вигляді та опису інформації в термінах математичної статистики та теорії ймовірностей. На початку емпіричного дослідження був використаний описовий статистичний аналіз для формулювання уявлень про вибірку. Також використовувався кореляційний аналіз даних, який потрібен для пошуку зв'язків між показниками. Кореляція – це статистична залежність між випадковими величинами, що має імовірнісний характер. Для підтвердження або спростування гіпотези даного дослідження краще всього підходить саме кореляційний аналіз, адже він покаже наявність або відсутність взаємозв'язку між показниками.

2.2 Дослідження якості сну та емоційних розладів у студентів

медичних та технічних спеціальностей.

Зміст та результати анкети сну:

№1. О котрій годині ви зазвичай засинаєте?

Завдяки інформації, отриманої з першого запитання можна говорити про наявність або відсутність режиму сну у респондента. Оскільки головною проблемою порушень сну є відсутність нормального режиму сну, дане запитання дуже важливо врахувати.

Отримані результати:

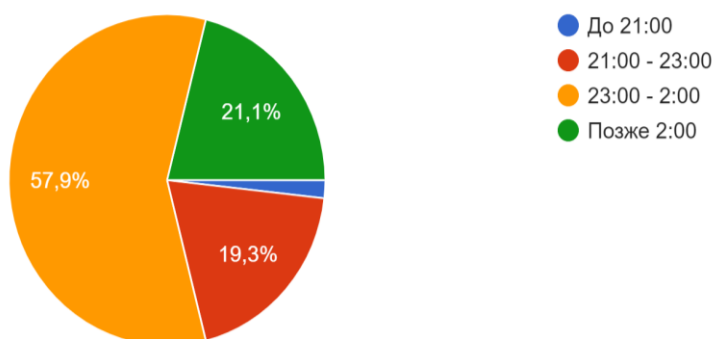


Рис 1 — Діаграма відповідей на запитання №1

№2. Скільки часу вам потрібно для того, щоб заснути?

У другому запитанні можна дізнатись про час, який потрібен респонденту для того, щоб заснути. В нормі цей час не має перевищувати пів години. Якщо час, за який людина засинає складає 30 хвилин та більше, тоді вже можна говорити про пресомнічні розлади сну.

Отримані результати:

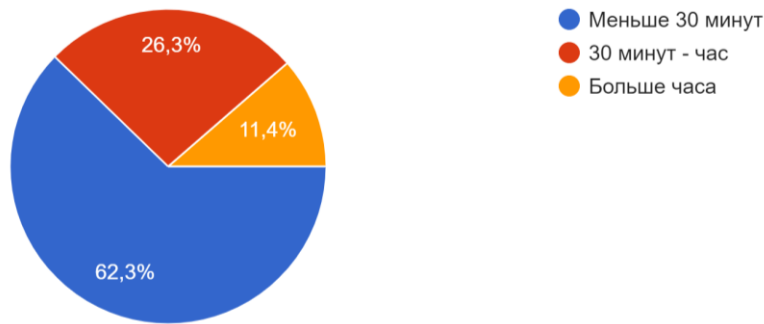


Рис 2 — Діаграма відповідей на запитання №2

№3. Якщо ви засинаєте занадто пізно, що є причиною цього?

Дане запитання виявляє саме причину того, чому досліджуваній засинає в пізній час, адже засинання в пізні години впливає на порушення режиму сну, що призводить до порушень якості сну. У цьому запитанні респонденту пропонується 3 варіанти відповідей, які на мою думку є основними причинами неспанья. Такими є: особисте життя, родина; робота на вечірніх/нічних/добових змінах; навчання.

Отримані результати:

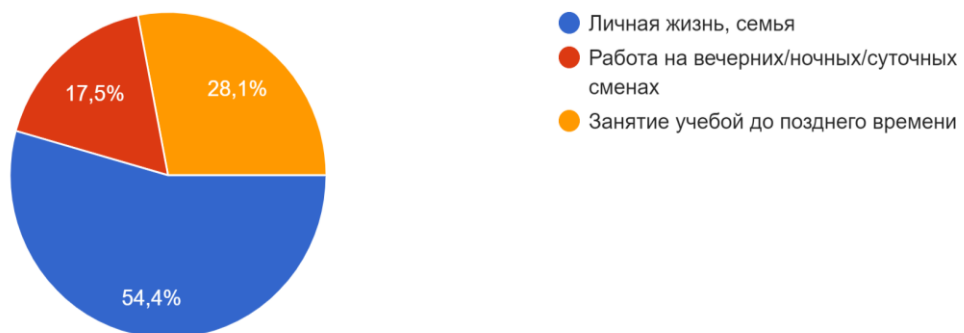


Рис 3 — Діаграма відповідей на запитання №3

4 та 5 запитання відносяться також до визначення стану режиму сну респондента. Обидва запитання висвітлюють інформацію про кількість сну на добу, але 4 запитання стосується будніх днів, а 5- вихідних днів.

№4. Скільки годин в середньому ви спите в будні?

Отримані результати:

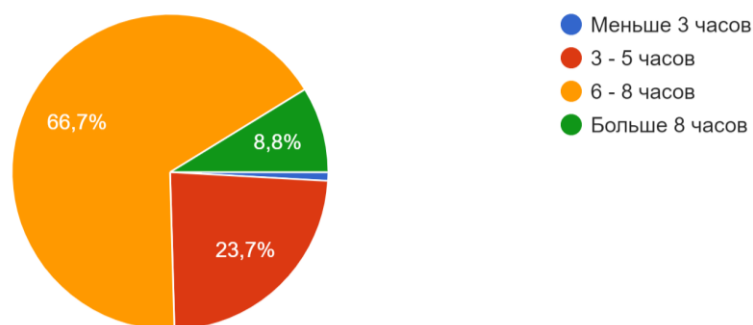


Рис 4 — Діаграма відповідей на запитання №4

№5. Скільки годин в середньому ви спите в вихідні?

Отримані результати:

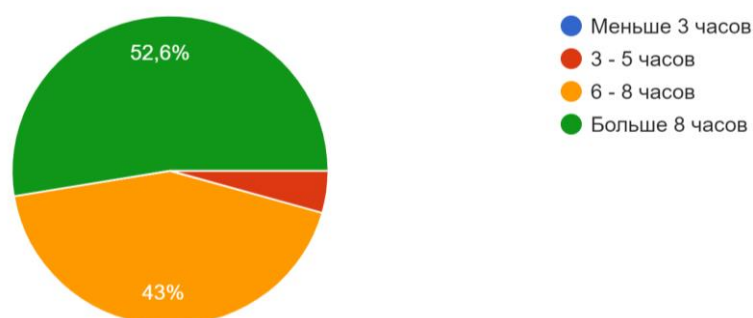


Рис 5 — Діаграма відповідей на запитання №5

Порівнюючи результати 4 та 5 запитань, важливо відмітити наскільки змінився відсоток відповідей В) 6-8 годин (відсоток знизився на 23,7% для вихідних днів) та Г) більше 8 годин (відсоток підвищився на 43,8% для вихідних днів). В такому випадку можна говорити про нерегулярний режим сну, що має вплив на якість сну для людини.

№6. Чи спостерігаєте ви сонливість протягом дня?

Дане запитання допомагає визначити наявність сонливості у студента

протягом дня, що є проявом постсомнічних розладів сну.

