

MEDICINE

PSYCHE

PSYCHE

PSYCHE

MEDICINE

MEDICINE

Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я

PSYCHE

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

Кафедра психології

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА

Лабораторія вікової психофізіології

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

# ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

Матеріали

IV Всеукраїнської науково-практичної конференції

22 листопада 2019 року

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА  
Кафедра психології  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА  
Лабораторія вікової психофізіології  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра акушерства та гінекології**

## **ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я**

**Матеріали  
IV Всеукраїнської науково-практичної конференції**

**22 листопада 2019 року**

**м. Вінниця**

УДК 159.922:61(06)

***Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: [Текст] :***  
***Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Вінниця, 22 листопада 2019 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Вінниця. 2019. 251 с.***

Збірник містить матеріали і тези доповідей учасників IV Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я», яка проводилася на базі Донецького національного університету імені Василя Стуса.

У представлених матеріалах висвітлено широке коло актуальних проблем дослідження феномену здоров'я в сучасній психологічній науці та інших наукових галузях.

Збірник адресований науковцям, викладачам, здобувачам вищої освіти, спеціалістам у галузі психології здоров'я, а також усім тим, хто цікавиться сучасними науковими дослідженнями у галузі психології здоров'я.

***Редакційна колегія***

*А. П. Загнітко, д-р філол. наук, професор, член-кор. НАН України*

*О. М. Кокун, д-р психол. наук, професор, член-кор. НАПН України*

*В. М. Астахов, д-р мед. наук, професор*

*О. В. Бацилева, д-р психол. наук, професор*

*О. М. Шпортун, д-р психол. наук, доцент*

*І. В. Пузь, канд. психол. наук, доцент*

***Рекомендовано до друку на засіданні вченої ради філологічного факультету Донецького національного університету імені Василя Стуса (протокол № 4 від 20.11.2019 року)***

***© Донецький національний університет імені Василя Стуса, 2019***

## **ЗМІСТ**

<b><i>Астахов В. М.</i></b>	10
РЕПРОДУКТИВНА ПОВЕДІНКА ТА ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ: НОВІ ВИМІРИ СЬОГОДЕННЯ	
<b><i>Бахмутова Л. М.</i></b>	13
НЕРВОВО-ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ ЯК КРИТЕРІЙ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ АНТАРКТИКИ	
<b><i>Бацилєва О. В.</i></b>	16
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД У КЛІНИЦІ РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ: ЗНАЧЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	
<b><i>Білоус М. К., Клебан В. Є., Жук В. Ю.</i></b>	19
МАТЕРИНСЬКИЙ СТРЕС ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ	
<b><i>Беседа П. С.</i></b>	23
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МОЛОДШОГО ШКОЛЯРА	
<b><i>Більо Т. А.</i></b>	25
СІМЕЙНЕ НАСИЛЛЯ, ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ СОЦІАЛЬНО- ПОЛІТИЧНОЇ РЕАЛЬНОСТІ	
<b><i>Боженко В. Г.</i></b>	29
СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ЯК ЗАПОРУКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	
<b><i>Болотнікова І. В.</i></b>	33
ПРОФЕСІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ І ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ФАКТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	

<b><i>Васюк К. М.</i></b>	36
БРЕХЛИВІСТЬ ЯК ФОРМА ПРОЯВУ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ: ПРОБЛЕМА ДЕТЕРМІНАЦІЇ	
<b><i>Вітюк Н. Р.</i></b>	39
ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ	
<b><i>Власюк О. С.</i></b>	44
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКА	
<b><i>Воляннюк Н. Ю., Ложкін Г. В.</i></b>	46
ВНУТРІШНІ ТА ЗОВНІШНІ ЧИННИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	
<b><i>Гарнага О. М.</i></b>	50
РОЛЬ СТРЕСУ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ	
<b><i>Гнатенко Н. А.</i></b>	54
ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ СИМВОЛДРАМИ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА НЕВРОЗИ	
<b><i>Гончар Н. О.</i></b>	56
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЕМПАТІЙНИХ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В ІНКЛЮЗИВНІЙ ОСВІТІ	
<b><i>Горбатюк М. М.</i></b>	60
МІЖОСОБИСТІСНІ СТОСУНКИ ЯК ЧИННИК СОЦІАЛЬНОГО СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ	
<b><i>Гресько І. М.</i></b>	65
РОЛЬ САМООЦІНКИ У ПІДТРИМАННІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	

<b>Григоренко Л. М.</b> ОСОБЛИВОСТІ МОРАЛЬНИХ УСТАНОВОК У СУЧАСНОЇ МОЛОДІ В ПОРІВНЯННІ З ОСОБАМИ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ (РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ)	68
<b>Гуменюк Г. В.</b> ПРОФЕСІЙНА УСПІШНІСТЬ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРАЦІ ТА ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Є: ШЛЯХ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОШУКУ	73
<b>Гуцол К. В.</b> ДІАГНОСТИКА СФОРМОВАНOSTІ РІВНІВ НАРАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ОСОБИСТОСТІ	77
<b>Дзвоник Г. П.</b> ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ТА РЕСУРСИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ	82
<b>Жук В. Ю., Клебан В.Є., Білоус М. К.</b> ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ ПІДЛІТКІВ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я	85
<b>Заблоцький Ю. К.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ	90
<b>Загнітко А. П.</b> МОВНИЙ ПСИХОТИП ОСОБИСТОСТІ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКУВАННЯ ЛІНГВОІНДИВІДУАЛІЗАЦІЙ (СУБ'ЄКТИВНО- ГРАМАТИЧНИЙ ПРОСТІР)	94
<b>Зацерковна Ю. С.</b> РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТІВ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	99
<b>Зеленська З. П.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ БАР'ЄРІВ СПІЛКУВАННЯ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	103

<b>Кавун Е. М.</b> ТИПОВІ КОРЕЛЯЦІЇ В КАТЕГОРІЯХ ПРЕДИКАТІВ МОДАЛЬНОСТЕЙ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТРУКТУР (ПСС) І ЇХ ПРОЦЕСИНГУ	107
<b>Карамушка Л. М.</b> ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА «ПРОФЕСІЙНА КАР’ЄРА ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ’Я ОСВІТНЬОГО ПЕРСОНАЛУ»: МЕТА, ЗМІСТ ТА ОСНОВНІ ІНТЕРАКТИВНІ ТЕХНІКИ	112
<b>Клебан В. Є., Білоус М. К., Жук В. Ю.</b> АЛГОРИТМ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ	116
<b>Кокун О. М.</b> ДИНАМІКА ПРОФЕСІЙНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ ФАХІВЦІВ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ	121
<b>Куріцина А. В.</b> ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПРОКРАСТИНАЦІЇ	124
<b>Кухлій В. Ю., Гусєв В. М.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ЖІНКИ ДО МАТЕРИНСТВА	128
<b>Кушнарєнко О. В.</b> ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДІЄЮ ХРОНІОСТРЕСУ	131
<b>Кушнір Ю. В.</b> КРЕАТИВНІСТЬ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОЇ ОСОБИСТОСТІ	136
<b>Лазос Г. П.</b> ДО ПРОБЛЕМИ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ	140

<b>Ляш О. П.</b> ПСИХОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЮНАКІВ	145
<b>Мамонтова М. В.</b> МАНІПУЛЯТИВНІ ВПЛИВИ ЯК ВИКЛИК НА ЖИТТЄВОМУ ШЛЯХУ ЛЮДИНИ	148
<b>Мартолог Н. В.</b> РОЗВИТОК ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ У СІМЕЙНОМУ ВИХОВАННІ	151
<b>Могіляста С. М.</b> ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКА	155
<b>Мороз А. П.</b> ДО ПРОБЛЕМИ ПРОЯВУ ДЕПРЕСІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	160
<b>Мохній О. І.</b> ДО ПРОБЛЕМИ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	164
<b>Мудрик О. С., Гусєв В. М., Калюжний Є. В.</b> ОСНОВНІ СУЧАСНІ ЧИННИКИ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ, ЯКІ НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ	167
<b>Оверчук В. А.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СТИГМАТИЗАЦІЇ ОСІБ З МЕНТАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ	172
<b>Пузь І. В.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК	175
<b>Резніченко О. О.</b> ДО ПРОБЛЕМИ СТАХІВ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	179



<b><i>Рудницька С. Ю.</i></b>	183
ЗДАТНІСТЬ ДО САМОПРОЕКТУВАННЯ ЯК ОЗНАКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	
<b><i>Савченко Т. Л.</i></b>	187
СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ДОСЛІДЖЕННЯ УВАГИ – ТЕОРІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ВПЛИВ СЕЗОНІХ ТА ДОБОВИХ ЗМІН	
<b><i>Сафін О. Д.</i></b>	192
ГАРМОНІЗАЦІЯ СМИСЛОВОЇ СФЕРИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ДІАЛЕКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ	
<b><i>Сергет І. В.</i></b>	196
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
<b><i>Сидоренко Ж. В.</i></b>	200
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	
<b><i>Тептюк Ю. О.</i></b>	204
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ВІКОВИМ КРИТЕРІЄМ	
<b><i>Туркова Д. М.</i></b>	208
КЕЙСИ СІМЕЙНОЇ СОЦІОГРАМИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ, ЩО МАЮТЬ ПРОБЛЕМИ З ІДЕНТИФІКАЦІЄЮ ТІЛЕСНОГО Я	
<b><i>Фомич М. В.</i></b>	213
АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ ТА НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ РИЗИКОНЕБЕЗПЕЧНИХ ПРОФЕСІЙ	
<b><i>Хуртенко О. М.</i></b>	217
ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ФІТНЕС-ЙОГОЮ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СТУДЕНТОК СМГ	

<b>Чепелєва Н. І.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ	221
<b>Шаганов П. Ф.</b> КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ СПАЙКОВІЙ ХВОРОБІ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ	224
<b>Шведова К. І., Шевченко Є. О.</b> ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ У ЗОНІ ООС	227
<b>Шевченко Є. О.</b> ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ. РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ЯК ФАКТОР БЕЗПЛІДДЯ	231
<b>Шпортун О. М., Гнатенко Н. А.</b> ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ (ЗА ДАНИМИ ВЛАСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)	235
<b>Шудрікова Н. В.</b> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ	240
<b>Яланська С. П.</b> ТОЛЕРАНТНІСТЬ ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	244
<b>Ярецька В. В.</b> МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	247

## **РЕПРОДУКТИВНА ПОВЕДІНКА ТА ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ: НОВІ ВИМІРИ СЬОГОДЕННЯ**

***В. М. Астахов,***

*доктор медичних наук, професор,*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Системна криза відтворення населення, результатом якої є депопуляція, сьогодні має місце як в Україні, так і в багатьох країнах світу. Особливістю сучасної кризи є системність, оскільки серед її складових спостерігається не тільки зниження народжуваності, погіршення загального і репродуктивного здоров'я населення (в першу чергу жіночого), збільшення перинатальних ускладнень та втрат і т.п., а також зміна репродуктивних установок і репродуктивної поведінки, уявлень про сім'ю та шлюб, гендерна трансформація.

Актуальність зусиль, спрямованих на підвищення народжуваності, спонукає до вирішення широкого кола проблем, пов'язаних з дослідженням закономірностей репродуктивної поведінки, що є неможливим без методологічного обґрунтування шляхів і методів управління процесом відтворення населення для якнайшвидшого подолання негативних тенденцій демографічного розвитку країни.

Сьогодні при складанні будь-яких популяційних прогнозів вважається некоректним простий перенос наявних демографічних тенденцій на ситуацію майбутнього. Доцільним, на думку фахівців, є всебічна оцінка психологічних, соціальних, економічних факторів реальної динаміки репродуктивної поведінки населення, а також дослідження факторів, що детермінують репродуктивну поведінку і особливості її реалізації на різних етапах онтогенезу особистості.

Загальноприйнятим є визначення репродуктивної поведінки, як психофізіологічної діяльності особистості, що представляє собою послідовність низки психічних компонентів (репродуктивні потреби, установки, мотиви, інтереси, плани, дії, результати дій), а показниками ефективності репродуктивної поведінки є результати репродуктивних дій, зокрема, факти народження або ненародження дітей; особливості застосування методів планування вагітності; ставлення до незапланованої

вагітності і реалізація батьківства; особливості статевого життя і взаємини з партнером; стан репродуктивного здоров'я в цілому [1].

Сьогодні відбувається стійка трансформація уявлень щодо репродуктивної поведінки та інституту сім'ї в цілому, що супроводжується зміною як психосоціальних основ сучасної сім'ї, так і зниженням її репродуктивного потенціалу. Такий стан речей став можливим внаслідок низки глобальних масових і незворотних процесів останніх десятиріч, серед яких:

- відокремлення сексуальності від репродукції;
- ослаблення зовнішнього контролю за поведінкою підлітків з боку сім'ї, церкви, громади та держави;
- зниження віку сексуального дебюту;
- відокремлення сексуальності від матримоніальної поведінки;
- включення сексуальності в високу культуру, легалізація та розповсюдження сексуального дискурсу;
- індивідуалізація і плюралізація сексуальних сценаріїв;
- ослаблення гендерної поляризації установок і поведінки;
- нормалізація нерепродуктивної сексуальності;
- лібералізація чуттєвості і сексуального бажання і т.п.

Трансформація репродуктивної поведінки відбувається також на тлі активних гендерних змін, які мають місце у сучасному суспільстві, тому, розглядати означену проблему без урахування такого поняття як гендерна ідентичність є недоцільним.

Гендерна ідентичність зазвичай розглядається як переживання власної відповідності гендерним ролям, тобто сукупності соціальних норм і стереотипів поведінки, характерних для представників або представниць певної статі (або таким, що приписуються представникам та представницям певної статі суспільно-історичною чи соціокультурною ситуацією). Гендерна ідентичність залежить в основному від соціальних факторів, а не від біологічної природи людини, при цьому вважається, що для зрілої особистості гендер стає заміною статі. Більшість характеристик і властивостей, що утворюють гендерну ідентичність, культурно обумовлені, а серед чинників, які є найбільш значущими для формування гендерної ідентичності, можна виокремити: сімейно-побутові звичаї, включаючи, в першу чергу, статеві ролі і очікування щодо шлюбу та батьківства; релігійно-побутові традиції; діяльність різноманітних установ, у тому числі й освітніх; особливості роботи засобів масової інформації.

Не можна не зазначити, що трансформація уявлень щодо репродуктивної поведінки та загалом інституту сім'ї впливають на стабільність сім'ї з повноцінною реалізацією функцій, в тому числі репродуктивної [1, 2]. При цьому, особливості реалізації репродуктивної функції є найважливішим індикатором якості життя індивіда, сім'ї та суспільства в цілому, а порушення репродуктивної функції із зниженням репродуктивного потенціалу є не тільки медичною, а й психосоціальною проблемою.

Таким чином, дослідження проблеми становлення репродуктивної поведінки та реалізації репродуктивних дій без висвітлення гендерних питань на сьогоднішній день є методологічно некоректним і практично неможливим. Трансформація гендерної ідентичності на сьогоднішній день процес об'єктивний і неминучий. Усвідомлення даного феномена дозволяє особистості гармонійно конструювати свій внутрішній світ, ефективно соціалізуватися, відкриваючи нові перспективи розвитку, а відповідним фахівцям всебічно цьому допомагати.

Покоління, що становлять демографічний потенціал суспільства, особливо молодь, яка стоїть на порозі формування репродуктивної поведінки та шлюбних відносин, повинні мати новий погляд на роль сім'ї і дітей в житті конкретного індивіда, подружньої пари і суспільства в цілому. Формування цих нових поглядів і цінностей – одна з головних задач державної політики, вирішення якої неможливо без консолідації зусиль психологів, соціологів, лікарів, демографів, педагогів, державних і громадських діячів.

### *Література*

1. Астахов В. М., Бацилева О. В. Статеве виховання та підготовка до шлюбу як шлях до формування адекватної репродуктивної поведінки. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2012. Т. II, № 4(6). С. 7-14.
2. Бацилева О. В. Психологія репродуктивного здоров'я: медико-психологічні та соціальні аспекти. Донецьк: Донбас. 2011. 236 с.

## **НЕРВОВО-ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ ЯК КРИТЕРІЙ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ АНТАРКТИКИ**

*Л. М. Бахмутова,  
аспірант, науковий співробітник,  
Державна установа Національний антарктичний  
науковий центр МОН України*

Скринінг та оцінка психологічного здоров'я є невід'ємною частиною психологічних тестів перед будь-якою тривалою полярною експедицією. Державна установа Національний антарктичний науковий центр (ДУ НАНЦ) МОН України регулярно проводить психологічне оцінювання претендентів на участь в річних українських антарктичних експедиціях на станції «Академік Вернадський». Психологічна оцінка кандидатів на зимівлю акцентується на питаннях психологічного здоров'я та соціальної взаємодії в умовах малої ізольованої групи. Важливим компонентом такого відбору є визначення здатності особистості до сумісної діяльності в екстремальних умовах та адаптації до соціально ізольованого середовища[1], [3].

Погодні умови, тривала полярна ніч та фізична ізоляція від решти світу, у поєднанні зі складним (або майже неможливим) порятунком та евакуацією в надзвичайних ситуаціях створює велику психологічну напругу для кожної людини. До роботи на УАС «Академік Вернадський» залучаються фахівці різних напрямів наукової діяльності (біологи, геофізики, метеорологи, радіофізики), технічний персонал, лікар і кухар. Протягом року вони разом працюють, вирішують побутові проблеми та відпочивають. Така команда потребує здорових міжособистісних стосунків. З метою попередження несприятливих психофізіологічних, психологічних та соціальних результатів в ДУ НАНЦ МОН України проводиться широкий спектр психологічного оцінювання претендентів з використанням певного набору психологічних інструментів [1], [3].

Індивідуально-психологічні особливості кожного зимівника є прогностичними показниками соціальної адаптації та працездатності в екстремальних умовах. Психологічні дослідження полярних експедицій доводять, що «ідеальна» особистість для довгострокових експедицій – це люди з низьким рівнем невротизму, та високим рівнем емоційної стабільності. Вони можуть бути інтровертованими, але соціально

комунікабельними у замкненій групі, з низьким попитом на широку соціальну активність, чутливі та толерантні до інших людей [2].

Світова практика полярних експедицій протягом останніх ста років підтверджує виникнення психічних симптомів під час тривалих місій до циркумполярних областей. Це було описано з часів експедицій полярних першовідкривачів на початку 19-го століття. Наприклад, майже весь екіпаж експедиції наукового судна «Бельжіка», яке перше в історії зимувало в людовому полоні Антарктики, зазнавав депресивних симптомів різного ступеню протягом тривалої полярної зими [1], [2]. Однак, офіційно психологічні проблеми в полярних умовах почали вивчати лише в останні десятиліття. Дослідниками виявлено, що частота психічних розладів DSM-IV склала 5,2% серед учасників низки експедицій в Антарктиду (було обстежено 220 чоловіка та 93 жінки) [5]. Порушення настрою були найпоширенішими: 30% від усіх діагнозів; розлади, пов'язані зі сном становили 21%, на розлади особистості припадало 12%. [6] Психічні симптоми, які зустрічаються найчастіше у зимівників, включають порушення сну, соматичні симптоми (втома, головні болі), порушення когнітивних здібностей (пам'яті, уваги, мислення). Негативний вплив екстремальних умов та відносної ізоляції викликають депресію, гнів, тривожність. Виникають міжособистісні конфлікти та дратівливість по відношенню до колег [3], [6]. Виявлено залежність зміни настрою і афективних розладів від сезонних коливань [7].

З метою забезпечення повноцінного функціонування та ефективної міжособистісної взаємодії у малій групі українських зимівників, кожен претендент повинен відповідати достатньому рівню нервово-психологічної стійкості (НПС). За методикою визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації в стресі «Прогноз», нами отримано психологічні характеристики кожного зимівника. Ця методика дозволяє виявити окремі ознаки особистісних порушень, а також оцінити ймовірність їх розвитку і проявів у процесі міжособистісної взаємодії. Особливо інформативною є ця методика при відборі осіб, придатних для професійної діяльності в особливих, та екстремальних умовах, де до людини пред'являються підвищені вимоги.

У результаті аналізу описових статистик програмою SPSS17, проведено якісний відбір команди зимівників, де оцінка НПС становить 6-8 балів та відповідає «хорошому» рівню, прогноз сприятливий, зриви мало вірогідні. 83,3% відібраних претендентів мають саме «хороший» прогноз. 16.7% команди мають «високий» рівень НПС, зриви майже не вірогідні –

прогноз дуже сприятливий. Особи з «незадовільним» та «задовільним» рівнями до складу команди не включаються.

Всередині зимівлі проводиться друге дослідження рівня НПС. Саме в цей час нами виявлено зниження рівня НПС. У 8,3% зимівників з'являється «задовільний», тобто малосприятливий прогноз та зникає «високий», тобто дуже сприятливий рівень НПС. Зниження рівня НПС обумовлено впливом природних чинників та умов ізоляції. Проте, «хороший» рівень НПС зберігся та зріс до кінця зимівлі завдяки психологічній підготовці і супроводу за розробленою нами програмою «Психологічне забезпечення діяльності зимівників українських антарктичних експедицій».

Психологічна програма в цілому спрямована на формування у команді полярників злагодженої міжособистісної взаємодії у професійній, побутовій та сфері дозвілля, позитивного психологічного благополуччя та осмисленості життя. Ефективна міжособистісна взаємодія пов'язана з високим рівнем самоефективності, професійними досягненнями, глибиною взаєморозуміння та поліпшенням стосунків з колегами у малій групі. Позитивний психологічний ефект у сфері міжособистісної взаємодії зимівників УАЕ отриманий завдяки якісному відбору фахівців з відповідним рівнем НПС та оптимальній соціально-психологічній підготовці групи до експедиції.

Перспективність психологічних досліджень малих колективів довготривалих полярних експедицій полягає у подальшому вдосконаленні системи міжособистісної взаємодії фахівців в складних ізольованих середовищах з урахуванням як негативних, так і позитивних аспектів діяльності для досягнення максимальної ефективності.

### *Література*

1. Бахмутова Л. М. Особливості динаміки самоефективності діяльності зимівників українських антарктичних експедицій. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2018. № 2 (13). С. 15-24.
2. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини. К. : Міленіум, 2004. 265 с.
3. Моїсеєнко Є. В., Мірошніченко О. А. Конфлікти та шляхи їх попередження у працюючих в умовах ізольованої групи: навчально-методичний посібник. Житомир: «Видавництво Житомирського державного університету імені Івана Франка», 2013. 171 с.



4. Leon GR, Sandal GM, Larsen E. Human performance in polar environments. *J Environ Psychol* 2011;31:353-60.
5. Palinkas LA, Glogower F, Dembert M, Hansen K, Smullen R. Incidence of psychiatric disorders after extended residence in Antarctica. *Int J Circumpolar Health* 2004;63: 157-68.
6. Lugg DJ. Behavioral health in Antarctica: implications for long-duration space missions. *Aviat Space Environ Med* 2005;76 Suppl 6:B74-7.
7. Rosen L, Knudson KH, Fancher P. Prevalence of seasonal affective disorder among U.S. Army soldiers in Alaska. *Mil Med* 2002; 167: 581

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД У КЛІНИЦІ РЕПРОДУКТИВНОЇ МЕДИЦИНИ: ЗНАЧЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

***О. В. Бацилєва,***

*доктор психологічних наук, професор,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Сучасна репродуктивна медицина є галуззю, яка стрімко розвивається та покликана займатися вирішенням проблем відновлення і збереження репродуктивного здоров'я індивіда і суспільства в цілому, планування сім'ї та народження здорових дітей, в тому числі з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Репродуктивна медицина, як мультидисципліна, охоплює всі сторони людського життя – фізіологічну, психологічну, соціальну – які спільно задіяні в очікуванні і настанні вагітності, виношуванні і народженні здорової дитини навіть при значному зниженні фертильних можливостей подружньої пари.

Використання сучасних допоміжних репродуктивних технологій (в тому числі донорства, сурогатного материнства) з метою вирішення багатьох суто репродуктивних питань, призводить до зміни еволюційно створеної послідовності реалізації репродуктивної функції, що у свою чергу сприяє виникненню специфічних психологічних проблем, які викликають порушення психологічного здоров'я жінки і подружньої пари, оскільки стають додатковим стресогенним фактором. Навіть саму тривалу відсутність можливості реалізації репродуктивної функції при безплідді різного генезу слід розглядати як ситуацію хроніотресу, наявність якого

може призводити до психологічного дискомфорту, порушення особистісного розвитку, внутрішньосімейних конфліктів, зниження соціальної адаптації особистості, і як наслідок – до негативних демографічних тенденцій у суспільстві.

Загальновідомо, що стрес, як адаптивна реакція організму, розвивається у відповідь на вимоги з боку навколишнього середовища або патологічних процесів всередині функціональних систем самого організму, та є невід'ємною частиною життя людини. Один із засновників вчення про стрес та загальний адаптаційний синдром Г. Сельє наполягав, що якби людина не відчувала стресових ситуацій, вона би не вижила як вид. Однак, на відміну, хроніострес, як реакція організму на тривалий час існуючий або часто повторюваний подразник, що супроводжується зниженням або відсутністю компенсаторно-приспосувальних реакцій функціональних систем, призводить до розвитку патологічних процесів як на фізіологічному, так і психологічному рівні.

Чим же зумовлений тісний взаємозв'язок стану репродуктивної системи та наявністю хроніостреса?

Цікаво, але сама репродуктивна система активно реагує на наявність стресової ситуації, в яку потрапляє організм, шляхом тимчасового зниження або навіть припинення своєї функції. При цьому відбувається перерозподіл ресурсів (кровопостачання, енергетичних, метаболічних, нейрогуморальних) на користь тих функціональних систем, які забезпечують адаптацію і виживання в умовах хроніостресу.

Нейроендокринна система, яка в нормі забезпечує регуляцію репродуктивної функції, в той же час першою реагує на будь-які подразники та генерує відповідні компенсаторно-приспосувальні реакції функціональних систем. Це пояснює високий рівень залежності стану репродуктивної системи від психологічних факторів. У свою чергу відомо, що рівень статевих гормонів, в значній мірі визначає стан психіки і поведінки людини.

В жіночому організмі стрес-реакція має свої особливості. Так, згідно із статистичними даними, у жінок стресові розлади зустрічаються в три рази частіше, ніж у чоловіків; також встановлено, що рівень жіночих статевих гормонів визначає характер реакції на стрес і стан психоемоційної сфери жінки, тобто ці параметри можуть змінюватися залежно від віку, фази оваріального циклу, загального стану репродуктивної системи. Також відомо, що гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозна система, яка забезпечує розвиток стрес-реакції, може

істотно порушувати функцію жіночої репродуктивної системи на всіх рівнях, а обумовлені стресом зміни зберігаються досить тривало навіть після закінчення дії стресогенного чинника.

Тривала відсутність бажаної вагітності, невдалі спроби використання допоміжних репродуктивних технологій та навіть настання з їх допомогою очікуваної вагітності, є кризовими, а значить потенційно стресогенними, ситуаціями у житті жінки, які висувають підвищені вимоги до її функціонування не тільки на фізіологічному, але також на психологічному і соціальному рівнях. Так, та фізіологічному рівні відбувається напруження (а іноді й погіршення) діяльності всіх функціональних систем організму, на психологічному – виявляється затримка переходу на новий рівень особистісного розвитку жінки (формування материнської сфери, дитячо-батьківських і нових сімейних відносин) з можливістю формування в подальшому девіантної материнської поведінки, на соціальному – спостерігаються складнощі у прийнятті нових соціальних ролей, зміни кола спілкування, особливостей взаємин з близьким і далеким оточенням.

Слід також зазначити, що додатковими факторами ризику розвитку хроніостресу у даної категорії жінок виступають наявні супутні нейроендокринні порушення, емоційна лабільність, внутрішньосімейні міжособистісні проблеми, недостатній рівень соціальної захищеності та низьке матеріальне забезпечення (що, до речі, значно лімітує можливості використання допоміжних репродуктивних технологій).

Варто враховувати, що стресогенність тих чи інших факторів залежить не стільки від особливостей самих чинників, скільки від реакції на них конкретного індивіда. Відповідно дієвим може бути або ослаблення дії потенційно стресогенних факторів (що не завжди є можливим внаслідок об'єктивних обставин), або оволодіння ефективними формами реагування і поведінки у відповідних умовах життєзабезпечення.

На сьогоднішній день у репродуктивній медицині приділяється велика увага суто медичній складовій і при необхідності надається всеосяжна допомога лікарями, перш за все акушерами-гінекологами, репродуктологами, ендокринологами. При цьому, питання психологічного супроводу та соціальної адаптації на сьогоднішній день вирішуються не цілеспрямовано, а спорадично, найчастіше без залучення фахівців і використання відповідних технологій і методів.

Багаторічний досвід роботи у даному напрямку дозволяє говорити про ефективність використання, на всіх етапах роботи, різноманітних, спеціально підібраних у кожному конкретному випадку, психотехнологій –

психологічне консультування і інформування, психологічна корекція, соціально-психологічна адаптація. Особливе місце займає комплексна психодіагностика (в першу чергу діагностика індивідуально-психологічних особливостей особистості жінки, стану емоційної сфери та особливостей ставлення до ситуації майбутньої вагітності та материнства), яка дозволяє не тільки більш коректно виявити особливості патогенезу на етапі постановки клінічного діагнозу та формування особистісно спрямованої програми допомоги, а й додатково контролювати її ефективність під час реалізації.

Таким чином, в сучасних умовах, коли хроніострес став частиною повсякденного життя, еволюційно сформована пристосувальна реакція часто призводить до формування патології репродуктивної сфери, знижує якість життя і фертильність жінки, а репродуктивна система, як і весь організм, піддаються системним ушкоджувальним процесам.

Сучасний рівень надання допомоги жінці в клініці репродуктивної медицини на всіх етапах вимагає комплексного підходу, що включає не тільки високопрофесійне медичне спостереження, а й індивідуальний психологічний супровід з використанням відповідних технологій. Впровадження такого підходу і реалізація узгодженої роботи фахівців медичного та психологічного профілю, безсумнівно, дозволить більш ефективно реалізовувати основні завдання репродуктології, сприяючи вирішенню не тільки суто медичних, а й важливих психосоціальних проблем, що стоять перед сучасним суспільством.

## **МАТЕРИНСЬКИЙ СТРЕС ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ**

***М. К. Білоус,***

*студент 5 курсу медичного факультета*

***В. Є. Клебан,***

*студентка 5 курсу медичного факультета*

***В.Ю. Жук,***

*кандидат медичних наук, асистент*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

В останнє десятиліття в результаті вдосконалення ведення вагітності та методів розродження, впровадження в акушерську практику новітніх

діагностичних приладів і методик намітилася тенденція до зниження числа ускладнень вагітності та пологів, перинатальної і материнської захворюваності та смертності. Однак, дотепер при веденні вагітності лікарі акушери-гінекологи не завжди враховують психологічні аспекти стану жінки: психоемоційний статус та його зміни в процесі гестації, ставлення жінки до вагітності, майбутніх пологів і до дитини, взаємини в сім'ї, на роботі і т.п. За даними клінічних психологів і психотерапевтів саме психологічні проблеми є підґрунтям багатьох соматичних захворювань і можуть з'явитися етіологічним фактором виникнення акушерських ускладнень [1].

У 2012 році були опубліковані дані про поширеність материнського пренатального стресу (МПС) у вагітних. У перехресному дослідженні 1522 вагітних жінок різних національностей з різним економічним статусом, які отримували допологову допомогу в університетській акушерській клініці в Сіетлі (США), МПС був зареєстрований як низький або помірний у 78% і високий у 6% учасниць. Високий рівень МПС був пов'язаний з депресією, панічними розладами, вживанням наркотиків, насильством в сім'ї, наявністю коморбідних захворювань [2].

У іншому дослідженні ретроспективно було встановлено, що серед 14 тис. вагітних частота депресії становила 11,8% і 13,5% на 18-й і 32-й тижні вагітності відповідно [3].

Мета нашої роботи стало вивчення, за основі аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури за останні роки, впливу стресу під час вагітності на матір і плід і його наслідки.

Загальновідомо, що стрес (від англ. stress – навантаження, тиск, напруга) є неспецифічною (загальною) реакцією організму на вплив (фізичний або психологічний), що порушує його гомеостаз, а також стан нервової системи організму або організму в цілому [4].

Проблема стресу набула першорядного значення в житті сучасної людини, а частота психологічного стресу безперервно збільшується. Для сучасної людини стан стресу стало практично нормою. Він набуває масштабів епідемії і являє собою основну психологічну проблему сучасного суспільства. Велика кількість гострих і хронічних стресів безпосередньо впливають на здоров'я людей. Вагітність є дуже чутливим періодом для психічного життя матері. Сам стан вагітності вносить серйозну зміну до способу життя жінки, її самовідчуття, сприйняття світу і самої себе в цьому світі, і також в її емоційного життя. Навіть для тих жінок, які планували вагітність, вона є стресовою ситуацією. Додаткові

навантаження, які лягають на плечі вагітної порушують формування «домінанти вагітності», яка забезпечує нормальний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду [1, 4].

Доведено, що провідними гормонами, що формують стресову реакцію є адреналін і норадреналін. Інший важливий клас гормонів реакції на стрес –глюкокортикоїди, серед яких найбільш відомим є кортизол, який покликаний допомагати організму вистояти в стресовій ситуації. Підвищений рівень кортизолу може бути пов'язаний не тільки з явною небезпекою для людини, але і з деякими змінами в умовах життя, які організм сприймає як небезпеку. У відповідь на стрес активуються відповідні залози внутрішньої секреції, при цьому знижується секреція різних гормонів репродуктивної системи, таких як естроген, прогестерон і тестостерон [5].

Кортизол відіграє провідну патогенетичну роль у розвитку МПС через високу ліпофільності. Теоретично він може легко проходити через плацентарний бар'єр і досягати плода. Однак плацента динамічно регулює кількість кортизолу, яке досягає організму плода [6]. Тільки невеликий відсоток кортизолу, що потрапляє в плаценту під час МПС, зможе проникнути в кров плода (приблизно 10-20%). Проте через початково низький нормальний рівень кортизолу у плода потрапляння навіть такої невеликої кількості може значно збільшити концентрацію глюкокортикоїду в крові плоду, тим самим пригнічити активність гіпоталамо-гіпофізарно наднирникової осі (ГГНО) плода і вплинути на його нормальне дозрівання. З іншого боку, підвищений рівень материнського кортизолу може стимулювати вироблення плацентарного кортикотропін-релізінг фактору з подальшою стимуляцією ГГНО плода і збільшенням у нього рівня кортизолу [4].

Вченими з німецького університету Гейдельберга було обстежено 319 новонароджених і матерів – велось спостереження за рівнем стресу у матері, а потім брали зразки слини і пуповинної крові для аналізу ДНК [7]. Результати показали, що у дітей матерів, які зазнали підвищений психосоціальний стрес під час вагітності, були виявлені більш короткі теломери, що є ознакою старіння. Слід зазначити, що теломери – це ковпачки на кінці хромосом, які захищають ДНК від пошкоджень і поломок з плином часу. Люди з більш короткими теломерами більш схильні до захворювань, і тому вважається, що вони старіють «швидше», ніж однолітки з більш довгими теломерами. Цікаво, що у немовлят матерів, які страждали від тривалого стресу до настання вагітності більш

коротких теломер виявлено не було. Це виявлялося тільки в тих випадках, якщо рівень стресу підвищувався під час вагітності.

Таким чином, у багатьох жінок вагітність настає в стані хронічного стресу, тому дуже важливо, щоб жінка могла отримати необхідні знання про перебіг вагітності, про свій психологічний стан і отримати адекватну психологічну підтримку. Стрес має прямий вплив на гормональний баланс організму, що під час вагітності відіграє значущу роль, особливо в сумачії з екстрагенітальною патологією, і може призводить до значного обтяження перебігу вагітності, пологів та адаптації плода та новонародженого. Тому доцільним є приділення відповідної уваги дослідженню психоемоційного стану вагітної задля мінімізування ймовірність ускладнень в подальшому.

### *Литература*

1. Добряков И.В., Психология беременности, родов и послеродового периода. 2005.
2. Beijers R., Buitelaar J.K., de Weerth C. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014.
3. Evans J., Heron J., Francomb H. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. 2015.
4. Резников А.Г., Пищак В.П., Носенко Н.Д. и др. Пренатальный стресс и нейроэндокринная патология. Черновцы: Медакадемия; 2004.
5. Elwenspoek M.M.C., Kuehn A., Muller C.P., Turner J.D. The effects of early life adversity on the immune system. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;82:140–154.
6. Morel Y., Roucher F., Plotton I. et al. Evolution of steroids during pregnancy: Maternal, placental and fetal synthesis. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2016
7. Sandman C.A., Glynn L., Schetter C.D. et al. Elevated maternal cortisol early in pregnancy predicts third trimester levels of placental corticotropin releasing hormone (CRH): priming the placental clock. *Peptides*. 2006.

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МОЛОДШОГО ШКОЛЯРА

*П. С. Беседа,  
аспірант кафедри загальної,  
вікової та практичної психології,  
Полтавський національний педагогічний університет  
імені В. Г. Короленка*

У сучасних умовах життя, коли Україна йде шляхом євроінтеграції, особливої ваги набуває екологічна свідомість людини. Маючи позитивний приклад ековідповідальності суспільства країн Західної Європи, Канади, Австралії, настав час усвідомлення впливу на довкілля, переходу від споживчого способу життя до екологічного та збалансованого сталого розвитку. Виникає гостра необхідність підтримки даної проблеми на державному рівні та створення передумов для формування екопсихологічної культури цілих поколінь.

На сьогодні буденна практика випереджає наукову складову екопсихологічної культури. Одним із значущих поштовхів для осмислення та започаткування наукової діяльності в рамках екології та психології став вибух на Чорнобильській атомній електростанції. Минуло 33 роки, а екологічна ситуація в країні значно погіршується. І це є світова тенденція – знищення екології.

Тенденції останніх десятиріч показують послідовного збільшення впливу людини на природу і, що головне, цей вплив став практично не контрольованим і майже не прогнозованим. Крім того, з'являється чітке усвідомлення, що вирішити екологічні проблеми тільки на основі законодавчої бази або за допомогою економічних підходів швидко не вдається. Суспільству сьогодні потрібні виховані, грамотні та культурні в екологічному відношенні люди.

Екологічні проблеми, досягши планетарного масштабу, утворюють нову соціальну реальність. Їхнє розв'язання залежить першочергово від рівня екологічної культури населення. Екологічні знання, навички, переконання сьогодні особливо необхідні для виховання нового ціннісного ставлення до природи, розвитку світоглядної свідомості людини.

Саме тому необхідно розробити чітку послідовність дій на відновлення позитивної динаміки екологічних процесів та створити передумови для розуміння та усвідомлення молодшими школярами



взаємодії людини та довкілля, переживання цих впливів та відповідних ставлень.

Дітям молодшого шкільного віку властива унікальна єдність знань і переживань, які дозволяють говорити про можливість формування у них надійних основ відповідального ставлення до природи. Тому потрібно формувати екологічну відповідальність молодших школярів не тільки в процесі навчання, а й в грі та пізнанні середовища. З цього випливає необхідність у, так званому, екологічному вихованні, що передбачає свідоме і бережливе ставлення до природи, яке має формуватися з дитинства у сім'ї та школі, за умови активного формування екологічної культури та накопичення систематичних знань у цій галузі [2, 3, 4].

Екологічне навчання і виховання – це психолого-педагогічний процес, спрямований на формування у людини знань наукових основ природокористування, необхідних переконань і практичних навичок, певної орієнтації та активної життєвої позиції в галузі охорони, збереження і примноження природних ресурсів [1, 2].

Головним завданням екологічної освіти сучасної школи можна вважати:

- засвоєння наукових знань про взаємозв'язок природи, суспільства і людської діяльності;
- розуміння багатогранної цінності природи для суспільства в цілому і кожної людини зокрема;
- оволодіння нормами правильної поведінки в природному середовищі;
- розвиток потреби спілкування з природою;
- активізація діяльності щодо охорони й поліпшення навколишнього середовища [2].

Результатом екологічного навчання і виховання є формування екологічної культури. Науковець Г. Пустовіт у контексті екологічної освіти і виховання учнів в основу поняття «екологічної культури» покладає діяльнісний підхід і вважає екологічну культуру предметом, який у процесі філософського розгляду відображає взаємозв'язки і взаємозалежності в системі «природа - людина - суспільство». Серед важливих властивостей «екологічної культури» дослідник виокремлює її нормативно-обмежуючу спрямованість щодо дій особистості у процесах природокористування, виходячи з рекреаційних і тимчасових можливостей самовідновлення живих систем. Саме цими властивостями екологічна культура відрізняється від інших духовних форм освоєння природи [2]

З усвідомленням того, що формування екологічної культури є одним із основних завдань в процесі подолання суперечностей в системі «суспільство-природа», з'явилися дослідження екологічної культури, які мають загальнотеоретичне та методологічне значення. Серед них роботи Г. Пустовіт, Н. Реймерса, А. Захлебного, С. Соловйова, В. Сенкевіча та ін. [1, 2]

Отже, екологічна культура набуває пріоритетності в сучасному світі. Але, на жаль, в Україні є недооцінка дійсної ролі екологічної освіти, формування екологічної культури. У формуванні екологічної свідомості особистості відповідальна роль належить саме початковій школі, яка є однією з перших ланок становлення громадянина.

### *Література*

1. Кисельов М. М. Екологічна свідомість як феномен освітянського процесу. Київ: Філософська думка, 2005.
2. Крисаченко В.С. Екологічна культура: теорія і практика. Київ: Заповіт, 1996.
3. Салтовський О. І. Основи соціальної екології. Київ: МАУП, 1997.
4. Злобін Ю.А. Основи екології . Київ: Лібра, ТОВ 1998.

## **СІМЕЙНЕ НАСИЛЛЯ, ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНОЇ РЕАЛЬНОСТІ**

***Т. О. Більо,***

*магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Сучасна соціально-політична та побутова реальність демонструє зростання насильства у всіх його видах і формах, як на рівні суспільства і державних інститутів, так і на рівні індивідуальної свідомості. Гостро актуальною на сьогодні залишається проблема насильства в сім'ї, яке визнано світовою громадськістю однією з найбільш поширених у світі форм порушення прав людини.

Сімейне насильство неможливо пояснити лише економічними негараздами, бідністю чи алкоголізмом. Ці чинники посилюють агресивну поведінку домашніх насильників, утім не є її причинами. Насправді

насильство в сім'ї як соціальне явище існує давно і широко розповсюджене у всьому світі незалежно від етнічних, расових, класових, релігійних та економічних особливостей країн. В Україні воно набуває все більшого масштабу, про що свідчать як офіційна статистика, так і результати наукових досліджень таких авторів як І. А. Грабська, А. Б. Орлов, Л. Н. Собчик, О. Д. Шинкаренко, В. А. Захожа. Так, за даними Української Гельсинської спілки з прав людини сьогодні на обліку органів внутрішніх справ за вчинення насильства в сім'ї перебуває більше 93 тисяч осіб [1]. Щородини мінімум 15 жінок стають жертвами насильства у сім'ях. У цілому, згідно із статистичними даними, 68% жінок в Україні зазнають знущань у сім'ї. Вони страждають від домашнього насильства частіше, ніж від пограбувань, звалтувань чи автомобільних катастроф разом узятих. Так 35-50% жінок, які потрапляють у лікарні з тілесними травмами – це жертви домашньої тиранії [1]. Утім, слід враховувати, що офіційна статистика не відображає реальної картини поширення домашнього насильства, адже й досі відсутня державна система збору і обробки інформації про факти насильства в сім'ї. Відомча статистика, що забезпечується Міністерством соціальної політики та Міністерством внутрішніх справ, формується з різних джерел і не розрізняє випадки за видами насильства, які зазначені в законі України «Про попередження насильства в сім'ї» та ухвалені Верховною Радою у 2001 р. [2].