Отримані результати:

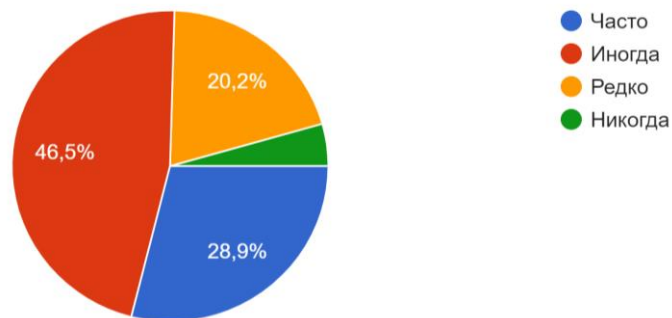


Рис 6 — Діаграма відповідей на запитання №6

№7. Наскільки важко вам просинатися в будні?

Це запитання визначає наскільки важко респонденту просинатись в будні.

Дане запитання є також дуже важливими для оцінки якості сну.

Отримані результати:

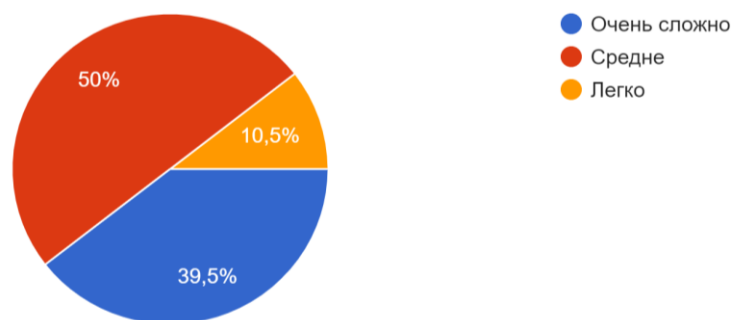


Рис 7 — Діаграма відповідей на запитання №7

№8. «Бувають у вас дні, коли ви спите до обіду чи довше?»

Останнє, восьме запитання дає змогу дізнатись про випадки, коли респонденту потрібно виспатись до обіду, чи навіть довше. Такі випадки, коли добова кількість сну перевищує норму є також проявом порушеного режиму сну, що впливає на його якість.

За цим запитанням отримано наступні результати:

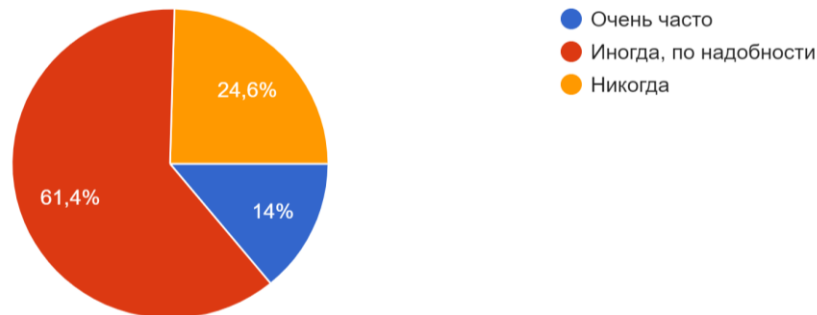


Рис 8 — Діаграма відповідей на запитання №8

Роблячи невеликий висновок, важливо сказати що дана анкета не є складною для проходження, вона висвітлює лише головні питання, які важливо дізнатись для повноти дослідження якості сну.

Наступна діаграма відображає результати всієї вибірки за шкалою оцінки анкети якості сну:

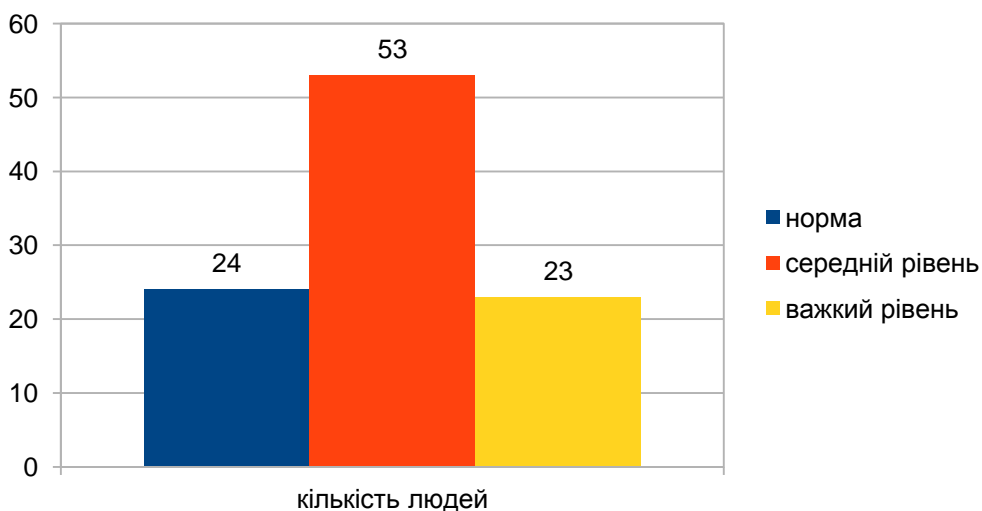


Рис 9— оцінка якості сну за результатами Авторської анкети сну

За допомогою даної діаграми можна побачити, що більшість респондентів мають середній рівень тяжкості проблем зі сном — 53 людини. Нормальний

результат отримали 24 людини, погану якість сну мають 23 людини.

Використовуючи статистичну обробку даних вибірки, були отримані наступні результати за показниками «якість сну», «депресія», «тривога» та «агресія»:

Таблиця 1:

Середнє значення та стандартне відхилення показників

	Якість сну	Депресія	Тривога	Агресія
Середнє значення	8.5	14.92	16.3	34.3
Стандартне відхилення	0.26	1.29	1.45	0.68

Середнє значення за показником Якості сну дорівнює 8,5 балів, що за шкалою оцінки відноситься до середньої групи за якістю сну.

Середнє значення за показником депресії – 14.9 б., що відповідає за інтерпретацією легкому ступеню депресії, близькому до помірного ступеня.

Середнє значення за показником тривоги – 16.3 б., що свідчить про незначну виразність тривоги.

Середнє значення за показником агресії – 34.3 б., що говорить про відсутність агресивності.

Наступна діаграма містить інформацію про кількість людей за кожним ступенем виразності депресії, тобто: 39 осіб з нормою, 36 осіб що мають легку депресію, 4 людини з помірно вираженою депресією та 21 людину з важкою формою депресії.

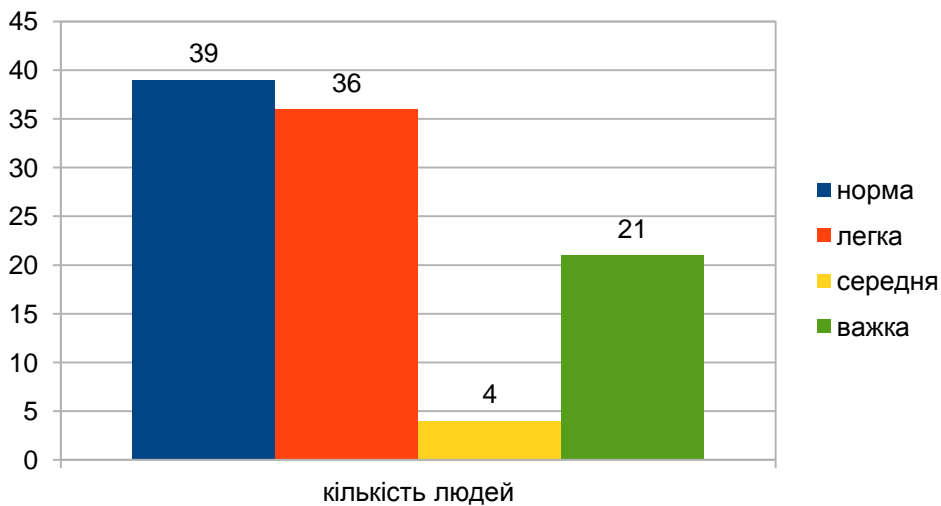


Рис 10 - Рівень депресії за Шкалою депресії Бека

Наступна діаграма вказує на те, що незначний рівень тривоги (норму) мають 71 особа, середню за тяжкістю тривогу мають 13 осіб та тяжку форму тривоги мають 16 осіб.