Прагнення зрозуміти витоки насильства в сім'ї, його природу актуалізує та об'єднує зусилля сучасних психологів, соціологів, соціальних працівників, представників правоохоронних органів у пошуку форм, методів попередження насильницької поведінки, надання допомоги його жертвам. Усвідомлення того, що насильницька поведінка призводить до руйнівних наслідків, висуває альтернативу – політику ненасильства як шляху до діалогу, компромісу, досягнення консенсусу, злагоди як на рівні суспільства, так і окремої сім'ї. Саме це активізує інтерес до вивчення і впровадження різних технологій допомоги жертвам насильства, з одного боку, та корекційних програм для винуватців, які вчиняють насильство в сім'ї, – з іншого.

Насильство в сучасній соціології і політичній філософії розглядається, як системне явище, одне з джерел якого – суспільні відносини. Усі ці теоретичні підходи легко застосовуються до поняття патріархату і гендерно зумовленого насильства як його неодмінного складника. Подолати патріархат і перейти до феміністської утопії без

насильства й дискримінації можливо, якщо усвідомлювати, як цю систему насильства сконструйовано [5].

Одна з найновіших соціологічних праць – «Насильство: мікросоціологічна теорія» Рендала Коллінза. У фундаментальній праці автор розглядає мікрорівень більше як 30 різних видів насильства, зокрема домашнє насильство, і розбирає сценарії, за якими відбуваються конфлікти. Серед форм партнерського насильства Р.Коллінз виділяє короткострокове гендерно симетричне насильство і довгострокове з домінуванням чоловіка [3].

Ключовими суб'єктами діяльності із подолання насильства в сім'ї в Україні є громадські організації. Їх діяльність в основному зорієнтована на надання допомоги жертвам такого насильства, зокрема моніторинг спеціальних закладів та установ, в яких надають допомогу постраждалим від насильства в сім'ї, робота Національної «гарячої лінії» із запобігання насильству та захисту прав дитини, консультанти якої надають інформаційні, психологічні та правові консультації [4].

За даними дослідження МДОУ [3], досвід жінок щодо насильства в сім'ї пов'язаний з її сімейним станом: 38% жінок, які розлучилися або живуть окремо, і 19% вдів повідомили про те, що переживали фізичне насильство з часу, коли їм виповнилося 15 років, при цьому частки жінок, які колись не перебували у шлюбі і зараз перебувають у шлюбі жінок становлять 8% і 15% відповідно. Досвід фізичного насильства у жінок з часу, коли їм виповнилося 15 років, і за останні 12 місяців монотонно підвищується з кількістю живих дітей, яких має жінка. Сільські жінки частіше, ніж міські жінки мали досвід насильства з часу, коли їм виповнилося 15 років (19% проти 16%), і впродовж 12 місяців, що передували обстеженню (11% проти 8%). Поширеність насильства над жінками знижується з підвищенням рівня освіти. Наприклад, 21% жінок з середньою освітою або нижчим рівнем освіти переживали фізичне насильство з часу, коли їм виповнилося 15 років порівняно з жінками, які отримали вищу освіту (14%). Більш поширеним є досвід насильства у жінок з нижчими рівнями добробуту, ніж у жінок з більш високим рівнем.

Основними рисами портрету клієнтки спеціалізованого центру (притулків) є [5]:

– Наявність дітей: 70% клієнток перебувають разом з дітьми, також 45% – з однією дитиною, 25% – з кількома.

– Середній вік клієток центрів складає 35,5 років. Проте від насильства потерпають жінки різного віку. Наймолодшій клієтці було 15 років, найстарішій – 83 роки.

– Більшість клієток відносяться до економічно активного населення (79%), проте незначна частка з них працює (27%), ще менше – отримують дохід, який дозволяє фінансово забезпечити жінку та її дітей. Чимало жінок знаходяться або у відпустці по догляду за дитиною, або є де-факто безробітними. Кожна п'ята немає професії/спеціальності.

– Майже третина клієток – із сільській місцевості. Це спростовує інший міф про те, що сільські жінки не звертаються до кризових центрів, попри те, що ці заклади зазвичай розташовані в містах.

– Відсутність власного житла. Лише 40% клієток центрів мали власне житло. Проте навіть ці жінки є співвласниками квартири або будинку з людьми, які здебільшого є джерелом насильства.

– Дві із трьох клієток не мають налагоджених родинних зв'язків.

– Лише половина жінок мають підтримку близького соціального оточення.

– Здебільшого жінки, потрапляючи у заклад, знаходяться у кризовому психологічному стані, близько 90% – були невпевненими у власних силах.

– Здебільшого тривалий період перебування у ситуації насильства. Лише по відношенню до чверті клієток насильство тривало менше одного року, майже половина страждали по кілька років, решта – 10 років або більше.

– Частина жінок мають серйозні психоемоційні розлади, алкогольну залежність, інші шкідливі звички, через що часто порушують правила внутрішнього розпорядку спеціалізованих закладів.

Понад половини жінок (60%) звертались за допомогою з метою припинення насильства до влаштування до центрів. Найчастіше вони звертались до міліції – 52%; центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді – 44%; суду – 35%, представників органів влади – 29%, служб в справах дітей – 28%, представників місцевого самоврядування – 25%, територіальних центрів соціального обслуговування – 21%.

Наукові студії із соціальної та політичної психології потрапляють у групу ризику щодо виявів насильства у сімейних стосунках. Зазвичай сімейне насильство в різних його проявах є провідною причиною більшості розлучень, нерідко штовхає насильника навіть на вбивство, породжує дитяче самогубство, безпритульність, провокує схильність

членів сім'ї до зловживань наркотиками, алкоголем, до аморальної поведінки, зумовлює зростання злочинності.

Таким чином, аналізуючи основні підходи вітчизняних і зарубіжних дослідників до вивчення проблем насильства в сім'ї та формування на цій основі узагальненої системи соціально-психологічних детермінант його виникнення. Така система детермінант, звичайно, не може претендувати на цілковиту повноту, однак вона буде корисною в подальших наукових розвідках, зможе слугувати основою гендерної практики вихователів у сфері запобігання сімейному насиллю.

### *Література*

1. Блаклок Н. Насилие в семье: работа с нарушителями, общественностью и организациями. Обзор современной психиатрии. 2001. Вып. 2 (10). С. 33–39.
2. Головкін Б. М. Сімейно-побутові конфлікти в системі детермінації умисних вбивств і тяжких тілесних ушкоджень: Дис. канд. юрид. наук: 12.00.08. Харків, 2003. 218 с.
3. Дмитренко М. І., Тропін М. В., Власов П. О. Попередження насильства у сім'ї: Метод. рекомендації. Дніпропетровськ: Дніпропетровський. юрид. ін-т МВС України, 2001. 56 с.
4. Домашнє насильство в Україні: наук. Звіт. Правозахисники Міннесоти; С. Бенуелл, Е. Барклай, Е. Дьюбан, Р. Філліпс. США, 2000. 52 с.
5. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л. Соціально-психологічні аспекти проблеми насильства: Навч.метод. посіб. Київ, 2003. 343 с.

## **СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ЯК ЗАПОРУКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

*В. Г. Боженко,  
завідувач навчальної лабораторії кафедри психології,  
асистент кафедри психології,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

У сучасних умовах на перше місце виступає проблема соціальної цінності людини, при цьому фізичне і психологічне здоров'я є однією з

найважливіших об'єктивних умов життєдіяльності особистості. Серед багатьох чинників, які визначають здоров'я, велике значення має психічна стійкість до стресових ситуацій. Високий рівень психічної стійкості до стресів є запорукою збереження, розвитку і зміцнення здоров'я і професійного довголіття людини.

У межах психологічної науки для опису здатності особистості зберігати адекватність психічного стану й ефективність діяльності у стресових умовах використовуються різні терміни: «стійкість особистості» (Л. І. Божович), «моральна стійкість» (В. Е. Чудновський), «психічна стійкість» (В. М. Генковська, М. Ф. Сікач), «психологічна стійкість» (С. А. Козлов), «нервово-психічна стійкість» (О. А. Матеюк, О. М. Охременко, І. В. Платонов) «стресостійкість» (О. А. Ахвердова, І. В. Боев). Слід зазначити, що вище перелічені поняття мають специфічні ознаки, проте ключовою для усіх є здатність особистості підтримувати оптимальну працездатність й ефективність діяльності в напружених ситуаціях, зберігати оптимальний психічний стан під час впливу різного роду негативних чинників.

Під терміном «стресостійкість» прийнято розуміти такі окремі його складові, як емоційна стійкість, стрес-резистентність, фрустраційна толерантність та ін. [1, с. 46]. Згідно з положеннями суб'єктно-діяльнісного підходу, які викладені в роботах К. Абульханової-Славської, Б. Ананьєва, Є. Клімова, О. Леонтєва, психіка людини формується і виявляється у ході діяльності, яка розуміється як цілеспрямована, свідома, практично перетворююча активність людини по відношенню до зовнішнього світу та до самої себе. Включаючись у процес цілеспрямованої діяльності, людина набуває специфічні властивості та якості самоорганізації, саморегуляції, самоконтролю, які в свою чергу складають основу ефективного або неефективного функціонування в різних умовах, зокрема стресогенних [3].

З позиції системного підходу (В. Ганзен, Е. Генковська, В. Ільїн), стресостійкість є системою, яка включає певні компоненти та засіб їх організації, що відкриває можливості для дослідження різних параметральних характеристик щодо елементів даної системи. Даний підхід дозволяє розглядати стресостійкість також як елемент системи «особистість», в яку включені і в якій знаходяться у взаємозв'язку властивості, що утворюються в процесі життєдіяльності людини [5, с. 257].

Особистісний підхід у вивченні феномена стресостійкості передбачає аналіз особливостей когнітивної, емоційно-вольової, мотиваційної, характерологічної, темпераментальної, психомоторної сфер особистості в

контексті нестандартних, напружених ситуацій (В. Бодров, Л. Грімак, В. Небиліцин) [2].

Особливу увагу привертає концепція особистості В. Мерліна, зокрема його погляди на розуміння властивостей особистості, що характеризується узагальненим, відносно стійким та сталим відношенням свідомості до об'єктивної дійсності. Основні положення концепції дають змогу розглядати стресостійкість як багаторівневу систему взаємопов'язаних психологічних характеристик особистості, що демонструють відношення свідомості до зовнішніх та внутрішніх стимулів різної інтенсивності [1, с. 109].

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що стресостійкість – це інтегративна властивість особистості, яка характеризується такою взаємодією низки емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних компонентів психічної діяльності людини, які забезпечують оптимальне успішне досягнення мети діяльності в складній емоційно-значущій ситуації.

Аналіз низки досліджень з означеної проблеми показав, що існує взаємозв'язок стресостійкості з певними психологічними якостями, зокрема домінуючим локусом контролю [4]. Так, згідно класифікації Дж. Роттера особи, що мають внутрішній «локус» контролю за своєю діяльністю – «інтерналі» (упевнені в собі, ті, хто має надію лише на себе, не потребують зовнішньої підтримки), менше піддаються дистресу в екстремальних умовах при соціальному тиску, ніж «екстернали» із зовнішнім «локусом» контролю (непевнені в собі, потребують заохочення, болісно реагують на осудження та критику, більше покладаються на випадок, на долю) [1, с. 57].

Слід відмітити, що стресостійкість – це не єдина характеристика, що визначає схильність індивіда до стресу. Великий вплив на схильність до стресу може здійснити стиль життя людини. Деякі дії, звички можуть виступати джерелом додаткового стресу, наприклад переїдання, малорухливий спосіб життя, надмірне вживання алкоголю і т. д. У цьому випадку загальна опірність до дії стресових чинників у людини знижується і підвищується ймовірність виникнення дистресу.

У дослідженні А. Вейтц визначено 8 найпоширеніших ситуацій, які можуть мати стресогенний характер: 1) шкідливе оточення; 2) необхідність прискореної переробки інформації; 3) усвідомлена загроза; 4) порушення фізіологічних функцій (як результат хвороби, безсоння); 5) ув'язнення; 6) ізоляція; 7) груповий тиск; 8) остракізм (переслідування) [3, с. 89]. На



нашу думку, доповненням до цих ситуацій може бути прояв безсилля, неможливість змінити ситуацію, необхідність прийняття особливо відповідальних рішень, швидка зміна стратегії поведінки чи відсутність контролю за подіями. Крім способу життя на схильність людини до стресу впливає вибір способів боротьби зі стресом, зокрема вибір копінг-механізмів, що визначають успішність або неуспішність адаптації особистості до несприятливої ситуації.

Неабияке значення у ситуації подолання стресу та розвитку стресостійкості має наявність низки індивідуально-психологічних особливостей: толерантність, асертивність, ініціативність, прагнення до саморозвитку, комунікабельність, самореалізація, самопізнання і саморозвиток, здатність до досягнення цілей, безоцінне ставлення до людей, гнучкість і здатність змінювати відповідно до зміни обставин свою стратегію і тактику, власні способи вирішення завдань, що виникають у процесі життєдіяльності.

Таким чином, узагальнюючи вищевикладене, можна констатувати, що формування стресостійкості є неодмінною умовою для психологічного благополуччя особистості. Наростаючі навантаження, зокрема психічні, на нервову систему і психіку сучасної людини приводять до формування емоційної напруги, яка виступає одним з головних чинників розвитку різних захворювань. Варто усвідомлювати той факт, що шлях до психічного здоров'я – це шлях особистості, на якому важливим є пізнання особливостей своєї психіки, що дозволить не тільки зберігати та зміцнювати здоров'я, але і й роботи більш ефективним процес функціонування на різних етапах розвитку.

### *Література*

1. Андрєєва А. А. Стресостійкість як фактор розвитку позитивного ставлення до навчальної діяльності у студентів. Орел. 2006. 141 с.
2. Васильєва О.С. Психологія здоров'я человека: эталоны, представления, установки. Москва. 2001. 352 с.
3. Галецька І. І. Психологічне здоров'я. Психологія Здоров'я: теорія і практика. Львів, 2006. 338 с.
4. Корнієнко О.В. Безпека життєдіяльності та підтримання психосоматичного здоров'я молоді: Монографія. Київ. 2004. 264 с.
5. Корольчук В. М. Чинники формування та розвитку стресостійкості особистості. *Проблеми загальної та педагогічної психології*: Збірник

наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПНУ.  
2007. XII, ч.7. С. 252–261.

## **ПРОФЕСІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ І ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ФАКТОРИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я**

***І. В. Болотнікова,***

*кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,  
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Поняття професійного здоров'я різними авторами тлумачиться по-різному. Деякі автори в рамках концепції активного забезпечення працездатності професійне здоров'я розуміють як властивість організму зберігати компенсаторні та захисні механізми, що забезпечують професійну надійність та довголіття фахівця під час його довготривалої роботи в нормальних або екстремальних умовах професійної діяльності. К. Г. Маклаков професійним здоров'ям вважає певний рівень характеристик здоров'я фахівця, що відповідає вимогам професійної діяльності та забезпечує її високу ефективність [5]. Р. А. Березовська розглядає професійне здоров'я як узагальнену характеристику здоров'я індивіда в конкретних умовах його професійної діяльності, а також як процес збереження і розвитку регуляторних властивостей організму, його фізичного, психічного та соціального благополуччя [1].

З метою підвищення працездатності як важливого параметру, що характеризує професійне здоров'я, необхідно вбачається активна робота компенсаторних процесів. С. А. Бугров визначає професійне здоров'я у вигляді схеми, яка містить в собі такі складові: функціональний стан фахівця, професійно-важливі якості, функціональні резерви, клінічний статус, біологічний вік. Професійне здоров'я через основні організаційні компоненти (високий рівень навчання і підготовки; надійність і безпека діяльності) взаємопов'язане з професійним довголіттям [4].

Ця схема є неповною, хоч і відображає системний підхід до вивчення професійного здоров'я. В ній не представлені такі чинники, як ставлення і задоволеність професією, психологічний вік, який поряд з біологічним, чинять вплив на структурні зміни професійного здоров'я. Фахівці професій типу людина – людина (педагоги, лікарі, соціальні працівники і т. ін.)

найбільш схильні до професійного вигорання і погіршення стану здоров'я. Професії цього типу пов'язані з психофізичним навантаженням, що обумовлює необхідність ефективної психологічної підтримки та корекції наслідків стресу у професійній діяльності. Проте для ефективної профілактики професійної деформації і збереження психологічного здоров'я є значущим визначення їх взаємозв'язку з соціально-психологічними факторами. Одними з значущих факторів професійного здоров'я ми вважаємо професійне благополуччя і життєстійкість.

Спираючись на дослідження К. Ріфф і П. Варрі, Ван Хорн розробив багатовимірну модель професійного благополуччя, яка складається з п'яти компонентів : 1) емоційний компонент - визначається за допомогою оцінки задоволеності роботою, відсутності наслідків емоційного виснаження; 2) когнітивний компонент - оцінка когнітивного рівня співробітника і його виснаження в отриманні і сприйнятті інформації; 3) поведінковий компонент – рівень міжособистісних стосунків і деперсоналізації; 4) мотиваційний компонент - прагнення фахівця до професійного росту, рівень професійної компетентності; 5) психосоматичний компонент – зміна фізичного стану (захворювання, соматичні скарги) [6].

Ще одним значущим фактором професійного здоров'я є життєстійкість фахівця. Вона може бути причиною і наслідком протидії професійним деструкціям, тобто є важливим ресурсом збереження професійного здоров'я [4]. Поняття «життєстійкість» було введено С. Мадді і С. Кобейсом і визначено як інтегративну властивість, систему уявлень про оточуюче і власне про себе, що дозволяє людині перенести стресову ситуацію та зберегти внутрішню гармонію. Для цього людині потрібно визнати не тільки свої сильні сторони, а й власну вразливість перед проблемою [3]. У вітчизняній психології використовувалося схоже поняття «особистісний потенціал», що було започатковано Д. О. Леонтьєвим. Він розтлумачив переклад поняття «hardiness», що використовував С. Мадді, як «життєстійкість», що обумовлюється мірою подолання особистістю самої себе [2]. Життєстійкість є ключовою особистісною якістю, яка визначає вплив стресогенних факторів на здоров'я і на успішність діяльності. При цьому негативні події можуть стати чинниками позитивного особистісного розвитку. На взаємозв'язок особистості з оточуючим і розвиток життєстійкості впливають три її основні складові : залученість – як прийняття зобов'язань, безумовна ідентифікація себе з наміром виконати дію та з її результатом; контроль - як розуміння того, що боротьба впливає на те, що відбувається, незалежно

від того, чи здатна вона вплинути на результат; прийняття ризику – як переконаність в тому, що все, що трапляється з людиною, є стимулом для її розвитку [3].

### *Література*

1. Березовская Р. А. Профессиональное благополучие: проблемы и перспективы психологических исследований *Психологические исследования: электронный научный журнал*. 2016. № 45.
2. Евтушенко Е. А. Жизнестойкость личности как психологический феномен // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сборник статей по материалам LX международной научно-практической конференции*. Новосибирск, 2016.
3. Калинина Н. В., Володина Т. В. Психологические факторы жизнестойкости педагога. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2009. № 4-2. С.398-403. url:<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-factory-zhiznestoykosti-pedagoga>.
4. Круглова Е. А., Круглова М. А., Водопьянова Н. Е., Никифоров Г. С., Петросян А. А. Ресурсы жизнестойкости субъектов труда в ситуации экономической неопределенности // *Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта*. 2017. №6.
5. Маклаков А. Г. Методологические основы психологического прогнозирования профессионального здоровья / *Психология профессионального здоровья* / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб, 2006.
6. Van Horn J.E., Taris T.W., The structure of occupational well-being: A study among Dutch teachers // *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2004. No3. p. 365-375. doi: 10.1348/0963179041752718.

## **БРЕХЛИВІСТЬ ЯК ФОРМА ПРОЯВУ ДЕВІАНТНОЇ ОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ: ПРОБЛЕМА ДЕТЕРМІНАЦІЇ**

***К. М. Васюк,***

*кандидат психологічних наук, доцент,*

*Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Проблема вродженої або соціальної детермінації різних поведінкових проявів і рис особистості майже завжди постає, коли справа стосується корекційної або діагностичної роботи. І не завжди на це питання можна однозначно відповісти. У сфері комунікацій також безліч проблемних областей, які дотепер досить спірні у питанні детермінант. Однією з таких є брехливість.

На відміну від брехні, яка, як довела відома дослідниця Б. де Пауло, притаманна всім людям, брехливість характеризується підвищеною порівняно з нормою частотою використання брехні у спілкуванні. Ми залишимо осторонь обговорення цієї частоти як діагностичного критерію, а звернемо увагу на ті причини, що лежать в основі такої поведінки.

Метою нашого теоретичного аналізу є визначення, якими саме чинниками, вродженими чи набутими, обумовлений розвиток брехливості в структурі особистісних рис.

На тепер однозначно можна стверджувати, що брехливість може трактуватися з декількох позицій:

- так, О. О. Віхман вважає, що брехливість це цілісне психічне утворення, структуру якого складає єдність мотиваційного і процесуального компонентів. Мотиваційним складником вважається маккіавелізм, а процесуальним – способи представлення інформації [2].
- І. А. Джидар'ян, К. О. Абульханова розглядають брехливість як специфічну активність суб'єкта, тобто по суті мова йде про звичну поведінкову реакцію, яка має невизначену етіологію, але вірогідніше формується як і будь-яка звичка, під дією соціальних чинників [5].
- О. Д. Сафін та О. Л. Колісник визначають брехливість як складне структурне утворення, яке має гендерні особливості, але теж обумовлені мотиваційними складовими, а також взаємозв'язками когнітивних і динамічних показників. Авторам вдалося виявити відмінності в динамічних показниках між чоловіками і жінками [3].