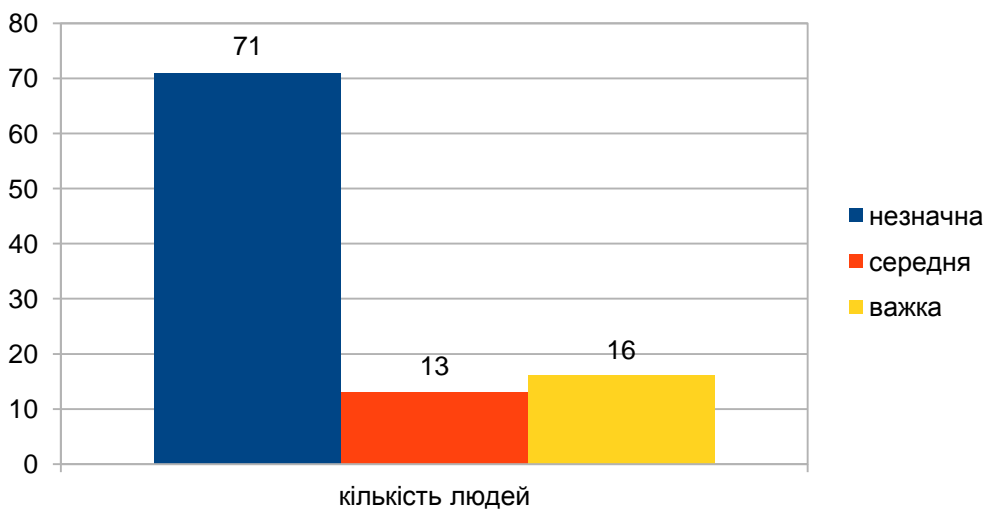


Рис 11 - Рівень тривоги за Шкалою тривоги Бека

На наступній діаграмі показано рівень агресії в групі. За даними вибірки можемо побачити що 70 осіб мають відсутність виражених ознак агресії, 22 людини мають помірний рівень агресії та 8 осіб з вибірки мають надмірну агресію.

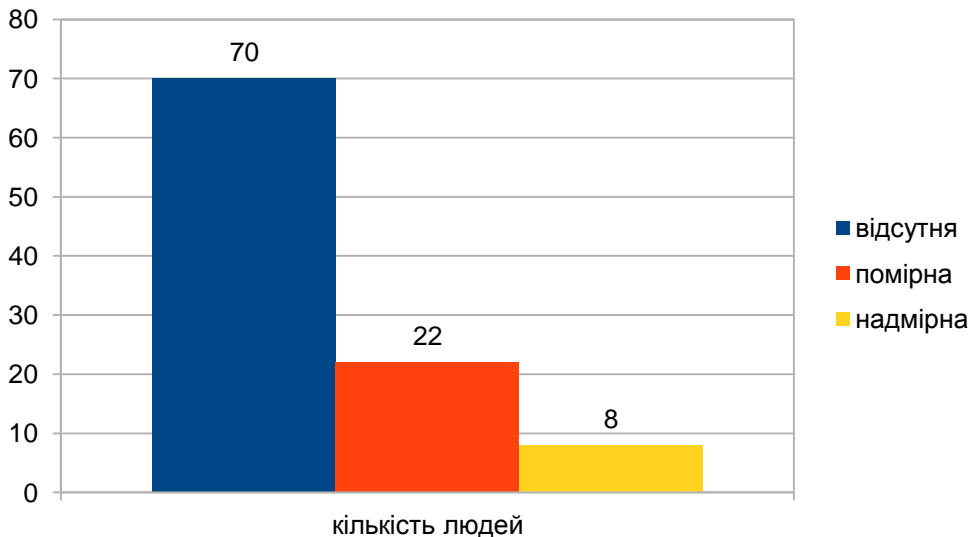


Рис 12 - Рівень агресії за Тестом на виявлення агресивності А.Асингера

Завдяки обраним методикам та представленню результатів у вигляді діаграм, можна чітко побачити отримані результати вибірки за всіма показниками, а також використовувати для подальшого порівняння даних.

Також було проведено кореляційний аналіз даних у вибірці. З результатами можна ознайомитись в наступній таблиці:

Таблиця 2:

Кореляційний аналіз даних всієї вибірки

	Якість сну	Депресія	Тривога	Агресія
Якість сну	1			
Депресія	0.47	1		
Тривога	0.48	0.79	1	
Агресія	0.18	0.59	0.46	1

Отримані результати показали взаємозв'язок між такими показниками як: якість сну та депресія; якість сну та тривога; депресія та тривога; депресія та агресія; тривога та агресія. Отже, даний аналіз допоміг нам підтвердити припущення стосовно впливу якості сну на емоційну сферу студентів. Якість сну має достатньо сильний взаємозв'язок з показниками депресії та тривоги.

2.3 Визначення взаємозв'язку якості сну з емоційними розладами та порівняння результатів між студентами медичних спеціальностей зі студентами технічних спеціальностей.

Для емпіричного дослідження було обрано 100 респондентів. В свою чергу, загальна вибірка була поділена на 2 частини: студенти медичних спеціальностей та студенти технічних спеціальностей. Кількісний склад обох груп є однаковим - по 50 осіб в кожній групі.

Перша група містить 50 осіб, що навчаються на медичних спеціальностях. Маємо наступні результати за шкалою якістю сну:

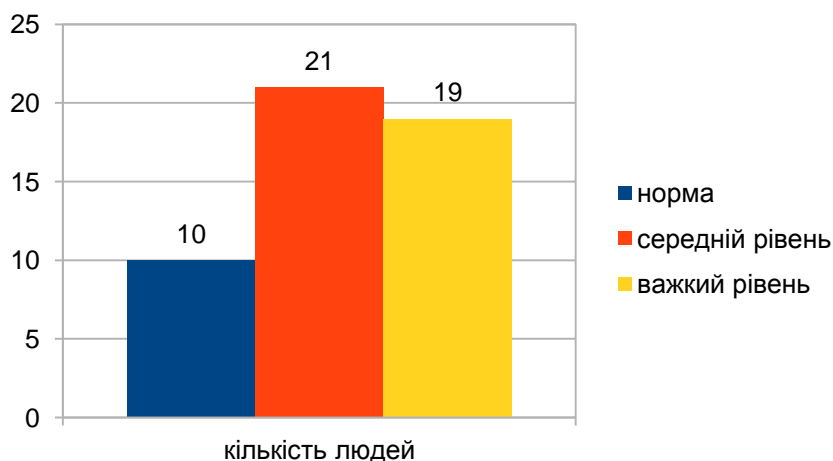


Рис 13 - оцінка якості сну за результатами Авторської анкети сну у 1 групі

Для легшого порівняння, наступною є діаграма із результатами 2 групи за шкалою якістю сну:

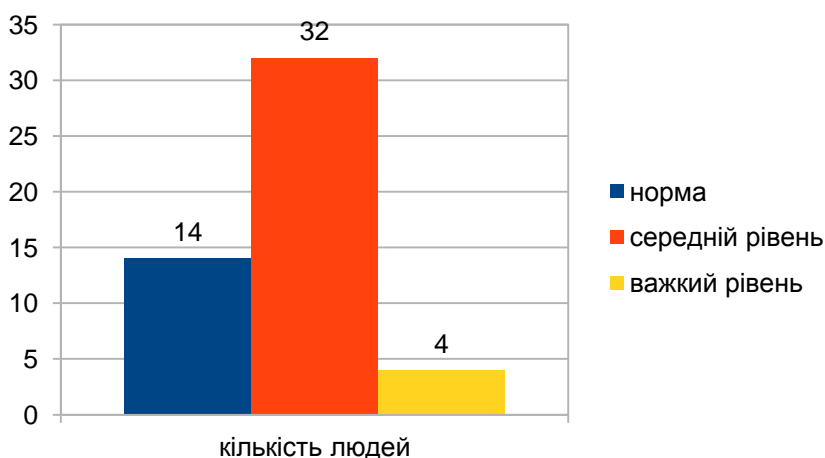


Рис 14 - оцінка якості сну за результатами Авторської анкети сну у 2 групі

В порівнянні результатів між двома групами за допомогою діаграм, ми бачимо що показник якості сну дуже відрізняється, а саме: нормальний результат отримало на 4 людини більше в другій групі, аніж в першій; середній рівень якості сну в першій групі мають 21 особа, в другій — 32, що на 11 осіб більше; важкий рівень в першій групі мають 19 осіб, що на 15 більше ніж в другій групі. З цього можна зробити висновок, що якість сну студентів першої групи (медичні спеціальності) гірший, аніж у студентів другої групи (технічні спеціальності).

Шкала оцінки рівня депресії виявила наступні результати в першій групі:

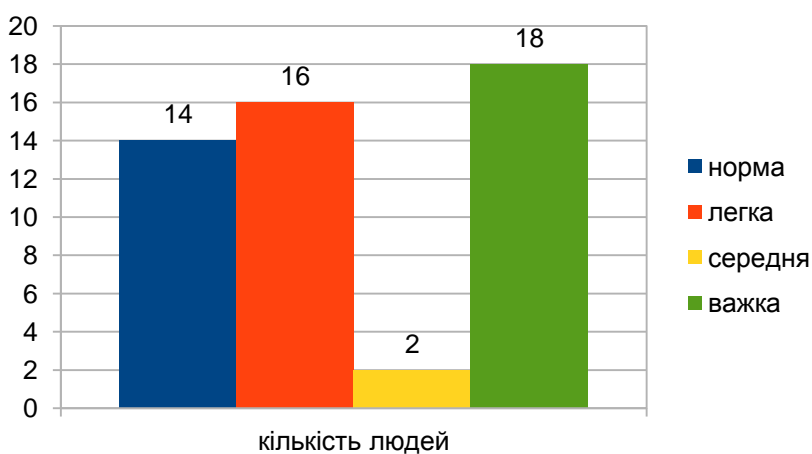


Рис 15 - Рівень депресії за Шкалою депресії Бека у 1 групі

Із результатами другої групи можна ознайомитись в наступній діаграмі для подальшого порівняння:

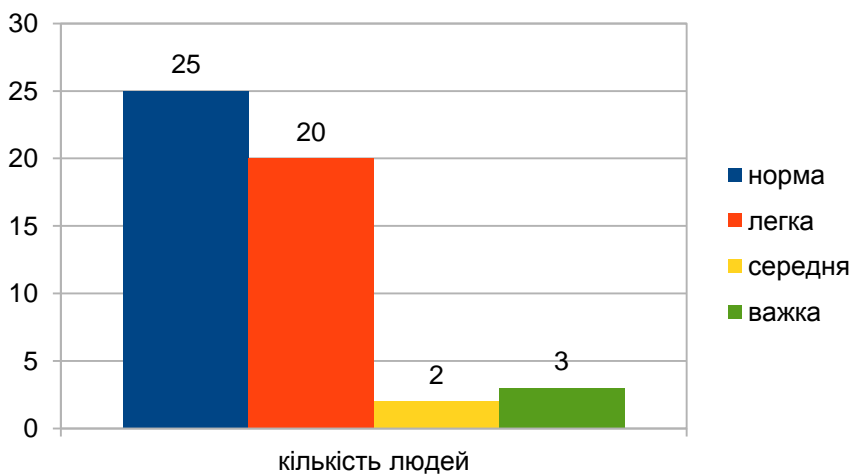


Рис 15 - Рівень депресії за Шкалою депресії Бека у 2 групі

Важливо звернути увагу на кількість людей, що мають важкий ступінь вираженості рівня депресії, а саме: перша група — 18 осіб, в той час як друга група — 3 особи. Кількість людей що мають відсутність або легкий ступінь вираженості депресії в другій групі значно вищий, ніж в першій. З цього можна зробити висновок що рівень депресії в групі студентів медичних спеціальностей вищий, аніж у студентів технічних спеціальностей.

Шкала оцінки рівня тривоги виявила наступні результати в першій групі:

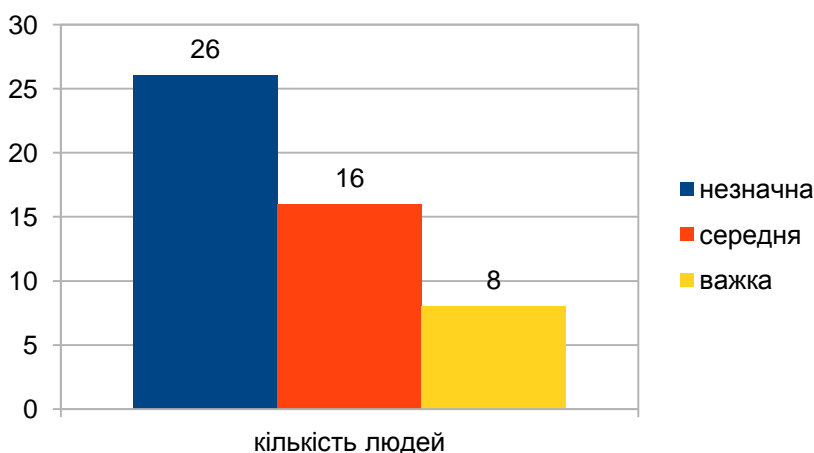


Рис 16 - Рівень тривоги за Шкалою тривоги Бека у 1 групі

Результати другої групи представлені далі:

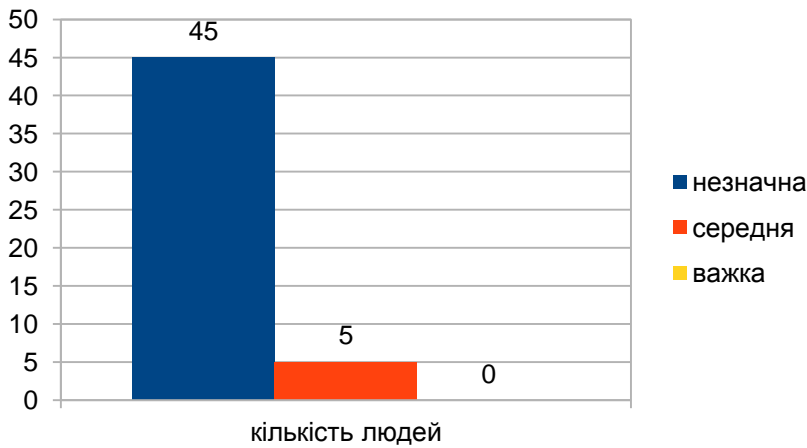


Рис 17 - Рівень тривоги за Шкалою тривоги Бека у 2 групі

Порівнюючи результати між двома групами ми бачимо, що кількість студентів із незначним рівнем тривоги в другій групі на 19 осіб більший. Говорячи про середній рівень, також кількість респондентів в другій групі більша на 11 осіб аніж в першій групі, в той час як важкого ступеня тривоги в другій групі опитуваних не спостерігається взагалі. Отже, розповсюдженість тривоги у студентів медичних спеціальностей значно більша в порівнянні зі студентами технічних спеціальностей.

Останнім показником є рівень агресії, з результатами якого можна ознайомитись в наступних діаграмах:

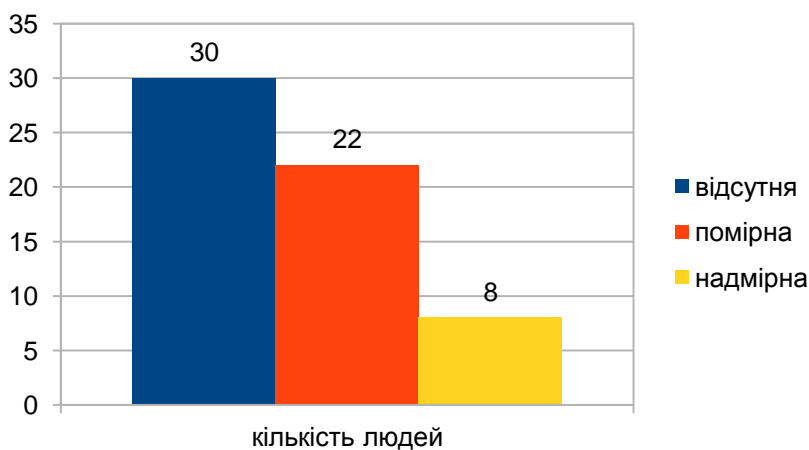


Рис 18 - Рівень агресії за Тестом на виявлення агресивності А.Асингера у 1 групі

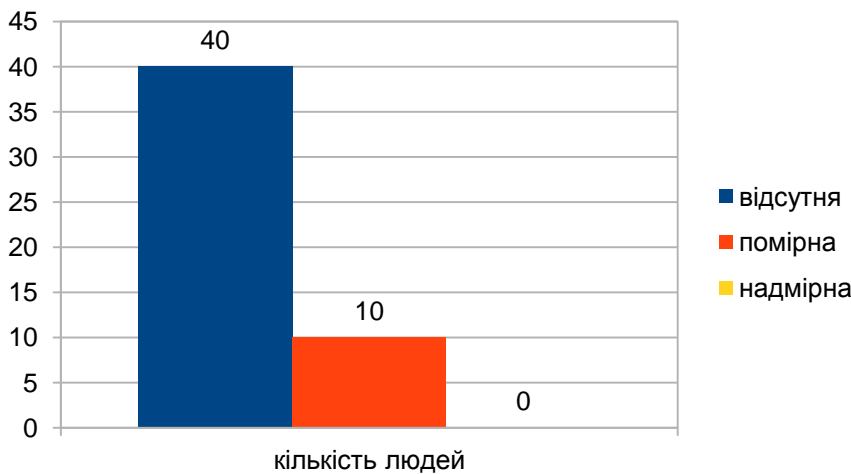


Рис 19 - Рівень агресії за Тестом на виявлення агресивності А.Асингера у 2 групі

Результати виявленого рівня агресії в групах також відрізняються, але не дуже сильно. Ми спостерігаємо кращі показники в другій групі, а саме: відсутність надмірного рівня прояву агресії та велику кількість осіб з відсутністю агресивності — 40 опитуваних із загальної кількості 50 осіб. Тож, студенти другої групи (технічні спеціальності) в більшості не мають вираженої агресії, в той час як 8 осіб з групи студентів медичних спеціальностей мають надмірний ступінь агресії.

Отже, роблячи невеликий висновок за отриманими результатами, можна казати що студенти технічних спеціальностей менше зіштовхуються з проблемами емоційної сфери, а саме наявністю депресії, тривоги, а особливо агресії. Також показник якості сну у другій групі (технічні спеціальності) мав менші результати, аніж у групі студентів медичних спеціальностей. З цього можна зробити висновок, що взаємозв'язку між якістю сну та емоційними розладами (депресія, тривога та агресія) в групі студентів технічних спеціальностей не буде. Для перевірки цієї гіпотези було проведено кореляційний аналіз усіх показників в обох групах.

Таблиця 3:

Кореляційний аналіз даних в першій групі (студенти медичних спеціальностей)

	Якість сну	Депресія	Тривога	Агресія
--	------------	----------	---------	---------

Якість сну	1			
Депресія	0.46	1		
Тривога	0.50	0.78	1	
Агресія	0.21	0.67	0.49	1

Отримані результати показали взаємозв'язок між такими показниками як: якість сну та депресія; якість сну та тривога; депресія та тривога; депресія та агресія; тривога та агресія. В даній групі студентів медичних спеціальностей можемо спостерігати взаємозв'язок якості сну з депресією та тривогою.

Результати другої групи представлені в наступній таблиці:

Таблиця 4:

Кореляційний аналіз даних в другій групі (студенти технічних спеціальностей спеціальностей)

	Якість сну	Депресія	Тривога	Агресія
Якість сну	1			
Депресія	0.27	1		
Тривога	0.14	0.61	1	
Агресія	-0.17	-0.01	-0.001	1

Отримані результати після проведеного кореляційного аналізу даних другої групи студентів, які навчаються на технічних спеціальностях, не показав взаємозв'язку між показниками якості сну та емоційної сфери. Можемо спостерігати лише зв'язок між показниками депресії та тривоги, але він не відноситься до гіпотези дослідження.

Висновок до Розділу 2

Дослідження даної роботи базується на тому, щоб виявити та проаналізувати взаємозв'язки між наступними показниками: якість сну, депресія, тривога та агресія. Також, після поділу всієї вибірки на дві групи, порівняти результати між першою групою (студенти медичних спеціальностей) та другою групою (студенти технічних спеціальностей). Основним питанням роботи було дослідити наукову літературу за основними питаннями та проаналізувати чи пов'язані між собою показники якості сну та емоційних порушень. Для цього були використані наступні методи та методики дослідження: вивчення та аналіз наукової літератури з основних питань, планування проведення емпіричного дослідження, процес проведення дослідження, його обробка, інтерпретація та аналіз. Після проведення дослідження можна зробити висновок про те, що всі завдання були виконані, проте гіпотеза дослідження не була підтверджена.

В результаті теоретичного аналізу було розглянуто: поняття сну; основні розлади сну; причини, що впливають на якість сну; найпоширеніші наслідки порушеного режиму сну, які в свою чергу впливають на емоційну сферу

людини; емоційні порушення та вплив якості сну на емоційну сферу студентів.

Основна проблема даної роботи не відображається в повній мірі, проаналізувавши тільки теоретичні аспекти головних питань. Для повноти картини потрібне проведення психодіагностичного дослідження.

Для практичної частини було опитано 100 студентів ЗВО. Вибірку було розділено на 2 частини, що складають студенти медичних спеціальностей Медичного Інституту СумДУ та студенти технічних спеціальностей СумДУ. Дане дослідження містить емпіричні дані, для чого були використані наступні методики: Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Бека, Методика оцінки агресивності у відносинах А. Асингера та Авторська анкета сну, а також методи математичної обробки даних (описова статистика, кореляційний аналіз даних).

Після проведення першого кореляційного аналізу в загальній вибірці, отримані результати показали взаємозв'язок між такими показниками як: якість сну та депресія; якість сну та тривога; депресія та тривога; депресія та агресія; тривога та агресія. Отже, даний аналіз допоміг нам підтвердити припущення стосовно впливу якості сну на емоційну сферу студентів. Якість сну має достатньо сильний взаємозв'язок з показниками депресії та тривоги.