- На нашу особисту думку, брехливість є сталою рисою особистості, яка носить скоріше вроджений характер, вона виражається в стійкій схильності особистості вводити в оману співрозмовника, при чому спостерігається підкріплення у вигляді досягнення корисливої мети або морального задоволення від введення співрозмовника в оману.

Важливим аспектом у пошуку відповідей на питання щодо чинників формування брехливості як риси особистості є наявність взаємозв'язків з іншими особистісними рисами. Вважаємо, що достатньо велика кількість взаємозв'язків з психофізіологічними властивостями та іншими вродженими рисами особистості буде свідчити про велику ймовірність вродженого, або навіть генетичного походження брехливості в структурі особистості людини. На думку О. О. Віхмана, спостерігається достовірний взаємозв'язок брехливості з моральною та емоційною незрілістю, темпераментальними показниками та комунікативними якостями особистості. Моральна незрілість в основному проявляється в вигляді психопатичних рис. Також існують взаємозв'язки з високими показниками інтелекту та нерозвиненим вольовим самоконтролем, хоча в останньому можемо посперечатися, оскільки проста логіка говорить про те, що вдало брехати потрібно добре контролювати свої емоції [2].

Цікавою є і позиція практиків, зокрема, М. Костенко, який має великий практичний досвід детекції брехні у зв'язку зі службою в силових структурах. Він вважає, що брехливість має взаємозв'язки із психофізіологічними, психологічними, соціально-психологічними характеристиками особистості. Але ці зв'язки носять складний і неоднозначний характер [4]. Але пріоритетність віддається формально-динамічним характеристикам індивідуальності, що більшою мірою також вроджені. Особливо значущі зв'язки спостерігаються з високою швидкістю протікання пізнавальних процесів та комунікативною гнучкістю. Можливо додатковим підкріпленням є те, що особи більш схильні до брехливості краще адаптуються і схильні до лідерства.

Таким чином, у різних теоріях ми знаходимо спільні риси, які пов'язують брехливість з динамічними характеристиками, які виявляються на фоні низького розвитку моралі і загальної емоційної незрілості. На нашу думку, первинним є вроджений компонент, і він стосується пізнавальної сфери. Брехливість є вираженням гарної уяви і швидкого протікання пізнавальних процесів, що дозволяють індивіду швидко формувати уявний образ. Але не можна повністю ігнорувати і соціальну складову. Низький

рівень морального виховання і асоціальні паттерни поведінки обумовлюють спрямування цих вроджених особливостей когнітивної сфери в асоціальне русло. Для остаточного підтвердження даного припущення потрібно лонгітюдне дослідження формування даної особливості протягом онтогенетичного розвитку індивіда.

### *Література*

1. Боярин Л.В. Соціально-психологічні особливості ціннісних орієнтацій особистості в аспекті прояву. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2017. Вип. 2. С. 36-44.
2. Вихман А.А. Лживість в структурі інтегральної індивідуальності. автореф.к.психол.н., Пермь. 2011. 26 с.
3. Колісник О.Л. Гендерні розбіжності у прояві брехливості: кореляційний аналіз та його результати [Електронний ресурс]. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2012. Вип. 1. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps\\_2012\\_1\\_34](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_1_34)
4. Костенко М. Взаємозв'язок брехливості з психофізіологічними, психологічними та соціально-психологічними характеристиками особистості. Вісник Академії управління МВС. 2010. №4 (16). С. 237-244.
5. Майорчак Н. М. Причини виникнення та формування людської брехливості у віковій психології. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, II (15), Issue; 30. 2014. С. 110–113.
6. Топоркова І.В. Взаємозв'язки структурно-функціональних складових брехливості з особистісними рисами у жінок – злочинниць та жінок з умовно-нормативною поведінкою. Психологічний часопис. 2018. №6. С. 198-212. Режим доступу [http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch\\_2018\\_6\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2018_6_16)

## ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

*Н. Р. Вітюк,*

*кандидат психологічних наук, доцент,  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет  
імені Василя Стефаника»*

Проведення молоддю здорового способу життя є актуальною соціальною та психологічною проблемою сьогодення. Постійне розширення ринку спиртних напоїв, їх відносно невисока вартість у нашій країні та широкий асортимент, маніпулятивна реклама алкоголю стають чинниками зацікавлення й раннього початку вживання спиртних напоїв молодим поколінням. Разом з тим сучасні медики й психологи зауважують, що в силу вікових психологічних та анатомо-фізіологічних особливостей, молодий організм звикає до алкогольних напоїв значно швидше, ніж на пізніших етапах онтогенезу. Відтак психологічний аналіз ставлення студентської молоді до вживання спиртних напоїв, яке ми розглядаємо як одну з детермінант формування психологічної залежності або незалежності людини від алкоголю, є актуальним завданням психологічної науки й практики.

Мета нашого дослідження – визначити особливості ставлення студентської молоді до вживання алкоголю й аналіз психологічних чинників формування цього ставлення.

В якості теоретико-методологічної основи дослідження проблеми ставлення молоді до алкоголю нами використовується концепція В.М.Мясищева, згідно якої ставлення є однією з форм відображення людиною дійсності, системою індивідуальних, усвідомлених, вибіркових зв'язків особистості з різними сторонами дійсності. Ставлення ґрунтуються на досвіді, виявляються в діях, реакціях і переживаннях [4]. Характер ставлення індивіда до алкоголю зумовлює виникнення або відсутність потреби в ньому, специфіку оцінок об'єкта пізнання, пов'язаного із вживанням спиртних напоїв, а також відповідну поведінкову активність.

В структурі ставлення особистості до алкоголю ми розрізняємо такі компоненти: мотиваційний (система стимулів до дій стосовно вживання алкоголю, які пов'язані із задоволенням певних людських потреб), когнітивний (включає знання людини про спиртні напої, їх склад, усвідомлення наслідків впливу алкоголю на людський організм, розуміння



ризиком виникнення залежності від спиртних напоїв тощо), емоційний (комплекс позитивних і негативних оцінок, реакцій, почуттів, які виникають внаслідок зіткнення індивіда з різноманітними ситуаціями, пов'язаними із вживанням спиртних напоїв), поведінковий (виявляє схильність і готовність індивіда до вироблення й дотримання певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях, пов'язаних із вживанням алкоголю).

З метою з'ясування характеру та психологічних чинників ставлення студентської молоді до вживання алкоголю нами у 2019 рр. проводилося емпіричне дослідження. Вибірка досліджуваних включала 71 студента (31 – чоловічої статі, 40 – жіночої) з різних вищих навчальних закладів м. Івано-Франківська. Збір даних проводився методом письмового опитування (анкетування). Ми розробили анкету, питання якої були згруповані відповідно до таких змістових критеріїв: ставлення студентської молоді до алкоголю, схильність до вживання спиртних напоїв, психологічні чинники вживання алкоголю, усвідомлення наслідків алкогольного сп'яніння та залежності від алкоголю. Зібрані емпіричні дані підлягали кількісному та якісному аналізу.

Отримані нами результати анкетування засвідчили, що більшість опитаних нами студентів (77,8%) до алкоголю ставляться нейтрально, 15,2% – різко негативно, і тільки 5% – позитивно. На запитання «Чим для вас є алкоголь? З чим він асоціюється?» наші респонденти дали такі відповіді: засіб для хорошого проведення часу (про це вказали 35,2% респондентів), неодмінний елемент застілля (14,1%), засіб, що дозволяє заспокоїтися в стресовій ситуації, розслабитися (31%), надає впевненості (2,8%), антисептик (6,3%), отрута (3,1%).

Згідно отриманих даних, алкогольні напої вживають 90,1% студентів. Зовсім не вживають спиртні напої тільки 9,9% опитаних. Причому більш детальний аналіз одержаних емпіричних даних показав, що 10,9% студентів, які вживають алкоголь, насправді ставляться до нього різко негативно. Позитивне ж ставлення до алкоголю виявили тільки 7,8% з цієї групи опитаних. Такі показники дозволяють зробити висновок про наявність у значній кількості студентів конфлікту між емоційною та поведінковою складовими їх ставлення до алкоголю і припустити, що вживання ними спиртних напоїв є вираженням нестійкості власної позиції в цьому питанні та виявом зовнішньої конформності. Усі опитані нами студенти, які взагалі не вживають алкоголь, ставляться до нього різко

негативно. Зіставлення отриманих результатів за критерієм статі показало, що з числа усіх опитаних алкоголь вживають 85,9% юнаків і 92,5% дівчат.

Більшість студентів з числа тих, які вживають алкогольні напої, стверджують, що роблять це на свята або з приводу важливих подій у житті (62,5%). Принаймні раз на тиждень або й частіше спиртне вживають 15,6% опитаних з цієї діагностичної групи студентів. Орієнтовно раз на місяць алкоголь вживають 20,5% респондентів із цієї групи.

Юнаки й дівчата вживають як слабоалкогольні напої, так і напої з високим градусом. Зокрема, студенти віддають перевагу таким напоям, як сухе вино (45,3%), столове вино (31,3%), пиво (32,8%), коньяк (20,3%), віскі (18,8%), горілка й самогон (14,1%), бренді (7,8%), ром (6,3%), джин-тонік (3,1%). При цьому на запитання анкети «Чи вважають батьки, що Ви занадто багато випиваєте?» 21,9 % студентів з тих, що періодично вживають алкогольні напої, дали ствердні відповіді. Стільки ж респондентів вказали на те, що і їхні друзі також зауважують їм на надмірне вживання спиртного. Означене є тривожним показником, який вказує на ймовірність розвитку залежності цих осіб (фактично, п'ятої частини опитаних) від алкоголю.

Важливим в контексті нашого дослідження було вивчення мотиваційного аспекту ставлення молоді до алкоголю. Студенти вживають спиртні напої здебільшого з нагоди святкування важливих подій у своєму житті (71,9%), за компанію з друзями (51,6%), для гарного настрою і зняття емоційної або фізичної напруги (35,9%). Значно рідше молодь вдається до алкоголю при появі проблем, сімейних негараздів, нудьги, самотності (4,7%), вживає його як засіб від застуди (3,1%), а також щоб не здаватися оточенню слабким і не бути висміяним (3,1%). 4,7% опитаних зауважили, що, попри своє небажання, змушені вживати алкоголь, оскільки їм незручно відмовитися, коли їх пригощають. Також зрідка у відповідях на питання анкети звучали такі причини для вживання алкогольних напоїв, як «подобаються смакові відчуття», «наслідування близьких друзів», «це круто» та інші.

Таким чином, приходимо до висновку про те, що більшість студентів сприймають алкоголь насамперед як атрибут проведення дозвілля й засіб для зняття емоційної напруги, елемент народної культури, який є необхідним для відзначення особливих подій у житті. Підтримується студентами й стереотип про те, що алкоголь є засобом, який допомагає зближенню співрозмовників.

Студенти загалом усвідомлюють психологічні й фізіологічні наслідки надмірного вживання алкоголю, до яких вони відносять неадекватну поведінку, емоційні розлади, зниження самоконтролю, порушення координації рухів, некритичне мислення, виникнення залежності й серйозних захворювань, проблеми в сім'ї, виникнення перешкод для професійної самореалізації та інше. Алкоголізм, в розумінні студентів, – це шкідлива звичка, залежність, результат слабкої сили волі, пасивності у житті, хвороба, якої потрібно позбутися. Молодь, що вживає значну кількість алкоголю, здійснює усвідомлений вибір ризику для власного здоров'я, розглядаючи спиртне як засіб для міжособистісного контакту, афіліації, боротьби зі стресом, розслаблення, психічного захисту.

До людей, які перебувають у стані алкогольного сп'яніння, опитані нами студенти ставляться досить негативно, навіть якщо самі вживають алкоголь. Зокрема, про це зауважили 73,4% тих, які вживають спиртне, і усі 100% респондентів, які не вживають спиртні напої. Байдуже/нейтрально до осіб, які перебувають у стані алкогольного сп'яніння, ставляться лише 26,6% респондентів, які й самі вживають алкоголь. Жоден з опитаних студентів не вказав на своє позитивне ставлення до нетверезих.

59,4% осіб з числа тих, які вживають спиртні напої, зізналися, що в їх найближчому оточенні (родина, друзі) є особи, які зловживають алкоголем. Потрапляючи в товариство, де нормою й навіть цінністю є розпивання алкоголю з будь-якого приводу й без приводу, молода людина нерідко й сама поступово прилучається до такого способу взаємодії й структурування часу. Натомість 100% тих студентів, які не вживають алкоголю, вказали на відсутність в їх найближчому колі осіб, які зловживають спиртним.

Висновки. Молодь виявляє здебільшого нейтральне ставлення щодо алкоголю загалом, але до людей, які перебувають в стані алкогольного сп'яніння, більшість юнаків і дівчат ставляться різко негативно. Дев'ять з кожних десяти опитаних нами студентів вживають спиртні напої. Усі вони достатньо поінформовані про шкоду надмірного вживання алкогольних напоїв здоров'ю людини. При цьому, принаймні, кожен шостий з тих осіб, які вживають алкоголь, схильні до виникнення залежності від нього. Особливу увагу звертає на себе тенденція активного вживання алкоголю серед дівчат.

Виявлено наявність суперечностей між різними складовими ставлення студентів до алкоголю, на ґрунті чого у них можуть виникати когнітивні, мотиваційні та адаптаційні внутрішньоособистісні конфлікти.

На ставлення молоді до вживання алкоголю впливають такі психологічні чинники: потреба в отриманні соціального визнання, поваги з боку оточуючих, потреба в позитивних емоціях (бажання підняти настрій, підбадьоритися, забути про проблеми) та зниженні емоційної напруги, стереотипи застільної культури щодо споживання спиртних напоїв під час свят і відзначення важливих подій у житті, наслідування прикладу родичів або друзів, рівень конформності особистості.

Тому вживанню алкоголю студентською молоддю необхідно протиставити альтернативну поведінку, підґрунтям якої має бути формування ставлення до здоров'я як термінальної цінності особистості і здорового способу життя як інструментальної цінності. Враховуючи результати проведеного нами емпіричного дослідження, систему заходів щодо запобігання розвитку у молоді схильності до вживання алкоголю варто спрямувати на навчання юнацтва конструктивним технікам раціоналізації негативних емоцій, вироблення культури міжособистісної взаємодії та структурування часу без розпивання алкоголю, а також розвиток комунікативних здібностей. Безумовно, ці напрями психологічної роботи слід реалізовувати паралельно з інформуванням дітей і молоді про особливості впливу алкоголю на фізичне й психічне здоров'я людини.

### *Література*

1. Мясищев В. Н. Психология отношений / Под ред. А. А. Бодалева. Москва : Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЭК», 1995. 356 с.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКА**

*О. С. Власюк,  
аспірант кафедри  
загальної, вікової та практичної психології,  
Полтавський національний педагогічний  
університет імені В. Г. Короленка*

Сучасне суспільство має на меті виховання підростаючого покоління на засадах громадської відповідальності, толерантності, взаєморозуміння, високого рівня розвитку культури та здоров'я особистості. Функціонування та прогресивний розвиток України, як демократичної, соціальної та правової держави ставить перед особою завдання глибокого усвідомлення явищ правової дійсності на всіх етапах становлення громадянського суспільства.

Так, з метою зміцнення миру та демократії на національному та міжнародному рівнях 16.11.2015 р. держави-члени Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури підписали Декларацію принципів толерантності, беручи на себе зобов'язання сприяти формуванню психології толерантності та ненасильства, як «необхідної умови миру та соціально-економічного розвитку всіх народів» [1]. Саме тому реалізація основних положень Декларації принципів толерантності вимагає від членів суспільства сприйняття та розуміння багатого різноманіття культур нашого світу, форм самовираження людської особистості, а також поваги до основних прав і свобод людини та громадянина.

Проблема утвердження ідеалів толерантної особистості є необхідною вимогою у процесі становлення ціннісних орієнтацій підлітків як учасників суспільних відносин в майбутньому та є фундаментальною засадою у забезпеченні функціонального розвитку психологічного здоров'я особи.

Поняття «толерантності» є предметом дослідження широкого кола науковців. На думку, Яланської С. П., толерантність особистості проявляється у доброзичливому та терпимому ставленні до оточуючих і навколишніх подій, що не порушують прав людини й не завдають шкоди авколишньому середовищу [2, с. 72].

На відміну від соціальних норм, що встановлюють та рекомендують певні правила належної поведінки в суспільстві, толерантність

зкладається на «особистісному рівні» як бажання й готовність формування позитивних відносин, відкритість до сприйняття багатогранності проявів людської особистості. Толерантне ставлення є фактором гармонійного розвитку особистості та забезпечує гуманістичне підґрунтя побудови міжособистісних стосунків і світосприйняття [3, с. 326].

На думку Яреми М. Ю., психологічне здоров'я є динамічною сукупністю психічних властивостей, що забезпечують гармонію різними сторонами особистості людини, а також між людиною та суспільством, можливість повноцінного функціонування людини в процесі життєдіяльності [4, с. 106].

Оскільки, підлітковий вік характеризується інтенсивними перетвореннями у всій психічній сфері підлітка, а також активним формуванням моральних переконань та самосвідомості, формування толерантної поведінки підлітка, з опором на правові настанови та мотиви правової поведінки, виступає пріоритетним завданням будь-якого прогресивного суспільства, що водночас є своєрідним показником нормального стану психологічного здоров'я особи.

Разом з цим, аксіологічний компонент психологічного здоров'я підлітка передбачає не тільки усвідомлення підлітком своєї цінності та унікальності, а також конструювання в мисленнєвій діяльності підлітка наслідків своєї поведінки в соціумі.

Оскільки виховання є найефективнішим засобом запобігання проявам нетерпимості, виховання в дусі толерантності починається з прищеплення підліткам знань про їхні права, свободи та обов'язки, сприяння розвитку високої правової культури та застосування активної творчої ролі правосвідомості у вольовій та свідомій поведінці особистості.

У працях Мириманової М. М. толерантність розглядається з точки зору психофізичної стійкості до несприятливих дій та виступає показником чутливості індивіда до негативних чинників. Якщо певні дії завдають шкоду психологічному або фізіологічному здоров'ю людини, то мова йде про низьку толерантність суб'єкта до цього впливу. Як зазначає Мириманова М. М., розуміння толерантності взаємопов'язане із психологічною стійкістю будь-якої особистості як системи [5, с. 109].

Отже, толерантність виступає однією з визначальних характеристик у вихованні підлітка, розвитку його здібностей до самообмеження, критичної оцінки явищ дійсності, та тісно пов'язана із психологічним здоров'ям особи. Водночас, толерантне ставлення до себе та оточуючих,

гармонійна поведінка особистості формують стійке психологічне здоров'я та є запорукою становлення зрілої особистості підлітка у майбутньому.

### *Література*

1. Декларация принципов терпимости, утверждена резолюцией 5.61 Генеральной конференции ЮНЕСКО от 16 ноября 1995 года, [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_503](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_503) (дата звернення 22.10.2019).- Назва з екрана.
2. Яланська С. П. Психологія формування толерантного середовища в умовах нової української школи / С. П. Яланська, Н. М. Атаманчук // Наука і освіта. – 2017. – № 1. – С. 71–75.
3. Кравченко І.А. Значення толерантності в особистісно-професійному розвитку майбутнього психолога/ І.А. Кравченко// Вісник післядипломної освіти. – 2011. – №3. – С. 324-331.
4. Ярема Н. Ю. Психологічне здоров'я особистості / Н. Ю. Ярема // Юридична психологія. - 2015. - № 2. - С. 106-115.
5. Мириманова М.М. Толерантность как проблема воспитания/ М. М. Мириманова // Развитие личности. – 2002. – №2. – С. 104-115.

## **ВНУТРІШНІ ТА ЗОВНІШНІ ЧИННИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

*Н. Ю. Волянюк,*

*доктор психологічних наук, професор,*

*Г. В. Ложкін,*

*доктор психологічних наук, професор,*

*Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського*

Здоров'я як складний, системний феномен, окрім медичного, розглядається на різних рівнях: філософському, соціальному, психологічному, професійному та ін. Це пов'язано, перш за все, з сутністю людини як біологічного індивіда та соціального суб'єкта. Психологічний ракурс розгляду здоров'я зумовлений тим, що хвороба може бути викликана безліччю факторів: біологічного (генетика, віруси, травми), психологічного (поведінка, переживання, вплив) та соціального (сім'я,

конфлікти, професійна сфера, соціальне оточення) походження [3]. Зростання вагомості психологічних чинників у виникненні та перебігу хвороби зумовлює специфічність поняття «психологічне здоров'я». Воно пов'язане з виявленням і проявом різних детермінант, що корелюють як і з хворобою, так її лікуванням. У психологічній літературі виділяють кілька таких поведінкових детермінант, які впливають на здоров'я і хворобу [4].

До першої групи належать такі поведінкові патерни, як агресивність, амбітність, дратівливість, ворожість, гнів, що проявляється в прискоренні темпу діяльності, емоційному вираженні думок.

До другої групи входять такі поведінкові особливості як спокій, покірність, розслабленість, дружелюбність, песимізм, уповільнена мова. Саме вони створюють основу здорового функціонування організму.

Третю групу складають поведінкові особливості, які створюють потенційно травмуючі ситуації і можуть призводити до внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів. Вони проявляються в неможливості вираження емоцій адекватних тій чи іншій ситуації, нездатності використання мови для опису свого стану.