Після поділення вибірки на дві групи (перша група - студенти медичних спеціальностей, друга група — студенти технічних спеціальностей) було повторно проведено кореляційний аналіз в кожній групі окремо. Результати кореляційного аналізу в першій групі показали взаємозв'язок між такими показниками як: якість сну та депресія; якість сну та тривога; депресія та тривога; депресія та агресія; тривога та агресія, в той час як кореляційний аналіз даних другої групи не показав взаємозв'язку між показниками емоційної сфери та якості сну. Зв'язок мають лише показники депресії та тривоги, але вони не пов'язані з якістю сну, що не відповідає гіпотезі дослідження.

Достовірність результатів дослідження забезпечується достатньою кількістю досліджуваних (100 осіб).

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У СТУДЕНТІВ ЗВО З ПОРУШЕННЯМИ СНУ

3.1 Теоретичні засади програми психокорекції емоційних переживань у студентів медичних та технічних спеціальностей з різною якістю сну.

Психокорекція – це система заходів, спрямованих на виправлення недоліків психології або поведінки людини за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу [10]. Психокорекція орієнтована на клінічно здорову особистість людини, що має в своєму повсякденному житті певні психологічні труднощі, скарги невротичного характеру, проблеми, а також на людину, що відчуває себе добре, однак ставить перед собою мету розвитку особистості або бажає змінити своє життя. Психокорекція має справу з уже сформованими якостями особистості або видами поведінки і спрямована не на їх формування, а на переробку. Як об'єкти корекційного впливу можуть виступати сім'я, особистість або група [10]. Осипова А.А., класифікуючи психокорекційні заходи виділяє такі види психокорекції:

1. За характером спрямованості виділяють корекцію: Симптоматична

корекція має на меті зняття гострих симптомів відхилень у розвитку, які заважають перейти до корекції каузального типу, передбачає короткочасний вплив. Каузальна (причинна) корекція більш тривала за часом, спрямована на джерела і причини відхилень. Вона потребує значних зусиль.

2. За формою роботи з клієнтом розрізняють корекцію:

- Групову;
- Індивідуальну;
- У відкритій групі для клієнтів з подібними проблемами;
- Групову в закритій природній групі (сім'я, клас, співробітники і т.д.);
- Змішану форму (індивідуально-групову).

3. За змістом розрізняють корекцію:

- Дитячо-батьківських відносин;
- Афективно-вольової сфери;
- Міжособистісних відносин;
- Поведінкових аспектів;
- Внутрішньогрупових взаємин (сімейних, подружніх, колективних);
- Пізнавальної сфери.

4. За характером управління коригуючими впливами:

- Директивну;
- Недирективну.

5. За наявністю програм:

- З наявністю програми;
- Імпровізовану.

6. За тривалістю:

- Надкоротку (надшвидку);
- Коротку (швидку);
- Тривалу;
- Надтривалу.

7. За масштабом вирішуваних завдань розрізняють психокорекцію:

- Приватну;

- Загальну;
- Спеціальну.

Осипова А.А. виділяє такі методи практичної корекції: ігротерапія, арттерапія, психогімнастика, методи поведінкової корекції, та інші. Арттерапія включає такі підвиди: музикотерапія, танцювальна терапія, проєктивний малюнок, складання історій, казкотерапія, куклотерапія [10].

1. Ігротерапія. Ігрова терапія - метод психотерапевтичного впливу на дітей і дорослих в якому використовується гра. Гра знімає напруженість, тривогу, страх перед оточуючими, сприяє створенню довірливих стосунків між учасниками групи, підвищує самооцінку, дозволяє перевірити себе в різних ситуаціях спілкування, знімаючи небезпеку соціально значимих наслідків.

2. Арт-терапія. Термін "арт-терапія" - перекладається буквально «терапія мистецтвом». Вперше став використовувати Адріан Хілл (1938). Це спеціалізована форма психотерапії, яка заснована на образотворчому мистецтві і творчої діяльності. Основна мета арт-терапії - через розвиток здатності самовираження і самопізнання отримати гармонізацію розвитку особистості. Найважливіша техніка арт-терапевтичної дії - це техніка активної уяви, яка спрямована на зіткнення віч-на-віч свідомого і несвідомого і за допомогою взаємодії на рівні емоцій прибрати їх конфлікт [10]. Найбільш ефективно використовується для психологічної корекції невротичних і психосоматичних і невротичних порушень як дітей, так і дорослих, а також підлітків з труднощами в навчанні і соціальній адаптації, при внутрішньосімейних конфліктах [14, с. 6].

У процесі індивідуальної арт-терапевтичної творчості знімається напруженість, агресивність. Цей метод сприяє підвищенню самооцінки, допомагає знайти нові способи самовираження, позитивні емоції, що виникають в процесі малювання. Ефективність корекційного впливу активується за рахунок емоційної зацікавленості клієнта, коли в ході проведення арт-терапії під час творчого самовираження відбувається вивільнення сильних емоцій. Арт-терапія в групі дає вихід сильним емоціям, внутрішніх конфліктів, сприяє підвищенню самооцінки клієнта, здатності

усвідомлювати свої відчуття і почуття, допомагає при інтерпретації витіснених переживань, дисциплінує групу, розвиває художні здібності [13].

Також показаннями для проведення арт-терапії, такої як терапії малюванням є: стрес, депресія, труднощі емоційного розвитку, підвищена тривожність, страхи, фобические реакції [10].

Осипова А.А. виділяє дві форми практичної корекції: індивідуальна і групова. У разі індивідуальної психокорекційної роботи психолог працює за відсутності сторонніх осіб з клієнтом один на один. У другому випадку він працює з групою клієнтів, які в процесі роботи взаємодіють один з одним, як з психологом [10].

3.2 Програма психокорекції емоційних станів у студентів ЗВО, що мають порушення зі сном.

Особливостями емоційної сфери студентів найчастіше є: підвищена тривожність, низька стресостійкість, схильність до негативних емоцій і неузгодженість в мотиваційній сфері. Негативні емоційні стани, такі як страх, тривожність, стрес, депресія і агресивність перешкоджають нормальному особистісному розвитку, ефективній соціалізації.

Існує ряд методів практичної психокорекції - система заходів, орієнтованих на клінічно здорову особистість людини, що має в своєму повсякденному житті певні психологічні труднощі, що бажає змінити своє життя. Психокорекція має в своєму арсеналі різноманітні методи практичної корекції, що ефективно використовуються в корекції різних негативних емоційних станів людей різного віку.

Програма призначена в першу чергу для студентів, але так само може бути використана в роботі з дорослими.

Актуальність даної програми обумовлюється наступними показниками:

1) Юнацтво є складним та водночас важливим періодом становлення та дорослішання особистості;

2) Наявність труднощів у взаємовідносинах з однолітками, батьками, що мають сильний вплив на розвиток тривожності;

3) Слабка усвідомленість щодо власної значущості, гідності, які мають прямий зв'язок із самооцінкою.

Метою програми є психокорекція та профілактика негативних емоційних станів.

Завдання програми:

1) Збір даних та фактів про клієнта та його стан;

2) Пояснення клієнту загальної інформації про його стан;

3) Проведення інтенсиву роботи, що складатиметься з індивідуальних бесід, виконання завдань та рефлексій.

Очікувані результати від програми:

1) Розуміння причин тривожних станів та ситуацій, їх наслідків;

2) Подолання станів тривожності та отримання навичок контролювання можливих тривожних станів в майбутньому.

Дана психокорекційна програма ґрунтується на основі когнітивно-поведінкової терапії.

Програма має вигляд курсу індивідуальних зустрічей з клієнтом. Перевага індивідуальних занять з клієнтом перед груповими заняттями полягає в тому, що психолог має можливість приділяти всю увагу конкретному клієнту та його проблематиці. Також в умовах індивідуальної роботи клієнт менше відчуває сором або страх перед розкриттям, спостерігається менша кількість відволікаючих або провокуючих факторів, які можуть заважати роботі.

План психокорекційної програми: 4 зустрічі, вони є щотижневими, тривалістю 1-1,5 години.

Зустріч 1. Індивідуальна робота з клієнтом. Знайомство, збір фактів.

Важливою частиною першої зустрічі є те, що психолог детально розповідає про подальший план роботи, кількість зустрічей, види роботи, основні правила, принципи роботи та можливі труднощі. Також обов'язковим є обговорення деталей про відповідальність за всі зміни, що відбуватимуться з особистістю клієнта та оформлення відповідних документів.

Знайомство з клієнтом. Встановлення довірливих взаємовідносин з клієнтом за рахунок комфортної атмосфери та емпатії психолога. Проведення збору загальної інформації та фактів про клієнта, його родину, друзів та інше оточення. Дана інформація потрібна для розробки відповідного плану роботи або корегування вже існуючого, підготовленого заздалегідь.

Після отримання загальної інформації, завданням психолога разом з клієнтом є встановити якомога чіткіше суть проблематики, з якою звернулась людина. Клієнт повинен детально розповісти все, що його турбує, пригадати ситуації та моменти, що безпосередньо пов'язані з проблемою. Також потрібно описати емоції, які відчував клієнт під час тих ситуацій та до їх появи. Усю цю інформацію психологу потрібно фіксувати для корегування подальшої роботи з клієнтом на наступних зустрічах. В такі моменти дуже важливим для консультанта є намагатись не втрачати зорового контакту з клієнтом, для того, щоб запобігти руйнуванню рапорту.

Домашнє завдання «Ведення щоденника власних думок»

Мета техніки - відстежити і усвідомити власні думки.

Психолог пропонує клієнту протягом тижня (до наступної зустрічі) вести щоденник та робити записи всіх ситуацій які його турбують та фіксувати їх час, робити опис цих подій, свого стану та емоцій. Ведення такого щоденника є дуже корисним завданням для отримання матеріалу для подальшої роботи з ним.

Зустріч 2. Індивідуальна робота з клієнтом. Робота з когнітивною сферою.

Робота розпочинається з пригадування минулої зустрічі, уточнення деталей а також додаткової інформації, яку клієнт міг пригадати пізніше.

Завдяки цьому можна чіткіше виявити проблематику та створити плавний перехід від першої зустрічі до другої, завдяки чому клієнт не втрачає встановленого рапорту з психологом. Після цього опрацьовується матеріал з щоденника клієнта. Психолог ознайомлюється з усіма записами в хронологічному порядку, може зробити записи для себе та починає опрацьовувати ці події разом з клієнтом. Консультант просить клієнта розповісти також як він намагався запобігти тривожним ситуаціям та взагалі як він їх подолав. Ця інформація допоможе зрозуміти які техніки психологічного захисту використовує клієнт, що буде корисним для подальшої роботи з ними.

Наступні завдання присвячені саме когнітивній сфері особистості:

Завдання 1 «Віддалення від нефункціональних думок»

Мета техніки - відстежити і усвідомити власні думки.

Суть вправи полягає в тому, що людина повинна виробити об'єктивне ставлення до власних думок. Для того, щоб стати неупередженим «спостерігачем», йому необхідно віддалитися від виникаючих ідей. Відсторонення від власних думок має на увазі три компоненти:

- усвідомлення і прийняття факту, що неконструктивна думка виникає автоматично, розуміння того, що неконтрольована зараз ідея була сформована раніше за певних обставин або ж вона не є власним продуктом мислення, а нав'язана ззовні сторонніми суб'єктами;
- усвідомлення і прийняття того, що стереотипні думки нефункціональні і заважають нормальній адаптації до існуючих умов;
- сумнів в істинності ідей, що виникають раптово, оскільки такий стереотипний конструкт суперечить наявній ситуації і не відповідає своєю суттю виникаючим вимогам реальності.

Завдання 2 «Вивчення аргументів «за» і «проти» щодо стереотипних думок»

Мета техніки – оскаржити існуючі нефункціональні думки.

Людина вивчає власну неадаптивну думку і фіксує на папері аргументи

«за» і «проти». Потім клієнту рекомендують перечитувати свої записи щодня. При регулярному виконанні вправи в свідомості людини з часом міцно закріпляться «правильні» аргументи, а «неправильні» будуть усунені з мислення.

Завдання 3 Пом'якшення інтенсивності емоцій

Суть цього прийому - провести емоційну переоцінку психотравмуючої події. Наприклад, постраждалій особі пропонують резюмувати ситуацію, сказавши собі наступне: «Дуже шкода, що такий факт мав місце в моєму житті. Однак, я не дозволю цій події управляти моїм теперішнім і зіпсувати майбутнє. Я залишаю травму в минулому». Тобто руйнуючі емоції, що виникли у людини втрачають силу афекту: образа, злість і ненависть трансформуються в більш м'які і функціональні переживання.

Завершальним етапом зустрічі буде рефлексія та обговорення запитань клієнта, якщо такі виникнуть. Після чого клієнту пропонується домашнє завдання, що складатиме опрацювання ним знову тих записів зі щоденника, використовуючи завдання 2, а також продовжити ведення щоденника до наступної зустрічі, для подальшого опрацювання матеріалу разом з психологом та спостереження динаміки поліпшення стану.

Зустріч 3. Індивідуальна робота з клієнтом. «Робота над помилками»

Зустріч розпочинається з повторення попередньої індивідуальної роботи та опрацювання домашнього завдання. Психолог робить порівняльний аналіз записів після першої зустрічі із записами після другої зустрічі. Вони можуть відрізнитись через те, що під час другої зустрічі клієнт отримав завдання, завдяки яким потрібен був проаналізувати попередні примітки та мати інструменти для вирішення тривожних ситуацій надалі. Психолог фіксує динаміку записів клієнта та обговорює з ним стан на сьогодні.

Робота продовжується в формі виконання завдань.

Завдання 1 «Заміна ролей»

Ціль завдання: проаналізувати проблему «збоку», переосмислити її під іншим кутом, відокремившись від неї; оскаржити існуючі нефункціональні

думки.

Цей прийом полягає в обміні ролей між психологом і клієнтом. Клієнту пропонується завдання - переконати психолога в тому що його думки і переконання носять дезадаптивний характер. Таким чином, відбувається переконання самого клієнта в дисфункціональності його суджень. Далі психолог буде пояснювати клієнту незначущість його тривожних думок спираючись та використовуючи його власні висновки та переконання, які клієнт зробив під час заміни ролей.

Завдання 2 «Зменшення значимості результатів – декатастрофікація»

Цей прийом передбачає розвиток до глобальних масштабів неадаптивної думки клієнта для подальшого знецінення її наслідків. Наприклад, людині, що панічно боїться залишати власну оселю, консультант ставить запитання: «На ваш погляд, що з вами станеться, якщо ви вийдете на вулицю?», «Як сильно і довго вас будуть долати негативні відчуття?», «Що станеться потім? У вас буде напад? Ви помрете? Люди загинуть? Планета завершить своє існування? ». Людина розуміє, що його страхи в глобальному значенні не варті уваги. Усвідомлення тимчасових і просторових рамок допомагає усунути страх перед уявними наслідками тривожного події.

Завдання 3 «Зміна думки - переоцінка фактів»

Мета даної вправи - змінити існуючу у людини точку зору на існуючу ситуацію шляхом перевірки, чи мали б таку ж дію альтернативні причини цієї ж події. Наприклад, клієнтові пропонують подумати і обговорити, чи могла та чи інша персона вчинити з ним аналогічним чином, якби вона керувалася іншими мотивами.