Четверту групу складають фактори когнітивного плану. До них відносять: уявлення про здоров'я і хворобу, про норму в психіці, різноманітні моделі віри і лікування, профілактику, контроль за якістю і здоровим способом життя. Актуалізація наукових досліджень проблеми якості життя обумовлена необхідністю зміни домінант життєвих цінностей населення з матеріального благополуччя на культурний розвиток, зміцнення здоров'я, поліпшення екологічних та інших умов життя. Сукупність усіх цих цінностей і інтересів у науковій літературі трактується як якість життя.

Осмислення психологічних чинників якості життя дозволило Г.М.Зараковському операціоналізувати цю наукову категорію. Під якістю життя автор розумів узагальнену властивість відповідності всіх елементів і процесів життя потребам, цінностям, настановам і цілям носія життя, що має прояв в його переживаннях, оцінках, в поведінці (вчинках) і станах. Базовими потребами, природно, є біологічні, що визначають фізіологічну основу життя, все ж решта – психологічні. Якість життя людини, як оцінна категорія, характеризує параметри всіх складових життя: елементів, процесів та інструментів. Під елементами життя Г.М. Зараковський розумів самого носія життя, середовище і інструменти. Носій життя – людина як біологічна і соціальна сутність. Середовище розглядається як природне, соціальне і антропогенне. Таким чином, всі психічні явища



здіянні у забезпеченні якості життя. В основі суб'єктивного аспекту якості життя людини лежить психічне і фізичне благополуччя, що створює основу психологічного здоров'я [2].

Переживання, пов'язані зі своїм здоров'ям, зокрема з його дефіцитом, є дуже значущими в контексті загальної самооцінки особистості, у визначенні її «лінії життя», «плану життя», «життєвого стилю» в домінуючому у особистості настрої.

Порушення психологічного здоров'я проявляється в:

- деформації культурного розвитку психіки (психологічний інфантилізм, ригідність когнітивних суджень, ірраціональність свідомості і самосвідомості);
- порушенні соціальної та особистісної стресостійкості (апатія, містицизм, психологічний регрес);
- дезінтеграції особистісного само позиціонування і саморозвитку;
- загостренні конфліктогенів (опозиційне протистояння іншим людям);
- інтенсивних переживаннях, фрустрації;
- інверсії (використання психологічних масок для досягнення власних цілей) [4].

Ці позиції не вичерпують усього різноманіття порушення психологічного здоров'я, але дозволяють актуалізувати розгляд різних аспектів когнітивного рівня.

Наступна, п'ята група чинників включає в себе: соціальну підтримку, професійне оточення, шлюб і сім'ю. Соціальна підтримка забезпечує вплив соціуму на людину. Вона може виражатися в позитивному міжособистісному спілкуванні і гармонії перцептивної, комунікативної та інформаційної взаємодії, що зрештою в кінцевому результаті, дозволяє індивіду зберігати психологічне здоров'я.

Шоста група детермінант пов'язана зі сприйняттям свого віку, що поряд з біологічними віковими змінами включає вплив психологічного віку [1]. Вік детермінує зв'язок біологічного і психологічного віку. В оптимальному співвідношенні вони повинні бути ідентичними, гірше, коли людина відчуває наступ старіння раніше, ніж воно настає біологічно. Наслідком цього є зниження професійної мобільності, соціальної адаптації, ментальне «випадання» зі звичного соціуму.

Сьома група детермінант включає фізичну активність, основу якої складає рівень розвитку фізичних якостей (швидкості, сили, витривалості, спритності, гнучкості) і здатність до мобілізації резервів організму, що

забезпечує пристосування до впливу чисельних факторів навколишнього середовища.

Важливе значення для збереження психологічного здоров'я мають різноманітні резерви:

- структурні резерви, що пов'язані з особливостями будови окремих систем організму (тканини, клітини, органи);
- функціональні, які репрезентують собою можливості зміни функціональної активності структурних елементів під впливом різних факторів зовнішнього середовища;
- фізіологічні, що являють собою можливість організму змінювати свою активність в варіативних умовах;
- психологічні, представлені проявом мотиваційної сфери в разі настання хвороби і подальшої реабілітації.

Отже, здоров'я – це цінність для людини, необхідна передумова для повноцінного життя в суспільстві, самореалізації в ньому. Особистість з дефіцитом здоров'я – проблема не тільки соціальна, але й моральна. Залучення такої категорії осіб до проблем збереження свого здоров'я – це перш за все процес соціалізації. Здоровий спосіб життя забезпечує орієнтованість діяльності особистості в напрямку збереження, зміцнення і формування як індивідуального, так і суспільного здоров'я. Ключовим напрямком розвитку і підтримки психологічного здоров'я людини виступає використання компенсаторних заходів, спрямованих на формування установки підвищення якості життя за рахунок власних ментальних зусиль.

### *Література*

1. Воляннюк Н. Ю. Психологічний вік тренера-викладача в особистісному вимірі / Н. Ю. Воляннюк, Г. В. Ложкін // Соціальна психологія. – № 5 (7). – 2004. – С. 130-140.
2. Зараковский Г. М. Качество жизни населения России: Психологические составляющие. – М.: Смысл, 2009 – 319 с.
3. Ложкин Г. В. Психологические факторы качества жизни людей / Г. В. Ложкин, Н. Ю. Воляннюк // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2005. – сер. 12., вып. 6 (30), ч. II. – С. 5 -8.
4. Психология здоровья: Учебник для вузов / под. ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003 – 607 с.

## РОЛЬ СТРЕСУ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ

*М.-О. В. Гарнага,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Актуальність вирішення проблеми адаптації військовослужбовців зростає з кожним роком. В першу чергу це зумовлено нагальними потребами сучасності у створенні армії нового типу – оптимальної за чисельністю, професійно підготовленої. Армії, яка буде забезпечена поряд з високоякісними зразками зброї та обладнання, і спеціально відібраними, навченими та адаптованими до діяльності в екстремальних умовах, здатними протистояти негативному впливу стресових факторів служби військовослужбовцями. Тому, саме адаптацію до безпосередньої діяльності можна вважати одним із найважливіших напрямків прикладання зусиль військових психологів у здійсненні заходів психологічного супроводу. Проблематикою адаптації та гармонізації професійної діяльності військовослужбовців на теренах нашої держави займаються наступні науковці: В. І. Алещенко, А. Я. Анцупов, С. Г. Маслюк, Є. М. Потапчук, В. В. Ягупов [8] та ін.

У широкому розумінні адаптація – це процес та результат пристосування до мінливих зовнішніх чи внутрішніх умов [3]. В загальному науковці виокремлюють два аспекти адаптації:

- Біологічний – включає у себе мінливі фактори зовнішнього оточення: температура, освітлення, волога та інші фізичні показники. Актуальним питанням для вивчення адаптаційних механізмів даного аспекту є екстремальні умови, які виникають за тих, чи інших обставин;

- Психологічний – пристосування людини, як особистості до існування та взаємодії в суспільстві у відповідності з вимогами даного суспільства та з власними потребами, мотивами та інтересами.

В межах проблематики вивчення процесу адаптації військового у воєнному колективі не менш важливими є наступні аспекти:

- Професійний аспект адаптації – процес якісної інтеграції особистості, як професійного фахівця, у конкретний соціальний інститут, що передбачає якісне виконання своїх посадових обов'язків;

- Соціальний аспект адаптації – процес активного пристосування індивіда до умов соціального оточення, що здійснюється шляхом

засвоєння уявлень про соціальні норми і цінності оточення, з яким взаємодіє індивід.

Урахування зазначених аспектів дозволить у подальшому конкретизувати проблематику адаптації військовослужбовців до військової служби.

Одним із основних практичних завдань роботи військового психолога є досягнення позитивної адаптаційної динаміки серед новоприбулих військовослужбовців. Відповідно до вищесказаного мета дослідження полягає у визначенні ролі стресу у процесі адаптації військовослужбовців до військової служби.

Адаптація військовослужбовців до військової служби перетинається з поняттям соціалізації, яка за І.С. Коном являє собою сукупність всіх соціальних і психологічних процесів, за допомогою яких індивід засвоює систему знань, норм і цінностей, дозволяючи йому функціонувати в якості повноправного члена суспільства [2].

Сам процес соціалізації слід розглядати як двосторонній процес не лише через діалектичну єдність засвоєння та відтворення соціального досвіду, але й через єдність стихійного і цілеспрямованого впливу на всі процеси становлення людини як суб'єкту суспільних відносин [1].

Адаптуючись до нових умов професійної та соціальної взаємодії, особистість неодмінно стикається з потужним впливом стресорів з боку оточення, що ведуть за собою низку вимог; особистість проходить іспит на гнучкість та стресостійкість перед оточенням.

Для якісної адаптації особистості до нових умов необхідно враховувати особливості протікання стресу. Для цього можна використати концепцію стресу, запропоновану Г. Сельє, який визначав протікання стресу у вигляді стадій [5]:

- 1) Власне стрес.
- 2) Еустрес – корисний (конструктивний) стрес.
- 3) Дистрес.

Військова професія вимагає від особистості виконання службових обов'язків, як під час миру так і під час бойових дій, більш того, професійна підготовка постійно має бути наближеною до реальних умов бою. Звісно для особистості найбільш корисним стресом є еустрес, тому військовим психологам і командирам потрібно знати, які фактори дозволяють перейти зі стадії стресу в еустрес, а саме:

- позитивний емоційний фон;

- досвід вирішення схожих проблем у минулому та позитивний прогноз на майбутнє;
- схвалення дій індивіда з боку соціального оточення (колективу військової частини підрозділу);
- наявність достатніх ресурсів для подолання стресу [6].

Для того, щоб навчитися швидкому пристосуванню до нових вимог, потрібно навчитися долати негативні стреси та їх наслідки. Військовим психологам та командирам усіх ланок потрібно враховувати фактори, що сприяють переходу первинного стресу у дистрес, а саме:

- тривалий за часом вплив стресора, що призводить до виснаження адаптаційного ресурсу особистості;
- надмірна сила стресора, що перевищує адаптаційні можливості людини;
- емоційно-когнітивні фактори: недостатність потрібної інформації, негативний прогноз ситуації, відчуття покинутості та безпомічності перед викликами оточення.

Беззаперечним є той факт, що прояви постстресових станів у воєнний час можуть привести до фатальних наслідків. На відміну від переживання дистресу військовослужбовцем у мирний час, дана проблема беззаперечно потребує якнайшвидшого вивчення, але, можливо, уміння долати дистресорні прояви військовим у мирний час, або ж у мирному середовищі, більш важливі, оскільки:

- 1) Професійна діяльність військового у мирний час займає більш тривалу частину часу і виступає підготовчою, початковою діяльністю щодо ефективного виконання професійних обов'язків у бойових умовах;
- 2) Наслідки дезадаптації через невміння долати сильні стресові напруження не будуть фатальними, а подекуди матимуть тренувальний ефект;
- 3) Військовий, який здатен позитивно використовувати стрес для ефективнішої адаптації, збільшить вірогідність якіснішого пристосування до бойових умов;
- 4) Якісна, швидка та повна адаптація військовослужбовця є запорукою успішної соціалізації на військовій посаді;
- 5) Алгоритми подолання бойового стресу і професійного стресу у мирний час є тотожними;
- 6) Адаптований та впевнений військовий краще володіє навичками міжособистісної комунікації, що впливає позитивно на весь військовий колектив загалом тощо [7].

Адаптація військовослужбовців до проходження військової служби може також здійснюватись за рахунок зростання показників агресивності, негативних оцінок людей і подій, недовіри щодо них.

Висновки. Явище стресу є неодмінною складовою адаптаційного процесу військовослужбовців усіх категорій, незалежно від віку та посади, його неможливо уникнути, стресом потрібно керувати та використовувати його як сенситивний поштовх для здобуття професійного досвіду. Деадаптація та сильні стреси призводять до падіння якості професійної діяльності особистості військовослужбовця та його організму в цілому, що викликає загальну дезорганізацію поведінки військовослужбовця, гальмування прийняття рішень, неадекватні реакції. Метою успішної адаптації особистості є повна соціалізація у суспільство, що багатограним і складним процесом. Проблематика адаптаційних механізмів є досить розробленою у наукових колах, як на теренах нашої держави, так і за кордоном. Теперішні реалії вимагають інтегрованого багатогранного підходу, чіткого переосмислення місця військового психолога в строю, визначення його практичних завдань, розробки та впровадження психологічної підготовки в межах бойової підготовки, супроводу військовослужбовця під час виконання бойового завдання.

### *Література*

1. Андриенко Е. В. Социальная психология. Москва, 2003. 264 с.
2. Кон І. С. Социология личности. Москва, 2006. 383 с.
3. Мещерякова Б. Г., Зинченко В. П. Современный психологический словарь. Санкт-Петербург, 2006. 490с.
4. Сапольски Р. Психология стресса. Санкт-Петербург, 2016. 481 с.
5. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва, 2002. 122с.
6. Щербатих Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. Санкт-Петербург, 2008. 256 с.
7. Юрьева Л. М. Материалы пресс-конференции на тему: «Психологическая адаптация солдат вернувшихся из зоны АТО. Психическое состояние населения связанное с непрекращающимися военными действиями на Донбассе». URL: [http:// www.most-dnepr.info/press-centrt/archives/112798.htm](http://www.most-dnepr.info/press-centrt/archives/112798.htm) (дата звернення: 19.102019)
8. Ягупов В. В. Військова психологія: Підручник. Київ, 2004. 656 с.

## **ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ СИМВОЛДРАМИ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА НЕВРОЗИ**

*Н. А. Гнатенко,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Медична статистика безапеляційно доводить зростання рівня захворюваності неврологічної патології у населення України. Вагоме місце серед цієї патології займають неврози та неврозоподібні захворювання [2]. В їх лікуванні головним методом є фармакотерапія, проте, на протязі останніх десятиріч все більше вчені та практикуючі психологи приділяють увагу психотерапевтичним методикам для оптимізації психічних станів у цій категорії хворих. Зокрема, є дані про високу ефективність при невротичних розладах методу символдрами [4, с.54].

Метою роботи є обґрунтування застосування методу символдрами у осіб з невротичними розладами (на базі результатів власного дослідження).

Кататимно-імагінативна психотерапія (КІП, символдрама) – психодинамічний метод, який був заснований німецьким психотерапевтом Х. Льюїнером в 40-50 рр. минулого століття і який, показавши високу ефективність у психотерапії неврозів, порушень, пов'язаних із невротичним розвитком особистості, та психосоматичних захворювань, в 1995 році був впроваджений у психотерапію як науково обґрунтований метод [1, с. 6].

Цей метод ґрунтується на глибино-психологічних теоріях; у ньому головну роль відіграє робота із символікою імагінацій. Вважається, що у якості основної детермінанти особистісного розвитку та поведінки виступають неусвідомлювані психічні процеси (несвідомі фантазії, потяги, конфлікти та механізми захисту), важливу роль відіграє динаміка їх розвитку у стосунках з об'єктом. Метод символдрами увібрав у себе теорію потягів, його-психологію, теорію об'єктних стосунків, Self-психологію, тощо [3, с. 28-31].

Головним чинником психотерапевтичної дії стає робота з образною сферою людини; специфічним для цього методу є особлива форма уявлення образів – імагінації, в яких у символічному вигляді представлені інтерналізовані конфлікти пацієнта і патерни його об'єктних стосунків; в терапевтичному процесі психотерапевт використовує ці символізації та

наступні асоціації пацієнта у контексті анамнезу, актуальної життєвої ситуації та стосунків перенесення/контрперенесення з діагностичною та терапевтичною метою.

Головними факторами символдрами вважають: дозоване самим пацієнтом розкриття несвідомої проблематики; мікрокатарсис; пробні дії на фантазійному рівні; стимуляція креативних (пов'язаних із фантазією) здібностей; задоволення базових потреб на символічному рівні; актуалізація інфантильних травматичних сцен, пропрацювання конфлікту [3, с. 9].

Перевага символдрами полягає в тому, що вона займає середнє місце між «розкривальними» та «підтримувальними» психотерапевтичними методами; відзначається системністю і технічною організованістю (наявність структурованих технологій застосування); короткотривалістю та універсальністю; має великий діапазон застосування та мінімальні протипоказання. Ми маємо можливість застосовувати КПД у поєднанні з іншими психотерапевтичними методами, у різних формах (групова, індивідуальна, парна) та з різними категоріями клієнтів (дорослі, діти, сім'ї).

Неврози характеризуються досить широким спектром патологічної симптоматики. Ми вивчали психічні стани у 33 хворих на різні невротичні розлади (неврози) та порівняли їх з станами у 29 «здорових» осіб без неврологічної патології.

У хворих на невротичні розлади спостерігаються: високі рівні невротичності та істеричності, при чому показники, що свідчать про патологічні відхилення є високими та вірогідно більше показників здорових, яким притаманні середні результати. За методикою «САН» ми виявили у хворих на неврози зниження показників самопочуття, активності і настрою, які в групі здорових знаходились в районі середніх величин (різниця є статистично вірогідною,  $p < 0,05$ ). Ми виявили у хворих на неврози високі рівні тривожності та ригідності, відмітили також більше середнього рівень тривожності в групі здорових. При більш детальному вивченні стану тривожності ми виявили, що у хворих на невроз високі показники професійної тривожності при низькому рівні самооцінки, а у здорових профіль тривожності інший – переважає тривожність в міжособистісних стосунках, при середньому рівні самооцінки. За опитувальником «PEN» ми виявили в групі хворих високі показники психотизму та нейротизму, на відміну від здорових, де ці показники є невисокими (що статистично вірогідно,  $p < 0,05$ ). В той же час у хворих на



невроз відмічається переважна схильність до інтравертованості, на противагу здоровим, більш схильним до екстравертованості.

Вважаючи на великий і складний діапазон порушень психологічних станів у хворих на неврози ми вважаємо за доцільне розподілити психокорекційну роботу на два етапи: на першому етапі необхідно сконцентрувати увагу на компенсацію стану тривожності, пошук того внутрішнього чи зовнішнього конфлікту, який цей стан підтримує. На наш погляд, стан тривожності є тим фактором, який не тільки викликає, а й постійно підтримує патологічні зміни в психіці пацієнтів. Після цього етапу необхідно вводити все більше вправ на корекцію самооцінки, її підвищення, активізацію творчого потенціалу особистості. Виходячи з цих міркувань, символдрама здається найвдалішим вибором для допомоги хворим на невротичні розлади.

### *Література*

1. Лейнер Х. Кататимное переживание образов / Пер. с нем. Я. Л. Обухова. М., «Эйдос» 1996. 253с.
2. Українська неврологія сьогодні. *Здоров'я України*. 27.03.2015 URL: <https://health-ua.com/article/18138-ukrainska-nevrologiya-sogodn> (дата звернення: 01.10.2019)
3. Омельченко Я. М. Корекція тривожних станів молодших школярів засобами кататимно-імагінативної психотерапії : дис... канд. психол. наук: 19.00.0 К., 2006. 247с.
4. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию : монография. СПб., 1997. 207с.

## **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЕМПАТІЙНИХ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В ІНКЛЮЗИВНІЙ ОСВІТІ**

*Н. О. Гончар, аспірантка,  
Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди*

Системний аналіз запитів батьків, які мають дітей з особливими освітніми потребами, на навчання їх дітей в загальноосвітніх закладах

показує сучасність інклюзивної освіти. Впровадження інклюзивного навчання показало наявність проблем в формуванні міжособистісних стосунків молодших школярів. Саме стан цих проблем визначає необхідність дослідження з позицій різних дисциплін.

Результати досліджень психолого-педагогічної літератури показали що проблема міжособистісних стосунків учнів молодших класів з інклюзивною формою навчання представлена в загальних рисах, і поверхнево [1-4]. Саме тому визначення і знаходження шляхів та методів формування емпатійних міжособистісних стосунків молодших школярів в системі інклюзивної освіти є таким актуальним питанням.

Розгляд цих питань спонукає до подальшого емпіричного вивчення таких компонентів міжособистісних стосунків як: когнітивні, емоційні та поведінкові. Мета дослідження – з'ясувати особливості формування емпатійних міжособистісних стосунків учнів молодших класів з інклюзивною формою навчання.

Відповідно до мети були визначені такі завдання:

1) з'ясувати змістові особливості когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів системи міжособистісних стосунків учнів молодших класів з інклюзивною формою навчання.

2) встановити особливості взаємозв'язку між компонентами системи міжособистісних стосунків учнів молодших класів, чинники їхнього функціонування;

3) визначити схеми міжособистісного спілкування та взаємодії у класах з інклюзивною формою навчання;

4) виділити та охарактеризувати типи міжособистісних стосунків учнів молодших класів з інклюзивною формою навчання.

Об'єкт дослідження: емпатійні міжособистісні стосунки молодших школярів.

Методологія емпіричного дослідження емпатійних міжособистісних стосунків передбачає комплексне поєднання таких методів: експерименту, проєктивних малюнкових тестів, опитування, спостереження, бесіди.

Вибір експерименту як методу психологічного дослідження особливостей міжособистісних стосунків молодших школярів з інклюзивною формою навчання був зумовлений його цілеспрямованістю, створенням штучних ситуацій, у яких досліджуване явище вивчається і оцінюється найкраще, що й забезпечує отримання об'єктивних та найповніших висновків. Залежними змінними в експерименті є: формально-динамічні характеристики виконання діяльності – просторові,

часові характеристики, точність дій, кількість помилок, латентний період; тривалість виконання дії; темп або частота дій; ефективність виконання завдання тощо.

Для якісного аналізу експерименту усі залежні та незалежні змінні фіксуються в спеціальних картках спостереження. Проективні методики емпіричного дослідження проводились приховано. Вони були спрямовані на вивчення різних проекцій спеціально створених експертних ситуацій, де респондентам пропонуються можливі ситуації, які вони мають можливість доповнювати, інтерпретувати і висловлювати власне бачення.

Застосування методу психологічного спостереження у процесі дослідження слугувало засобом отримання додаткової інформації про емоційний компонент міжособистісних стосунків. В ході використання методу бесіди вивчались вербальні засоби та психологічні особливості опитуваного.