Заняття та вправи детально обговорюються психологом та клієнтом, для чіткого розуміння та можливості подальшого використання цих вправ клієнтом. Заключна частина зустрічі – рефлексія та обговорення думок та емоцій, що відчував клієнт до та під час заняття. Психолог пригадує та обговорює з клієнтом вправи, що були опрацьовані на другій зустрічі та оцінює якість опанування цих технік клієнтом. Якщо клієнт досить чітко

орієнтується та вже використовував їх самостійно і отримав бажаний результат, психолог може запропонувати клієнту подумати до наступної зустрічі про завершення їх роботи. Таким чином заздалегідь підготувавши клієнта до того, що найближчим часом доведеться розірвати психотерапевтичні зв'язки з консультантом. Клієнт матиме час в один тиждень для підведення підсумків та самостійно вирішить, чи готовий він до завершення терапії. Але остаточне рішення щодо завершення терапії буде прийняте спільно психологом разом з клієнтом.

Зустріч 4. Індивідуальна робота з клієнтом. Завершальна робота.

Мета: підготувати клієнта до завершення роботи та розірвати зв'язки, які сформувались між психологом та клієнтом протягом роботи.

Остання зустріч психолога та клієнта є також дуже важливою, тому що психолог повинен бути дуже уважним, роблячи висновки та перевіряючи динаміку успішності вирішення проблеми. Завдяки щоденнику клієнта, можна побачити, наскільки вмотивовано він виконував вказівки терапевта та зробити висновки щодо їх ефективності на практиці, коли клієнт залишається наодинці.

Психолог консультує стосовно наявних запитань клієнта, для остаточного розуміння ним суті проблематики та методів подолання ситуацій, що турбують. Після чого психолог робить для себе висновки, чи готовий клієнт до завершення терапевтичних стосунків та зустрічей.

Оскільки є вірогідність погіршення стану клієнта після припинення зустрічей з психологом, потрібно до цього підготуватись заздалегідь. Консультант спочатку розповідає про ймовірність появи такого стану, потім разом обговорюють причини його виникнення і шляхи подолання. Якщо клієнт каже про побоювання узагальнено, наприклад: «Я боюсь, що буде без наших зустрічей, але не знаю що саме відбуватиметься.», психолог, завдяки уточнюючим запитанням опрацьовує з клієнтом можливі ситуації розвинення цього стану. Така робота має завдання переоцінити ставлення клієнта до його страху.

Консультант також пропонує разом розробити план сесій самотерапії. Цей метод є корисним, тому що клієнт матиме можливість: продовжити терапевтичну роботу, але в зручному для себе ритмі та самостійно, тобто не потребуючи керівництва; підтримувати нещодавно опановані навички в робочому стані; знаходити вихід з важкої ситуації до її погіршення та перетворення на глибоку проблему.

План сесій самотерапії:

1. Визначити порядок денний («Про які важливі питання/ситуації я повинен сьогодні подумати?»).
2. Проаналізувати домашнє завдання («Чому я навчився з попереднього заняття?»; «Що мені заважало виконувати попередні завдання?»; «Які були дієві, а які слід повторно опрацювати?»).
3. Огляд попереднього заняття («Чому я навчився новому?»; «За що я можу себе похвалити? Що в мене виходить краще за все?»; «Чи виникали труднощі? Якщо так, згадати як з ними впорався»).
4. Обміркувати актуальні проблемні моменти/ситуації («Я дивлюсь на цю проблему реалістично чи мої реакції надмірні?»; «Як інакше я можу подивитись на цю проблему?»; «Що я можу зробити?»).
5. Передбачити можливі проблеми, які можуть виникнути між цією сесією та наступною («Що може трапитись?»; «Як я зможу подолати цю проблему?»; «Чи буде корисно саме зараз уявити, як я долаю проблему?»; «Які позитивні події можна очікувати?»).
6. Визначити нове домашнє завдання («Що буде корисним для мене до наступної сесії?»; «Що нове я хочу опанувати?»).
7. Призначити дату наступної сесії («Скільки часу повинно пройти до наступної сесії?»; «Чи потрібно мені проводити сесії регулярно? Наприклад, кожного місяця першого числа.»).

Цей план може змінюватись, адаптуючись під конкретного клієнта. Дане питання потрібно обговорити з клієнтом одразу, для того щоб йому все було зрозумілим та комфортним. Психолог також наголошує на тому, що проведення таких сесій самотерапії попереджує виникнення рецидиву розладу та значно поліпшить життя клієнта.

Останнім завданням психолога є уточнення можливих запитань від клієнта та надання інформації про те, як призначити додаткову сесію, у разі виникнення критичної ситуації, з якою самотійно клієнт не може впоратись. Після цього психолог може провести «неформальну рефлексію», під час якої відбудеться розрив зв'язків та консультант може дізнатись про задоволеність клієнта від пройденної програми психокорекції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байкова И.А. Методические рекомендации «Нарушения сна (клиника, диагностика, лечение). Минск 1999г., с. 3-4.
2. Борбели А. Тайна сна/ Александр Борбели,; Пер. и примеч. В. М. Ковальзона; Предисл. А. М. Вейна. -М.: Знание, 1989. -190 с.
3. Гриб В.А., Геник С.І. «Тлумачення сну (оглядова стаття)» УДК 159.963.2+159.963.3 East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders. – 2015. – Vol. 1, No. 2, с. 63-68.
4. Кантимирова Е.А., Маховская Т.С., Галась А.Ю., Петрова М.М., Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В., Газенкамф К.А., Грушкина О.С., Романова И.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СНА КАК МАРКЕР ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА //

- Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4.
5. Корен С. Тайны сна/ Стенли Корен,; Стенли Корен; Пер. с англ. С.Чипуштанова. -М.: Вече: АСТ, 1997. -415 с.
 6. Левин Я.И. Полуэктов М.Г. «Сомнология и медицина сна. Национальное руководство памяти А.М.Вейна и Я.И.Левина» 2015г.
 7. Леонард Берковиц, Агрессия: причины, последствия и контроль - [Электронный ресурс] Режим доступа: http://psychologis.com.ua/leonard_berkovic_agressiya_dvoe_zn_prichinyzpt_posle_dstviya_i_kontrol.htm
 8. Лубенец А.С., Свиридова Н.К., Микитей О.Н. «Нарушение сна: особенности диагностики и тактики лечения» УДК:616.836.14.07.08 СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №3 (59), 2015 ISSN 230715112, с. 74-77.
 9. Неврология: нац. рук. / Под ред. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1035 с.
 10. Подольский А.И. Подросток в современном мире: Заметки психолога [Текст] / А.И. Подольский, О.А. Идобаева, Л.А. Идобаев. – СПб: Каро, 2007. – 272 с.
 11. Свиридова Н.К., Чуприна Г.М. «Патогенез, клініка, діагностика та комплексне лікування інсомній різного генезу з використанням методів рефлексотерапії» УДК 616.8:615.814.1 East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders. – 2015. – Vol. 2, No. 1, с.27-30.
 12. Семелева Е. В. канд. мед. наук, Ситдигов И. И. студ. Особенности нарушений сна у студентов // журнал "Социосфера". - 2016.
 13. Хрестоматия по детской психологии: от младенца до подростка. Учебное пособие.[Текст].глав.редактор.Д.И.Фельдштейн.ред.сост.к.психол.н.Г.В.Бурменская – М.: Московский психологосоциальный институт, 2005. – 656 с.
 14. Экман П. Психология эмоций. Я знаю что ты чувствуешь[Текст]. / П. Экман.- СПб.:Питер, 2010 .- 305 с.