Організація емпіричного дослідження міжособистісних стосунків учнів молодших класів з інклюзивною формою навчання відповідно до описаних методів, на мою думку, дозволяє з'ясувати не лише змістові особливості когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів системи міжособистісних стосунків, а й встановити особливості взаємозв'язку та чинники їхнього функціонування.

Можна виділити таку послідовність: вивчення характеру системи стосунків дітей в структурі навчання з інклюзивною формою; опис компонентів системи міжособистісних стосунків дітей означеної категорії відповідно до структурно-функціональної моделі; визначення взаємозв'язків між параметрами міжособистісних стосунків; виокремлення типів міжособистісних стосунків в колективі де навчання в системі інклюзивної освіти.

Експериментальним майданчиком дослідження була загальноосвітня школа №138 м. Харків де є 2 класи молодшої ланки з інклюзивною формою навчання. Загальна кількість дітей, які брали участь у дослідженні становила 55 осіб – 30 дівчат та 25 хлопчиків, з них 4 дитини з особливими освітніми потребами. Це діти з такими порушеннями як розлад аутистичного спектру(3 дитини) та з синдромом Дауна (1 дитина).

Таким чином, застосування активного експерименту дозволило з'ясувати у дітей змістові особливості компонентів міжособистісних стосунків: когнітивні (дані щодо уявлень про ієрархію міжособистісних стосунків молодших школярів, ступеня значущості членів колективу та уявлень про колективні ролі); емоційні (дані щодо сприймання молодших

школярів себе та емоційного фону взаємодії в колективі); поведінкові (характер взаємодії колективу, особливості спільної діяльності та спілкування). Проективні методики було використано для поглибленого вивчення компонентів міжособистісних стосунків.

Спостереження, які було включено в експеримент та проективні тести, було застосовано з метою доповнення отриманих кількісних даних відповідно до виділених критеріїв. Цей вид спостереження передбачав фіксацію даних щодо невербальних реакцій дітей на завдання та запитання експериментатора. Застосування бесіди у ході проведення психологічного експерименту та проективних тестів дало можливість отримати додаткову інформацію в процесі живого, невимушеного спілкування з дітьми. Впровадження описаних методів та методик дозволить, відповідно до поставленої мети й завдань емпіричного дослідження розробити діагностичну методику для подальшого формування емпатійних міжособистісних стосунків молодших школярів.

### *Література*

1. Бабяк О. О. Формування афективного компонента міжособистісних стосунків у підлітків зі ЗПР у шкільній групі. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови 2013. № 4 (2).
2. Бабяк О. О. Формування когнітивного компонента міжособистісних стосунків у підлітків зі ЗПР у шкільній групі. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови 2014. № 5.
3. Базима Н. В. Створення мовленнєвого середовища як умова формування мовленнєвої активності в дітей зі спектром аутистичних порушень. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. Вип. 28.
4. Колупаєва А. Організаційно-педагогічні умови інтегрування дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітній простір. *Дефектологія*, 2003. №4.

## МІЖОСОБИСТІСНІ СТОСУНКИ ЯК ЧИННИК СОЦІАЛЬНОГО СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

*М. М. Горбатюк,  
магістрант спеціальності 053 «Психологія»  
КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти»*

У сучасній психології фігурує безліч думок щодо місця міжособистісних стосунків у життєдіяльності людей. Оскільки будь-яка особистість розглядається в її взаємозв'язку з іншими представниками певної соціальної групи, до якої вона належить, то саме в людських стосунках виявляється глибинний зміст людського «Я» і неповторними барвами «вплітається в канву об'єктивних суспільних відносин, дозволяючи виділити особливий їх рівень – міжособистісні стосунки, які ґрунтуються на основі певних чуттів людини, що виникають у неї з приводу іншої людини, її поведінки, діяльності, позиції в суспільстві». У зв'язку з цим В. М'ясищев вважав, що визначальним для особистості є ставлення до людей, тобто взаємовідносини.

Розвитку теорії взаємовідносин присвячені чисельні наукові дослідження, в яких означена проблема розглядається з різних точок зору. Фундаментальне значення у цьому сенсі мають праці Б. Ананьєва, В. Бехтерева, М. Денисової, М. Касаткіна, О. Лазурського, В. М'ясищева, М. Фігуріна, М. Щелованова, в яких висвітлені загальна характеристика, структура і функції міжособистісних стосунків. Класифікація міжособистісних стосунків є предметом вивчення М. Обозова, Р. Грановської та ін. Взаємозв'язки соціальних стосунків із спілкуванням досліджували О. Бодальов, Н. Богомолова, Р. Гительмахер, К. Дубовська, Г. Дьяконов, В. Семиченко.

Мета наукової публікації полягає в обґрунтуванні міжособистісних стосунків як чинника формування соціально-активної особистості, її самоактуалізації у реальних умовах міжособистісної взаємодії та спільної діяльності з іншими членами суспільства.

У науковій літературі міжособистісні стосунки тлумачать як: безпосередні зв'язки й відносини, що складаються в реальному житті між живими індивідами, які мислять і відчують. Інакшими словами – це емпіричні стосунки реальних людей у їхньому реальному спілкуванні; специфічний вид ставлення людини до людини, який надає можливість безпосереднього (чи опосередкованого технічними засобами) одночасного

чи відтермінованого особистісного ставлення у відповідь; психологічні стосунки, що ґрунтуються на взаємній готовності суб'єктів до певного типу неформальної взаємодії й спілкування, супроводжуються почуттям симпатії – антипатії та можуть бути оцінними й дієвими, тобто реалізуватися у взаємодії. Людські відносини передбачають зв'язок як мінімум між двома індивідами, а їх характер залежить від характерів і психологічних особливостей учасників. Водночас стосунки, у яких реалізується суб'єктивний психологічний чинник, накладають своєрідний відбиток на певну соціальну ситуацію.

Психологічний словник визначає міжособистісні стосунки, як зв'язки між людьми, що суб'єктивно переживаються і об'єктивно виявляються в характері й способах міжособистісної взаємодії, тобто взаємних впливів людей один на одного в процесі їхньої спільної діяльності та спілкування. Це система установок, орієнтації й очікувань, стереотипів та інших диспозицій, через які люди сприймають і оцінюють один одного. Ці диспозиції опосередковуються змістом, цілями, цінностями й організацією спільної діяльності, водночас виступаючи основою формування соціально-психологічного клімату в колективі.

Аналізуючи «місцерозташування» міжособистісних стосунків у соціально-психологічній літературі, Г. Андреева відзначає, що «природу міжособистісних стосунків можна правильно зрозуміти, якщо не ставити їх в один ряд із суспільними стосунками, а побачити в них особливий ряд стосунків, які виникають всередині кожного виду суспільних відносин, не поза ними» [1].

Отже, природа міжособистісних стосунків істотно відрізняється від природи суспільних стосунків, оскільки вони ґрунтуються, виникають і складаються на основі певних відчуттів, що народжуються у людей стосовно один до одного. Емоційна основа міжособистісних стосунків включає афекти, емоції й відчуття. Соціальна психологія концентрує увагу саме на відчуттях, набір яких не має меж. Проте Г. Андреева пропонує звести їх у дві великі групи: кон'юнктивні та диз'юнктивні відчуття.

До першої належать відчуття, які зближують і об'єднують людей. Вони свідчать, що інша сторона виступає як бажаний об'єкт, стосовно якого демонструється готовність до співпраці та спільних дій. Відповідно, друга група визначає відчуття, які навпаки, роз'єднують людей. У такому випадку інша сторона є неприйнятною, може бути навіть фруструючим об'єктом, стосовно якого бажання до співпраці не виникає.

Але стосунки між людьми не складаються лише на основі безпосередніх емоційних контактів, оскільки сама діяльність, у тому числі спільна, опосередковує інший ряд стосунків, суспільних. Тому одним із надзвичайно важливих і складних завдань соціальної психології вважають паралельний аналіз стосунків, як міжособистісних, так і опосередкованих спільною діяльністю, тобто суспільних стосунків. Зауважимо, що ці обидва ряди стосунків реалізуються у спілкуванні.

За висловом О. Леонтєва, «ставлення людини до довкілля завжди опосередковані її ставленням до людей, до суспільства», тобто включені у спілкування. Тут особливо важливо підкреслити думку про те, що в реальному спілкуванні відображаються не лише міжособистісні стосунки людей, виявляються не лише їх емоційні прихильності, неприязнь тощо, але в тканину спілкування вплітаються й суспільні, безособові за своєю природою, стосунки. Багатоманітність людських стосунків не охоплюються лише міжособистісним контактом, оскільки положення людини за вузькими рамками міжособистісних зв'язків, в ширшій соціальній системі, де її місце визначається не очікуваннями індивідів, що взаємодіють з нею, також вимагає певної побудови системи її зв'язків. А цей процес може бути реалізований лише в спілкуванні. Таким чином, поза спілкуванням людське суспільство просто немислиме.

Життя особистості невіддільне від моральних вимог суспільства, як і перспектива суспільного розвитку нерозривно пов'язана з активністю людей. Тому моральна регуляція відносин особистості й суспільства є ніби внутрішнім моментом розвитку цих відносин, що вагомо впливає на діяльність особистості й суспільства. Г. Васянович акцентує увагу на тому, що мораль у культурі є «зрізом» і аспектом усього суспільного існування людства. І надзвичайно важливу роль тут відіграє спілкування.

Саме спілкування виконує в суспільстві функції об'єднання індивідів та їхнього розвитку, що дозволяє трактувати його одночасно і як реальність суспільних стосунків, і як реальність міжособистісних стосунків. На мікрорівні (міжособистісні стосунки) воно необхідне для існування найрізноманітніших взаємин між людьми. Тобто у випадку й позитивного, і негативного ставлення однієї людини до іншої, спілкування існує в специфічних формах, навіть коли стосунки украй загострені. Приблизно те ж саме стосується й характеристики спілкування на макрорівні (як реалізації суспільних стосунків): в цьому випадку акт спілкування неминуче повинен відбутися, навіть якщо соціальні групи є антагоністичними [2].

Розглядаючи відповідно до концепції В. М'ясищева міжособистісні відносини як видове поняття стосовно родового «психологічні відносини», М. Обозов акцентує увагу на їх суб'єктно-суб'єктних зв'язках, яким властива постійна взаємність і мінливість. Очевидно, що це зумовлюється активністю з обох боків. Тому міжособистісні відносини реалізуються передусім, у взаємодії. Сенс явища взаємодії розкривається через кілька понять, серед яких відзначимо: «взаємовідносини», які можуть бути конструктивними або деструктивними залежно від задоволення сторін; «взаємодопомога», як сприяння людей один одному; «взаєморозуміння», що свідчить про узгодженість і злагоду між людьми, що взаємодіють [3].

Г. Олпорт розглядав онтогенез людини у нерозривності її суспільних зв'язків і на цій підставі експериментально вивчав ієрархію культурних цінностей, на які орієнтуються різні типи людей. Згідно з концепцією логотерапії В. Франкла, рушійною силою людської поведінки є прагнення знайти і реалізувати сенс життя. Роль сенсу виконують цінності – смислові універсалиї, які узагальнюють досвід людства.

К. Роджерс вважав фундаментальним компонентом структури особистості «Я-онцепцію», що формується в процесі взаємодії суб'єкта з соціальним оточенням і є інтегральним механізмом саморегуляції його (суб'єкта) поведінки. Теорія К. Роджерса акцентує увагу на важливості людської потреби позитивної уваги з боку себе й інших для самоактуалізації особистості. А розвиток особистості багато в чому детермінується ставленням значущих для неї людей.

Окреслені концепції стверджують, що особистістю людина стає у процесі діяльності та спілкування з іншими людьми, завдяки чому засвоюється соціальний досвід і твориться власний на індивідуальному рівні. Навчаючись порівнювати себе з іншими людьми, людина виокремлює і творить своє Я.

Структуру людської особистості складають три підсистеми: індивідуальність, представленість у системі міжособистісних стосунків і в інших людях. Відповідно до цього, особистість, як суб'єкт міжособистісних стосунків знаходить вияв у трьох утворюючих єдність репрезентаціях. Згідно з першою, вона характеризується як відносно стійка сукупність внутрішньоіндивідуальних якостей, що включає мотиви, спрямованості особистості та комплекс психічних властивостей, утворюючих її індивідуальність.

Це відображення інтраіндивідуальної підсистеми, утвореної особливостями темпераменту, характеру, здібностей людини. Проте власне



особистість може виявлятися лише у просторі міжіндивідних стосунків, оскільки процеси міжособистісної взаємодії дозволяють розкритися особистості кожного з учасників. Таким чином утворюється інтеріндивідна підсистема особистості, розташована ніби за межами органічного тіла.

Включення індивіда до простору міжіндивідних зв'язків виражається в другій репрезентації особистості. У такому контексті взаємовідносини і взаємодія, що виникають в соціальній групі, можуть трактуватися як носії особистостей їх учасників. Інтраіндивідна та інтеріндивідна підсистеми також не дають повного уявлення про всі особистісні прояви. Тому виникла потреба виокремити метаіндивідну підсистему, яка виводить особистість не лише за межі тіла, а й за межі її наявних зв'язків з іншими індивідами. Ця система більшою мірою, ніж інші, спрямована на вираження однієї з найважливіших потреб людини – бути особистістю. Це виявляється у третій репрезентації – «ідеальній представленості» індивіда в життєдіяльності інших людей, здійсненні значущих для них змін їхньої інтелектуальної й емоційної сфер. У своїй єдності ці «іпостасі» людини в системі міжособистісних стосунків характеризують її як особистість, суб'єкт міжіндивідних і соціальних по своїй природі зв'язків і відносин.

Таким чином, соціальне становлення особистості відбувається через її діяльність, взаємодію і спілкування з іншими людьми, у процесі чого не лише набувається соціальний досвід, а й створюється власна система цінних для особистості міжособистісних і суспільних взаємозв'язків з оточуючим світом.

Перспективами подальших досліджень є вивчення ролі спілкування у міжособистісних стосунках, формування культури міжособистісних стосунків та її впливу на розвиток особистості та її професійну кар'єру.

### *Література*

1. Андреева Г. М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений. М.: Аспект Пресс, 1998. 376 с.
2. Психология личности: словарь-справочник. За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2001. С. 71-72.
3. Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений. К.: Лыбидь, 1990. 191 с.

## РОЛЬ САМООЦІНКИ У ПІДТРИМАННІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

*І. М. Гресько,  
аспірант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Для кожної людини здоров'я є однією з головних цінностей в житті, адже як зазначав ще Сократ «Здоров'я – не все, але все без здоров'я – ніщо». На сучасному етапі розвитку суспільства здоров'я прийнято характеризувати як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи недуги. Завдяки процесам глобалізації ми знаємо про доволі велику кількість досліджень та відкриттів науковців в сфері здоров'язбережувальних технологій, методів лікування або профілактики захворювань. Однак досить загадковим аспектом здоров'я людини, та не менш важливим, залишається психологічне здоров'я особистості і способи його підтримання. Так, до показників психологічного здоров'я відносять чимало компонентів і кожний психологічний напрям виділяє власні, при цьому досить мало уваги приділено самооцінці, яка на протязі останніх десятиліть набула особливої популярності і її можна вважати показником цілісності та збалансованості особистості.

Проблема збереження та підтримання психологічного здоров'я висвітлена у роботах наступних вчених: С. Д. Максименка, О. В. Бацилевої, І. І. Галецької, Т. М. Титаренко, А. Елліс, К. Рифф, В. Франкла, К. Хорні, М. Ягоди та ін. Питання самооцінки досліджували такі вітчизняні та зарубіжні науковці як Б. Г. Ананьєв, Н. Є. Бернс, Л. І. Божович, І. С. Кон, В. В. Столін, П. Р. Чамата, С. Л. Рубінштейн та інші.

Мета нашої роботи – проаналізувати роль самооцінки у підтриманні психологічного здоров'я особистості.

Загальновідомо, що в процесі онтогенезу людина набуває певного досвіду та відповідно до цього формується самооцінка особистості. Якість взаємовідносин, досягнення в кар'єрі або загальне благополуччя людини визначаються тим, як людина себе оцінює, якою значущістю себе наділяє і які цілі ставить перед собою. Так, поняття самооцінки прийнято визначати як оцінка людини себе, своїх фізичних, розумових, комунікативних,

моральних якостей та життєвих можливостей, а також оцінка ставлення до себе оточуючих і усвідомлення свого місця серед них [4, с. 55]. Деякі автори зазначають, що самооцінка є елементом самосвідомості і характеризується емоційно насиченими оцінками самого себе як особи, власних здібностей, етичних якостей і вчинків [3, с. 163].

Варто зазначити, що власне поняття «самооцінки» було введено в науковий обіг У. Джеймсом як образ самого себе у структурі особистості. Представник поведінкового напрямку, Б. Ф. Скіннер, пов'язував самооцінку з досвідом особистості, з якого людина черпає уявлення про себе. В свою чергу засновник індивідуальної психології А. Адлер вказував на визначне значення дитинства у формуванні самооцінки; а інший відомий психолог, А. Маслоу, розглядав самооцінку через створену ним ієрархію потреб, серед яких з самооцінкою він пов'язував потребу людини у приналежності та любові, а також потребу у самоповазі. Засновник гуманістичної психології К. Роджерс розумів самооцінку як структурний компонент Я-концепції особистості, яка формується у процесі соціалізації через взаємодію з іншими значимими людьми і відповідно до особливостей цієї взаємодії у людини складається певна оцінка самої себе [2].

Слід зазначити, що самооцінка впливає на ефективність діяльності людини і розвиток її особистості, а також проявляється у потребі в самоствердженні і виступає як регулятор поведінки, адже відповідно до рівня самооцінки людина самовиражається по-різному. Самооцінка може бути високою і низькою, розрізнятися за ступенем стійкості, самостійності, критичності; людина може оцінювати себе адекватно і неадекватно, тобто завищувати або занижувати свої досягнення та можливості. Так, адекватна самооцінка дозволяє людині правильно співвідносити свої сили із завданнями різного рівня складності і реально дивитися на свої невдачі та досягнення у певній діяльності, ставити перед собою досяжні цілі. Неадекватна (завищена чи занижена) самооцінка здатна деформувати внутрішній світ людини, перешкоджати гармонійному розвитку особистості [3, с. 163-164].

Відповідно до цього, при неадекватній самооцінці психологічне здоров'я особистості зазнає шкоди, адже дане поняття характеризується соціальним, емоційним і духовним благополуччям і є передумовою забезпечення життєвих потреб людини, її соціалізації, активного способу життя і досягнення власних цілей [1]. А в розробленій методиці виміру психологічного благополуччя К. Рифф виділяється шість основних шкал,

або факторів, психологічного благополуччя особистості, до яких належать [5]:

- 1) самосприйняття особистості (впевненість в собі, самооцінка);
- 2) позитивні стосунки з оточуючими людьми;
- 3) особистісний розвиток;
- 4) наявність цілей в житті;
- 5) здатність пристосовуватися до середовища, адаптуватися до нових умов;
- б) автономія особистості у мисленні та поведінці.

Отже, як зазначено вище, одним з важливих факторів психологічного здоров'я є самосприйняття особистості, що включає і самооцінку людини, адже адекватна самооцінка забезпечує ефективність людини в різних видах діяльності, її гармонійні стосунки з оточуючими людьми, реалізацію власного потенціалу, стан психологічного благополуччя тощо. Зрозуміло, що неадекватна самооцінка відіграє негативну роль в життєдіяльності людини і заважає підтриманню психологічного здоров'я особистості, а недооцінка або переоцінка власних сил і потенціалу може псувати стосунки з оточуючими, завдавати шкоди у кар'єрному зростанні та призводити до загального дисбалансу внутрішнього стану людини. Тому адекватна оцінка власних можливостей в різних ситуаціях та позитивне самосприйняття може виступати ресурсом для підтримання та збереження психологічного здоров'я людини, що, безперечно, буде покращувати якість та рівень благополуччя життя кожної окремої особистості.

*Подальші наукові пошуки* ми вбачаємо у вивченні ролі самооцінки в ставленні до здоров'я, оскільки даний аспект є маловивченим і практично значущим, адже самооцінка, як структурний компонент Я-концепції, у своєму позитивному виявленні може бути підґрунтям для формування відповідального ставлення до здоров'я, що в умовах сучасного суспільства є надзвичайно важливим.

### *Література*

1. Галецька І. І. Критерії психологічного здоров'я. Вісник Львівського університету. Філософські науки. № 10. 2007. С. 317–328.
2. Дядюкіна Є. В. Самооцінка як міждисциплінарне поняття. Науковий вісник Донбасу. 2011. № 1. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvd\\_2011\\_1\\_21.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvd_2011_1_21.pdf)
3. Козерук Ю. В., Євсейчик Я. О. Самооцінка як фактор становлення особистості студента. Підготовка фахівців у системі професійної

освіти. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка. № 124. 2015. С. 163–165.

4. Попович І. С. Самооцінка – стрижневий компонент соціальних очікувань особистості. Актуальні питання сучасної педагогіки та психології : наукові дискусії : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 26–27 верес. 2014 р.). Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота». 2014. С. 55–58.
5. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс–ЛТД. 2018. 160 с.

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ МОРАЛЬНИХ УСТАНОВОК У МОЛОДІ ТА ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ**

*Л. М. Григоренко,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Здорові стосунки між особистостями – найкраща ознака психічного благополуччя. Саме в спілкуванні виявляються характерні риси особистості, а значення спілкування в житті людини важко переоцінити.

Особливу увагу дослідники приділяють вивченню морального стану молодого покоління (19-25 років) як першого покоління, що виросло в умовах незалежності України. Ще більш цікавим буде порівняння моральних установок сучасної молоді, та людей середнього віку (35-39 років), чії моральні установки закладались під впливом іншої соціально-політичної формації.

Мета нашого дослідження – виявити особливості моральних установок в міжособистісних взаємовідносинах у молодих людей (віком 19-25 років) порівнявши їх з моральними установками в міжособистісних взаємовідносинах людей середнього віку (39-45 років).

Стан моралі сучасної молоді вивчали такі вітчизняні і зарубіжні дослідники, як І. Бех, Л. Бойко, Т. Тимошенко, О. Балакірева, Н. Дудар, С. Фріс, М. Юрій, Р. Павелків, тощо [6]. Вперше поняття «установка»

стало відомим з трудів К. Ланге у 1888 році. Він позначив цим готовності до дій, обумовлених минулим досвідом.

На початку ХХ століття вченими У. Томасом і Ф. Знанецьким було досліджено феномен соціального аттитюду, або установки, та було введено в науковий обіг термін «аттитюд» [8, с. 191].

Г. Оллпорт розвинув ідеї дослідників та визначив аттитюд як «душевний і нервовий стан готовності до відповіді, організований за допомогою досвіду і що надає направляючий і/або динамічний вплив на поведінку» [4, с. 57].

За А. Терьошкіним [7, с. 7], моральна установка, або відношення, є різновид соціальної установки. Вона проявляється в позитивному або негативному відношенні людини до норм, цінностей, законів і вимог моралі. Моральна установка має когнітивний, емоційний і поведінковий аспекти. Ключовими, узагальненими установками, на думку А. Терьошкіна, є установки морального вибору. Вони припускають готовність діяти певним чином, оцінювання вчинку як морального або аморального і розуміння підстав такого вибору [7, с.6].

В. Лавріщев наводить таке визначення моральної установки як готовність, або схильність особистості діяти в різних життєвих ситуаціях відповідно до визначених етичних принципів, норм моралі, моральних цінностях, уявленнях про добро і зло, власної моральної і соціальної відповідальності, що базується на усвідомленні особистістю власних моральних мотивів, почуттів, якостей, та формується на підставі особистого і соціокультурного досвіду. Моральні установки тісно пов'язані з іншими мотиваційними установками самосвідомості, з ціннісними орієнтаціями, переконаннями, принципами, самооцінкою моральних якостей» [3, с. 8].

Щоб визначити особливості моральних установок та їх прояв в міжособистісних відносинах у сучасній молоді нами було залучено до діагностування 43 студента Донецького національного університету імені Василя Стуса віком 19-25 років та 39 осіб віком 39-45 років, на добровільних засадах серед працюючих в державних установах м. Вінниці.

Для вивчення особливостей моральних установок ми обрали наступні методики: опитувальник соціальних моральних установок А. Терьошкіна, орієнтовна анкета спрямованості особистості О. Мірошніченко, тест діагностики соціально-психологічних установок особистості в мотиваційній сфері О. Потьомкіної, методика для визначення

цінностей особистості Ш.Шварца, методика діагностики мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях (І. Ладанов, В. Уразаєв).

Результати наших досліджень представлені в таблицях 1-3.

За результатами, представленими в таблиці 1, ми зробили висновки, що у молоді домінуючі установки на благополуччя, справедливість, прагматизм, релігійність, моральну автономію, моральну мужність, чесність, дружелюбність. На відміну від людей середнього віку в них досить високі показники моральної тривожності (6,1 проти 2,1), самоповаги та релігійності, та значно нижчі показники відповідальності, вірності, альтруїзму та взаємності.

Таблиця 1. Результати дослідження за опитувальником соціальних моральних установок А.Ф. Терьошкіна (в балах)

№ з/п	Показник	Студенти (n=43)	Середній вік (n=39)
1	Нормативність	1,3	1,8
2	Благополуччя	6,2	7,1
3	Справедливість	7,3	5,8
4	Взаємність	-4,2	2,1
5	Самоповага	5,7	3,2
6	Моральна тривожність	6,1	2,1
7	Альтруїзм	1,9	4,8
8	Прагматизм	6,9	4,1
9	Релігійність	6,2	3,0
10	Моральна автономія	7,9	5,1
11	Релятивізм	-0,7	0,3
12	Комформність	2,2	3,4
13	Цинізм	-3,4	1,6
14	Макківеалізм	-4,4	-6,3
15	Конвенціональність	1,2	1,0
16	Чесність	7,7	7,4
17	Відповідальність	4,4	6,5
18	Вірність	1,1	5,3
19	Моральна мужність	7,4	3,8
20	Дружелюбність	7,6	7,9

Другим етапом дослідження стало вивчення спрямованості особистості за О.Мірошніченко.

Таблиця 2. Результати діагностики спрямованості особистості за методикою О.Мірошніченко.

№ з/п	Спрямованість	Студенти середній бал	Середній вік середній бал
1	Особистісна	48,9	37,4
2	Ділова	36,2	44,4
3	Колективна	18,3	48,2

Як видно з наведених даних, в структурі спрямованості особистісної ми статистичної різниці в показниках не відмітили. Дещо більше показники ділової активності у людей середнього віку. Та значна перевага у цієї ж групи над студентами в показниках колективної спрямованості, яка є статистично достовірною ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 3. Результати діагностики соціально-психологічних установок особистості в мотиваційній сфері О. Потьомкіної

№ з/п	Орієнтація	Студенти (середній бал)	Середній вік (середній бал)
1	Процес	4,3	4,8
2	Результат	3,2	6,1
3	Альтруїзм	1,8	4,4
4	Егоїзм	4,6	3,0
5	Праця	3,7	6,9
6	Гроші	5,9	6,1
7	Свобода	5,7	3,9
8	Влада	2,9	2,1

За результатами нашого дослідження констатуємо, що у молоді, на відміну від осіб середнього віку, установка на процес переважає результат, егоїзм переважає альтруїзм, установка на гроші переважає установку на працю. Однаковими є тенденції переваги свободи над владою.

Висновки: В результаті проведеного дослідження нами були виявлені наступні особливості моральних установок молоді (у порівнянні з особами



середнього віку): високий рівень моральної тривожності, та знижені альтруїзму, взаємності, відповідальності, вірності. При високих показниках особистісної та середніх показниках ділової спрямованості особистості, колективна спрямованість є доволі низькою. у молоді, на відміну від осіб середнього віку, установка на процес переважає результат, егоїзм переважає альтруїзм, установка на гроші переважає установку на працю. Ці результати повинні стати основою для розробки тренінгових програм, які повинні дати розвиток і покращити моральні установки у сучасної молоді що в свою чергу поліпшить якість міжособистісних відносин.

### *Література*

1. Кревська О. О. Мотиваційні чинники професійної самоефективності особистості : автореф. дис. ... канд. психол. Наук. Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2018. 20 с.
2. Лаврищев В. В. Морально - нравственные установки в самосознании лиц, отбывающих уголовное наказание: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Санкт-Петербург, 2018. 28 с.
3. Олпорт, Г. Становление личности: Избранные труды. М.: Смысл, 2002. 462 с.
4. Павелків Р. В. Загальна психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. Вид. 3-тє, допов. К.: Кондор, 2009. 576 с. <https://westudents.com.ua/glavy/77264-65-motivatsyno-potrebnsna-sfera-osobistost.html>
5. Сила Т. І. Соціально-психологічні установки особистості як фактор самореалізації молоді. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Збірник наукових праць. № 3 (5). К.: Університет «Україна», 2007. с. 93-98.
6. Терешкин А. Ф. Моральные установки в системе отношений субъекта: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Санкт-Петербург, 2004. 26 с.
7. Томас. У., Знанецкий Ф. Методологические заметки. Американская социологическая мысль: избранные труды. М.: МГУ, 1994. С. 182–194.

## **ПРОФЕСІЙНА УСПІШНІСТЬ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРАЦІ ТА ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Є: ШЛЯХ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОШУКУ**

*Г. В. Гуменюк,*

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Стратегія життя, орієнтована на успіх, мотивує фахівця будь-якої професії на досягнення, заохочує його бажання самоідентифікуватися і самореалізовуватися через свої професійні досягнення. Прагнення досягти професійно визнаних результатів завдає вектор розвитку особистості у трудовій діяльності, виступаючи, у такий спосіб, джерелом не лише її дій, а й очікувань щодо себе та своїх можливостей. Під таким кутом зору професійна успішність безпосередньо залежить від ефективності праці та виражається у мірі задоволеності суб'єктом результатами своєї фахової діяльності.

Проте, досягнення ефективності в праці і переживання задоволення від отримання високих результатів завжди гостро ставлять питання психофізіологічної «ціни» цієї успішності. Адже ціна досягнутого результату може бути різною. В сучасних умовах ринку праці з притаманними йому високим коефіцієнтом стресогенності, високі трудові звершення можуть досягатися ціною постійної перевтоми (зокрема, психічної), що неминуче негативно відображається на стані здоров'я фахівців. Більш того, у сучасних дослідженнях дедалі більше переноситься на аналіз основних форм стану напруженості, різних видів стресу і пов'язаних з ними межових станів.

*Завдання* нашого пошуку полягає в окресленні проблемного поля для знаходження критеріїв, які б дозволяли сучасному фахівцеві успішно вибудувувати свою кар'єру, досягати максимальних професійних результатів, домірних з їхньою психофізіологічною «ціною».

Актуальність досліджень професійного здоров'я людини обумовлена безпосереднім його зв'язком з ефективністю праці. Продовження професійного довголіття виступає не лише особистим бажанням кожного працівника, але і засадничим чинником досягнення професійної успішності.

Питання психології здоров'я у контексті професійної діяльності групуються на дві основні групи, кожна з яких спрямована на виконання певного завдання: виявлення, збереження і примноження резервів

(ресурсу) професійного довголіття та психологічне забезпечення виходу з професії за віком.

Наразі зупинимося на висвітленні першого завдання, мета якого полягає у пошуці оптимальних умов праці; зниженні впливу на надійність і безпечність професійної діяльності несприятливих чинників зовнішнього середовища та індивідуальних особливостей суб'єктів праці; досягненні оптимальності функціонального стану фахівцем по відношенню до внутрішньої (психофізіологічної) «ціни» витрачених ним знань на виконання певної діяльності.

Слід наголосити, що у нових економічних умовах реформування професійного життя складається принципово новий підхід до здоров'я, яке стає базовою властивістю людини у системі ринкових відносин та водночас її суб'єктивною цінністю.

Здоров'я як економічний чинник передбачає:

- збереження на ринку праці професіоналів високого рівня, чис здоров'я визначає стабільність результатів їхньої праці;
- нову психологічну установку на здоров'я як на соціально-економічне благополуччя у системі жорсткої конкуренції і складних умовах виживання.

Таким чином, охорона і відновлення професійного здоров'я людини передбачає підсилення міжпредметних зв'язків між медициною, психологією, психофізіологією, психотерапією, гігієною, а також економікою, інформатикою, трудовим законодавством, що дозволить розглядати категорію здоров'я як інтегральну якість у системі «здоров'я – працездатність – ефективність – розвиток».

Полісистемний зв'язок професійного здоров'я з успішністю в професійній діяльності вимагає свого осмислення.

*Amat victoria curam* (з лат. – Перемога любить старанність). Успішність є однією з найбільш вагомих характеристик професійної діяльності людини. Проте, на даний час у психології немає як єдиного визначення цього поняття, так і єдиного трактування критеріїв оцінки цієї характеристики.

За результатами проведеного аналізу літератури з обраної проблематики виявлено тенденцію щодо розгляду поняття «успіху», а саме через призму понять «мета – процес – результат». У контексті цієї тріади поняття успішність діяльності часто розглядають сумісно з поняттям «ефективність діяльності». Проте, такі вчені, як Н. І. Майзелью,

В. Д. Небиліцин, Б. М. Теплов вважають, що ці дві характеристики слід однозначно чітко розмежовувати.

*Успішність діяльності* – характеристика діяльності, що включає оцінку результату, досягнутого під час цієї діяльності та оцінку задоволеності фахівця своєю професійною працею. При оцінці успішності діяльності слід враховувати насамперед психофізіологічні витрати, які необхідні для розв'язання професійних завдань. Успішність діяльності тісно пов'язана з інтелектуальною, мотиваційною та емоційно-вольовою сферою особистості, також вона залежить від індивідуальних психофізіологічних якостей [2].

Змістовний аспект професійної успішності розкривається через низку взаємопов'язаних понять таких, як «результативність» і «продуктивність».

*Результативність праці* – це наявність результатів, підсумку праці, які можуть бути позитивними (запланованими) і негативними (несподіваними). *Продуктивність* – наявність продукту праці, який відповідає необхідним стандартам у професії [4].

*Ефективність діяльності* – це відповідність отриманого результату до максимально бажаного або до поставлених цілей і завдань; це більш вузьке поняття, ніж результативність, оскільки охоплює як правило позитивні результати. Ефективність найчастіше визначають як кількість витрат, необхідних для отримання певного результату, або результатом, отриманим при певних витратах.

Основними характеристиками ефективності є якість і продуктивність.

Ефективність відображає в більшій мірі підсумковий прояв діяльності суб'єкта праці, рівень його реальних досягнень. Власне тому ефективність діяльності тісно пов'язана з працездатністю людини.

*Працездатність* – одне з основних соціально-біологічних властивостей людини, яка відображає її можливість виконувати певну роботу протягом певного часу, із заданою ефективністю та якістю [1].

Існують різні рівні працездатності, які проявляються у комплексі показників успішної діяльності – ефективність, продуктивність, якість професійної діяльності та функціональні показники – реакції організму, суб'єктивні стани людини, що складають психофізіологічну «ціну» результату.

У цілому працездатність залежить від ряду чинників – від стану мотивації і спрямованості особистості, від її здібностей та вмінь

мобілізувати свої можливості, від функціональних станів організму і від величини резервних можливостей, стану здоров'я, витривалості людини, від професійного досвіду, рівня загального розвитку, пластичності нервової системи, стійкості спеціальних знань, вмінь, навиків [1, с. 108]; від тренуваності [5, с. 7], тобто від можливості виконувати роботу під час різних функціональних станів, ніби ігноруючи їх.

Отже, ефективність професійної діяльності тісно пов'язана з професійним успіхом людини, з її кар'єрою. Динамічний аспект останньої визначається головним чином рівнем працездатності, тобто тою мірою зусиль, які доклав фахівець для досягнення бажаного (запланованого) результату за певний проміжок часу. Витрачені зусилля і є тим наріжним каменем, який визначає психофізіологічну «ціну» професійної діяльності, безпосередньо впливаючи на стан здоров'я працівника.

Нам усім добре відомо, що ціна досягнутого результату може бути надто різною. У ряді випадків наслідком постійних стресів, хронічної перевтоми можуть бути психогенні захворювання: серцево-судинні, шлунково-травневі, алергічні, нервово-психічні тощо. Поряд з цим у дослідженнях О. М. Родіної виявлено, що хронічні несприятливі функціональні стани призводять до формування негативних емоційно-особистісних властивостей. Подібна діяльність не може бути оцінена як успішна, оскільки, виконуючи її, людина працює на знос, шкодить своєму здоров'ю і навіть деградує як особистість [3, 6, 7].

Висновок. З психологічної точки зору важливим критерієм професійної успішності є задоволеність своєю діяльністю – усвідомлена суб'єктивна оцінка своєї праці, яка проявляється у помітних проявах сприятливих психічних станів під час діяльності, формуючи тим самим бажання продовжувати займатися певним видом діяльності.

Досягти оптимальних функціональних станів активно працюючій людині можливо дотримуючись основних принципів психофізіологічного забезпечення, а саме:

- зменшення сили впливу чи повне усунення виявлених несприятливих чинників; підвищення стійкості фахівця різними засобами до впливу шкідливих чинників; підсилення адаптаційно сприятливих чинників з метою компенсації дезадаптаційних; урахування різних рівнів системної організації людської індивідуальності (фізіологічного, психічного, поведінкового, особистісного, соціально-психологічного) при плануванні професійних досягнень в трудовій діяльності. В іншому випадку, професійна успішність, яка досягається за будь-яку ціну призведе

не лише до професійних деформацій особистості, але й до погіршення стану здоров'я фахівця.

### *Література*

1. Бодров В.А. Работоспособность человека-оператора и пути её повышения / В.А. Бодров // Психологический журнал. – 1987. – Т. 8, № 3. – С. 107-117.
2. Климов Е.А. Психология профессионала / Е.А. Климов. – М.: Изд-во «Ин-т практической психологии», 1996. – 400 с.
3. Климов Е.А. Пути в профессионализм (Психологический взгляд): Учеб. пособие / Е.А. Климов. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т : Флинта, 2003. – 318 с.
4. Маркова А.К. Психология профессионала / А.К. Маркова. – М.: Междунар. Гуманитарный фонд «Знание», 1996. – 312 с.
5. Попов А.К. Работоспособность человека / А.К. Попов // Психологический журнал. – 1985. – Т. 6, № 1. – С. 3-12.
6. Родина О.Н. Личностные деформации при развитии состояния хронического утомления // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2019. – № 1. – С. 123–140.
7. Родина О.Н. О понятии «успешность трудовой деятельности» / О. Н. Родина // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 1996. – № 3. – С. 60-67.

## **ДІАГНОСТИКА СФОРМОВАНOSTІ РІВНІВ НАРАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ОСОБИСТОСТІ**

*К. В. Гуцол,  
аспірант,*

*Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*

Цивілізаційні виклики сучасності формують принципово нові вимоги до особистості: прогресивне суспільство потребує соціальних лідерів, здатних конструювати власну ідентичність, спрямованих на саморозвиток і самореалізацію. З усіх дискурсивно-орієнтованих концепцій конструювання ідентичності саме нарративний підхід є здатним максимально повно розглядати її розвиток і трансформацію [1; 2; 3]. Проте проблема нарративної компетентності особистості залишається

малоопрацьованою в сучасній психології, існує потреба в розробці діагностичного інструментарію її сформованості. Метою дослідження є розробка й апробація методичного інструментарію визначення рівнів сформованості наративної компетентності особистості.

Результати дослідження проблеми. Для проведення емпіричного дослідження було сформовано вибірку з 150 респондентів віком від 18 до 57 років. Респонденти мали виконати 14 завдань до кожного з трьох запропонованих текстів з художньої літератури.

*Завдання до текстів та алгоритм оброблення результатів їх виконання*

1. Із скількох частин, на Вашу думку, складається текст? Виділіть їх у тексті.

*0 – немає відповіді; 1 – частини тексту виокремлені некоректно; 2 – частини тексту виокремлені коректно.*

2. Складіть розгорнутий план тексту.

*0 – немає відповіді; 1 – розгорнутий план нечітко структурований; 2 – розгорнутий план чітко структурований.*

3. Поставте 3-5 власних запитань до тексту.

*0 – немає власних запитань до тексту або запитання до тексту некоректні (не мають відношення до змісту тексту); 1 – запитання до тексту в межах змісту тексту; 2 – запитання до тексту виходять за межі змісту тексту.*

4. Чи представлена в тексті проблемна ситуація, до розв'язання якої прагне автор, у чому, на Вашу думку, її суть?

*0 – немає відповіді або проблемна ситуація виділена некоректно («не по суті»); 1 – проблемна ситуація виділена, але має узагальнений характер («позаособистісний»); 2 – проблемна ситуація виділена, спостерігається особистісна співпричетність респондента до неї.*

5. Сформулюйте основну думку тексту, узагальнення його змісту в одному реченні.

*0 – немає відповіді або основна думка тексту виділена некоректно («не по суті»); 1 – основна думка тексту виділена, але має узагальнений характер («позаособистісний»); 2 – основна думка тексту виділена, спостерігається особистісна співпричетність респондента до неї.*

6. Напишіть продовження тексту, власне припущення щодо подальшого розвитку змісту тексту (1-5 речень).

*0 – варіант продовження відсутній; 1 – сформульовано варіант продовження нарративу, що не містить рефлексивної інформації; 2 –*

*сформульовано варіант продовження наративу, що містить рефлексивну інформацію.*

7. Закінчіть речення. Читаючи текст,

a) я був(ла) цілком згоден(на) з тим, що ...

b) мене здивувало, що ...

c) я задумався(лась) над ...

d) якби я давав(ла) пораду іншій людині прочитати цей текст, то, у першу чергу, наголосив(ла) б на ...

*Кожний пункт цього завдання оцінюється окремо: 0 – немає відповіді або відповідь некоректна («не по суті»); 1 – відповідь у межах змісту тексту; 2 – відповіді виходять за межі змісту тексту.*

8. Як Ви вважаєте, що спонукало автора до написання даного тексту?

*0 – немає відповіді або відповідь некоректна («не по суті»); 1 – відповідь має узагальнений характер («позаособистісний»); 2 – у відповіді спостерігається особистісна співричетність респондента.*

9. Уявіть собі, що текст написано автором особисто для Вас. Напишіть свою відповідь автору (1-3 речення).

*0 – немає відповіді або відповідь некоректна («не по суті»); 1 – відповідь має узагальнений характер («позаособистісний», без рефлексії); 2 – відповідь містить рефлексивну інформацію.*

10. Поставте 3-5 власних запитань до автора тексту.

*0 – немає відповіді або відповідь некоректна («не по суті»); 1 – відповідь у межах змісту тексту; 2 – відповідь виходять за межі змісту тексту.*

11. Чим особисто для Вас було корисно/некорисно знайомство з текстом?

*0 – немає відповіді або відповідь некоректна («не по суті»); 1 – відповідь має узагальнений характер («позаособистісний», без рефлексії); 2 – відповідь містить рефлексивну інформацію.*

12. Кому, з Вашої точки зору, було б корисно прочитати цей текст?

*0 – немає відповіді або відповідь некоректна («не по суті»); 1 – відповідь має узагальнений характер («позаособистісний», без рефлексії); 2 – відповідь містить рефлексивну інформацію.*

13. Чи є, на Вашу думку, щось таке, що поєднує запропоновані тексти?

*0 – немає відповіді або тексти нічого не поєднує; 1 – поєднує, але відповідь не розгорнута; 2 – поєднує, відповідь розгорнута.*

14. Які труднощі виникали у Вас у процесі виконання завдань?

*0 – немає відповіді; 1 – відповідь нерозгорнута; 2 – розгорнута відповідь.*



Ключ до визначення рівнів сформованості наративної компетентності респондентів: передсмысловий рівень (завдання: 1, 2, 3); смысловий рівень (завдання: 4, 5, 6, 7а, 7б, 7с, 10); метасмысловий рівень (завдання: 7d, 8, 9, 11, 12, 13, 14).

За результатами аналізу результатів виконання завдань встановлено, що: передсмысловий рівень сформованості наративної компетентності властивий 23,3 % респондентів від загальної вибірки, що становить 35 осіб; на перехідному етапі від передсмылового до смыслового рівня наративної компетентності знаходиться 9,3 % (14 осіб); смысловий рівень сформованості наративної компетентності властивий 38 % респондентів від загальної вибірки, що становить 57 осіб; на перехідному етапі від смылового до метасмылового рівня наративної компетентності знаходиться 6,7 % (10 осіб); метасмысловий рівень сформованості наративної компетентності властивий 22,7 % респондентів від загальної вибірки, що становить 34 особи.

На заключному етапі експериментального дослідження наративної компетентності особистості для визначення рівнів її сформованості у респондентів було залучено групу з 15 експертів, кожен з яких обробив 150 виконаних завдань до текстів (по 3 тексти від 50 респондентів). Отже, кожне з 450 виконаних респондентами завдань було оброблено 5 експертами. Експертам пропонувалась проаналізувати виконані респондентами завдання до текстів та визначити рівні сформованості їхньої наративної компетентності (передсмысловий, смысловий, метасмысловий), виходячи із запропонованих нами критеріїв.

Критеріальними ознаками сформованості наративної компетентності особистості *на передсмыловому рівні* є здатності: виділяти окремі текстові елементи, складові частини тексту наративу; виокремлювати певні ситуації, що експлікуються в текстових висловленнях; стисло переказувати зміст тексту; складати розгорнутий план тексту наративу; ставити запитання за змістом тексту;

*на смыловому рівні* є здатності: визначати в тексті наративу його тему (предмет, сутність); формулювати основну думку (ідею); виділяти проблему, до розв'язання якої прагне автор; прогнозувати власні припущення щодо подальшого розвитку змісту тексту наративу; ставити питання до автора;

*на метасмыловому рівні* є здатності: припускати, що саме спонукало автора до створення певного наративу, та вміння йому відповідати, виходячи з цього припущення; рефлексувати підстави власних

інтерпретаційних процесів; прогнозувати ефект (наслідки) від знайомства з певним нарративом; аналізувати труднощі, що виникають при розуміння тексту.

З метою підтвердження надійності визначення рівнів сформованості нарративної компетентності респондентів запропонованим нами способом підрахунку балів, нами було обраховано зв'язок за допомогою кореляційного непараметричного аналізу за ранговим коефіцієнтом Спірмана визначених нами рівнів нарративної компетентності респондентів способом підрахунку балів та їхніх рівнів за результатами експертизи. Його результати підтвердили тісний зв'язок ( $\rho_0 = 0,97$ ) на високому рівні значимості ( $p \leq 0,001$ ).

Отже, запропонована авторська методика може бути рекомендована для подальшої апробації та впровадження в психологічну практику як продуктивний інструментарій визначення рівнів сформованості нарративної компетентності особистості. Перспективи подальшого дослідження нарративної компетентності ми пов'язуємо з розробкою психологічного інструментарію розвитку її сформованості в особистості в контексті її здатності до самопроекування.

### *Література*

1. Baddeley, J., & Singer, J.A. (2007). Charting the life story's path: Narrative identity across the life span. In J. Clandinin (Ed.), Handbook of narrative research methods (pp. 177–202). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452226552.n7>
2. Brockmeier J., & Carbaugh D. (Eds.). Narrative and identity. Narrative and identity: studies in autobiography, self, and culture. Amsterdam : John Benjamins, 2001. P. 39–58.
3. Hammack, P.L. (2008). Narrative and the cultural psychology of identity. Personality and Social Psychology Review, 12, 222–247. <https://doi.org/10.1177/1088868308316892>

## ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ТА РЕСУРСИ ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ

*Г. П. Дзвоник,  
науковий співробітник,  
Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*

Психологічне здоров'я особистості є бажаною формою життєстійкості людини, що забезпечує високу якість і достатню тривалість життя. Здорова людина легше долає перешкоди, справляється з неприємностями та вистояє в життєвих випробувань. Висока життєстійкість людини обумовлюється адаптаційним потенціалом, наявністю енергії та гнучкості, які за наявності захворювання відчутно знижуються. Здоров'я – це гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних чинників, що забезпечують внутрішнє благополуччя людини, її стійкий комфортний стан. Психологічне та фізичне здоров'я індивіда є фундаментом загального здоров'я особистості. Загальний стан здоров'я визначається стилем життя, характером стосунків, професійною зайнятістю, звичками, вмінням прислуховуватися до потреб свого тіла та організму. Постійна увага до свого фізичного стану, розуміння значення відпочинку, сну, здорового харчування, фізичних навантажень для збереження працездатності та розкриття творчих здібностей є профілактикою захворювань, підґрунтям високої життєстійкості. На особистісне психологічне здоров'я крім здоров'я фізичного впливає соціально-психологічна адаптивність, тобто здатність знаходити своє місце у групі, спільноті, соціумі, загалом відчувати себе на своєму місці у власному житті [1].

Психологічно здорова особистість – це, по-перше, активна та динамічна людина, яка швидко пристосовується до змін життєвих умов. По-друге, вона має здібності продуктивного спілкування, враховуючи потреби інших людей та власні інтереси. Для психологічно здорової особистості нескладно встановлювати довготривалі конструктивні стосунки, уникаючи конфліктів та непорозумінь. В соціальному середовищі така людина почуває себе природне, як у спілкуванні, співпраці, так і в спільному відпочинку. Цьому сприяють розвинені комунікативні здібності та здатність підтримувати достатній рівень самостійності та автономії. Така людина завжди відкрита новому досвіду, вміє ставити своєчасні життєві завдання і готова рухатися вперед.

Психологічно здорова людина має великий багаж когнітивних, емоційних та особистісних ресурсів, що допомагає оптимістично оцінювати життєві події та зберігати позитивне ставлення до життя взагалі. Так, одним з когнітивних ресурсів для позитивної оцінки життєвих змін є здатність оптимально оцінювати життєві труднощі, що дозволяє зберігати більш менш позитивний емоційний стан у складних життєвих ситуаціях. *Оптимістична* особистість завжди прагне покращити власний емоційний стан. До протилежних наслідків веде песимістична оцінка життєвих подій. Так, *песимістична* особистість схильна розглядати негативні події як такі, що постійно відбуваються у її житті. Така людина відчуває провину, звинувачує себе за все погане, що трапляється у її житті. І, таким чином, в неї формується «вивчена безпорадність», яка підкріплює її песимістичні уявлення. Песимістична людина негативно оцінює життєві зміни, що може призвести до психологічного напруження, стресу та депресивних станів [2].

Психологічне напруження та стрес запускають процеси саморегуляції, спрямовані на покращення власного емоційного стану. Отже, коли людина оцінює життєві зміни як стресові, їй дуже важко зосередитись на розв'язанні складних професійних та життєвих ситуаціях та їх причинах. Для вирішення проблеми необхідно досягнути внутрішнього спокою та рівноваги. Так, важливим для формування оптимальної оцінки складних життєвих ситуацій є віра людини у контрольованість подій та можливість впливати на ситуацію. Людина, що прагне до позитивного результату, або уникає негативного результату, дійсно може робити позитивний вихід більш ймовірним, а можливість негативного результату зменшити. Якщо людина вірить, що може змінити ситуацію на краще, це її мобілізує та підвищує ймовірність досягнення успіху. Так, можливість утримування контролю над ситуацією забезпечує стабільність у прогнозуванні ймовірності досягнення суб'єктивно значущого завдання.

Оптимальна оцінка життєвих та професійних труднощів, усвідомлення того, що попри наші бажання та зусилля існують зовнішні фактори, які ми не в змозі контролювати і, які можуть завадити реалізації життєвих планів спрямовує людину на пошук оптимального вирішення складної ситуації. Продуктивність розв'язання життєвих проблем цілком залежить від особливостей її пізнавальної діяльності та її когнітивного стилю [3]. Когнітивний стиль це – інтегральна характеристика індивідуальності, що пов'язана з типом реагування та вибором способу дій

і стратегій поведінки. Когнітивний стиль є тим інструментальним ресурсом особистості, якій дає можливість аналізувати, прогнозувати та оцінювати відповідні смисли діяльності спрямованої на долання труднощів. Такий когнітивний стиль як *гнучкий пізнавальний контроль* дозволяє відносно легко переключатися з однієї діяльності на іншу, дає можливість швидко аналізувати нові неочікувані ситуації. Інший когнітивний стиль як *толерантність до нереалістичного досвіду* передбачає можливість звільнитися від звичних стереотипних форм аналізу у ситуації невизначеності та протиріччя. Толерантні люди скоріше приймають у свою свідомість новий незвичний досвід. Вважається, що нетолерантність до нереалістичного досвіду є характеристикою «закритого» розуму і є симптомом високого рівня тривоги. Наступний когнітивний стиль *імпульсивність-рефлексивність*, тобто схильність приймати рішення швидко або повільно найбільш яскраво проявляється в умовах коли вимагається здійснити правильний вибір у ситуації невизначеності. Імпульсивні люди схильні швидко приймати рішення не враховуючи, що є можливі альтернативні рішення. Для рефлексивних людей характерним є повільне та виважене прийняття рішень. Вони витрачають більше часу на оцінку та аналіз ситуації, використовуючи більш продуктивні стратегії вирішення життєвих труднощів [4].

Отже, можна виділити деякі характеристики когнітивної сфери життєстійкої особистості, що впливають на здатність ефективно аналізувати, прогнозувати та оцінювати складні ситуації та труднощі. Це високий рівень рефлексії, рівень усвідомлення життя, розвинуті антиципаційні здібності, гнучкість та толерантність до труднощів. Розвинуті *антиципаційні здібності*, звичка все планувати наперед, дає можливість передбачати ймовірні перешкоди на шляху реалізації життєвої програми та цілей. *Гнучкість* дає можливість досить швидко включитися у розв'язання незапланованих проблем та труднощів. *Толерантність* до проблем спрямовує особистість на активний пошук індивідуальних способів подолання труднощів, на досягнення психологічного здоров'я та спонукає до трансформації різних форм травмуючого досвіду у позитивні життєві зміни. Отже, гнучкість і толерантність у сприйнятті життєвих подій, усвідомлення та розуміння труднощів є тим підґрунтям, на якому будується життєстійка стратегія опанування. [4, с.178]. Поліпшення, збереження, відтворення фізичного та психологічного здоров'я людини є найкращим свідоцтвом високої життєстійкості особистості.

### *Література*

1. Куликов Л.В. Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004. 464 с.
2. Маннапова К.Р. Життєстійкість в системі поняття життєздатності Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. № 44. Ч. 1. Х.: ХНПУ, 2012. С. 143-150.
3. Титаренко Т.М. Життєстійкість особистості: Соціальна необхідність та безпека. К.: Марич, 2009. 76 с.
4. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд. СПб.: Питер, 2004. 384 с.

## **ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ ПІДЛІТКІВ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я**

*В. Ю. Жук,*

*кандидат медичних наук, асистент*

*В. Є. Клебан,*

*студентка 5 курсу медичного факультета*

*М. К. Білоус,*

*студент 5 курсу медичного факультета*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Репродуктивне здоров'я за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – це стан фізичного, розумового і соціального благополуччя за всіма пунктами, що належать до репродуктивної системи на всіх стадіях життя. Період життя, що припадає на підлітковий вік, визначає не тільки формування репродуктивного здоров'я і ризику можливих репродуктивних втрат в майбутньому, а й надає становлення особистого ставлення до здоров'я [1, 2].

За останні 10 років частка абсолютно здорових дівчаток зменшилася з 28,6 до 6,3% [1, 3]. Показники захворюваності в підлітковому віці у дівчаток на 10-15% вище, ніж у хлопчиків. На ріст і розвиток репродуктивної системи впливає безліч факторів [3, 4].

Сексуальне розвиток людини триває все життя. В процесі розвитку діти переходять від узагальненого усвідомлення своєї чуттєвості до конкретних сексуальних переживань. Підлітки усвідомлюють свою

сексуальність завдяки спілкуванню з оточуючими. Існують свідоцтва того, що сучасні юнаки і дівчата починають статеве життя у все більш ранньому віці.

Статеве виховання – це важлива частина морально-етичного та естетичного виховання. Основна його мета – формування майбутнього сім'янина, який володіє високими моральними якостями, такими, як висока громадянськість, чесність, працьовитість, стриманість, дружелюбність, серйозне ставлення до любові, вміння знаходити прекрасне в природі і в людях, ставлення до жінки [5].

Діти дуже сприйнятливі до інформації, і будь-яка неточність в тому, що їм або зовсім не повідомляють, або неправильно підносяться ті чи інші відомості про сексуальне життя, може принести шкоду. Якщо виховання, в тому числі і статеве, проводиться з урахуванням віку, то воно дає позитивні результати. Головною ж метою сексуальної освіти, на наш погляд, є збереження репродуктивного здоров'я і формування у молодих людей деякої свободи в поєднанні з відповідальністю за свою поведінку [6].

Мета дослідження – вивчення стану особистого відношення до репродуктивного здоров'я у юнаків та підлітків.

Катастрофічні наслідки, які тягнуть за собою рання сексуальна активність поряд послужили підставою для соціологічного дослідження по вивченню проблем, пов'язаних з репродуктивним поведінкою у підлітків і молоді. Для досягнення поставленої мети було проведено анонімне анкетування учнів 9-11 класів загальноосвітніх шкіл міста Слов'янська, викладачів шкіл, та батьків за допомоги спеціально розроблених анкет.

В освіті підлітків повинні бути збалансовані позитивні сторони спільного життя та сексуальних відносин, а також ризик і проблеми, пов'язані з ними. Єдиний вихід – це надати грамотну інформацію, що дозволяє молодим людям врівноважувати задоволення і ризик. При цьому форма і мова її подання повинні бути на тому рівні, який сприймає підліток.

Хто повинен піклуватися про статеву освіту підлітків, їх репродуктивне здоров'я? В ході анкетування встановлено, що провідну роль в сексуальному вихованні підлітків батьки відводять собі, а підлітки – собі, а також те, що діти не бачать в батьках впевненого і кращого джерела такої інформації, а батьки – найменше довіряють своїм дітям. 87,0% батьків ніколи не говорили зі своїми дітьми про секс або робили це епізодично. В результаті підлітки соромляться звертатися до батьків з

подібними питаннями, а 67,0% дівчаток та 77,0% хлопчиків жодного разу не зверталися до батьків з питаннями на теми сексу.

Ми досліджували, як впливають дорослі на вибір рішення з різних життєвих ситуацій. Нас цікавило вільне проведення часу старших школярів. Виявилося, найбільш поширеним видом проведення ними вільного від навчання часу є прогулянки (20,1%), потім допомога по домашньому господарству (19,1%). Свій вільний час присвячують перегляду телепрограм 16,6% учнів, а 13,2% – читання книг. Інтернет займає вільний час 11,0%, а комп'ютерні ігри – 8,0%. Спортом займаються лише 12,0% респондентів.

Необхідно відзначити, що, за оцінкою багатьох батьків, інтернет не завжди носить навчальний і пізнавальний характер. Так, безумовно, школярі якийсь час приділяють освітнім та іншим навчальним інформаційним програмам, знайомляться з однолітками, підтримують з ними інтернет зв'язок. Жаль також викликає низька питома вага підлітків, що займаються спортом.

За нашими даними, 75,1% опитаних школярів старших класів дружать з представниками протилежної статі. На питання, що означає для них поняття «дружба», як вони розуміють дружбу між хлопчиком і дівчинкою, що вона включає, близько половини респондентів (42,6%) відзначили взаєморозуміння та спільні інтереси, 8,6% з них не змогли дати відповідь.

Якщо для 16,6% підлітків дружба – це загальне проведення часу, то для 28,2% – це вже надання знаків уваги, ніжне ставлення до представника протилежної статі з подарунками, обіймами, поцілунками, а для 4,0% з них – що включає і сексуальні відносини.

Серед хлопчиків переважала частка, що вибрали варіант «знаки уваги (подарунки, обійми, поцілунки)», а серед дівчаток – «загальні інтереси». Найбільша відмінність спостерігалася в тому, що у відповідях учнів чоловічої статі з віком наростала частка осіб, для яких дружба означає секс. Причому в порівнянні з 15-річними, серед яких частка юнаків склала 3,6%, у віці 18 років - вже 7,6%. Серед 18-річних дівчат частка осіб, що вказали на секс, становила 3,9%.

86,7% опитаних підлітків вважають, що знають все про сексуальні стосунки, 10,7% – не знають або мають віддалене уявлення про це, 2,6% учнів залишили це питання без відповіді. Як і очікувалося, дівчата виявилися менш обізнаними в порівнянні зі своїми однолітками чоловічої статі. Ймовірно, на відповідях могли позначитися і природна більш



виражена сором'язливість дівчат, і бажання юнаків здаватися дорослішими.

Двома провідними джерелами інформації про сексуальні стосунки, так само, як і про ознаки статевого дозрівання, для наших респондентів служать книги і друзі. Від них виходить інформація відповідно для 21,1% та 18% учнів. Телебачення є досить потужним впливає чинником на виховання молодих людей. Воно вийшло на третє місце (17,3%), відтіснивши предмет «Валеологія», який, в свою чергу, пропустивши вперед інтернет (14,4%), посів п'яте місце (8,9%) в якості джерела інформації про сексуальні стосунки. Однокласники, які можуть бути як друзями, вийшли на шосте місце (6,5%). Медпрацівники є джерелами знань для 6,2% підлітків, далі йдуть мами – 5,8%. Папи «традиційно» займають останнє місце. Про них згадують лише 3,7% учнів.

На питання: До яких адресатів звернуться учні в разі виникнення сексуальних проблем? До першої трійки адресатів увійшли медичні працівники (33,5%), мами (17,2%) і друзі (15,7%). До брата / сестри звернуться 9,4% підлітків. Досить велика частка тих учнів, які не знають точно, до кого краще звернутися і тих, хто не замислювався над цим питанням – 14,9%. Більш категоричними виявилися 5% підлітків, які нікуди не хочуть звертатися

Нами також вивчалася думка підлітків про дошлюбні статеві зв'язки: Чи повинні чоловіки та жінки мати сексуальний досвід до вступу в шлюб? Цікавим нам представляється значна різниця між відповідями юнаків і дівчат по відношенню до дошлюбних сексуальних зв'язків чоловіків і жінок.

На питання: Що стосується допустимості дошлюбних зв'язків чоловіків? Значна частина учнів чоловічої статі (73,1%) відповіли ствердно і лише 7,0% - не погодилися з цим. А щодо дошлюбних зв'язків жінок більше половини (54,4%) висловили свою незгоду і лише чверть опитаних юнаків (25,4%) допускають таку можливість.

Майже чверть дівчат (24,4%) вважають, що жінка теж повинна мати дошлюбний сексуальний досвід. У той же час 37,8% з них виявилися проти. Чоловіки, на думку половини дівчат (49,7%), повинні мати дошлюбні статеві зв'язки, їм заперечили, відповідаючи на це питання 12,6% з опитаних дівчат.

Висновки. Один із провідних напрямків попередження асоціальної поведінки підлітків – це пропаганда здорового способу життя, розвиток ціннісних уявлень про даному аспекті і реалізація різних програм зміцнення здоров'я. Такі види інформаційної діяльності стимулюють

розвиток альтернативних форм соціальної активності (заняття спортом, раціональний режим харчування, праці і дозвілля, та інше.) та можуть стати серйозною перешкодою виникнення способу життя, завдає шкоди здоров'ю. При цьому необхідно врахувати, що здоровий спосіб життя людини не складається стихійно в залежності від обставин, а формується протягом життя цілеспрямовано і системно.

### *Література*

1. Пирогова В. І., Цьолко О. Р. Репродуктивне здоров'я підлітків: соціально-медичні аспекти <http://health-ua.com/stati/pediatrics/reproduktivne-zdorov-ya-pidlitkiv-sotsialno-medichni-aspekti.html>
2. Анисимов В. Н., Виноградова И. А. Старение женской репродуктивной системы и мелатонин. СПб.: «Система», 2008. 44 с.
3. Мастерс У. Г. Основы сексологии (HUMAN SEXUALITY) / В. Э. Джонсон, Р.К. Колодни. Пер. с англ. М.: Мир, 1998. 692 с.
4. Ничипорук П., Конкиева Н.А. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщины. VII Международная студенческая электронная научная конференция “СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ 2015” – М.: РАЕ, – 2015. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.scienceforum.ru/2015/pdf/15579.pdf>
5. Вовк І.Б., Квашенко В.П. Особливості репродуктивної поведінки підлітків //Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2007. № 6. С. 75 - 77.
6. Новосельцев В.Н. Геронтология in silico здоровье, долголетие и вопросы питания. Казанский медицинский журнал. 2011. №5. С. 752-763.

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

*Ю. К. Заблоцький,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Останні десятиліття наукові пошуки із проблеми життєстійкості особистості спрямовані на виявлення психологічних властивостей, які б дозволяли людині конструктивно долати життєві труднощі, переборювати страхи, стреси тощо. Чимало науковців досліджують питання щодо пошуків особистісних конструктів, які б могли допомагати людині опрацьовувати й успішно перемагати складні життєві ситуації, сприяти змінам і переосмисленню важких обставин, надавати сили і насаги для розвитку і самовдосконалення, підтримувати її фізичне, психічне й соціальне здоров'я. Тобто життєстійкість розглядається як необхідний адаптаційний потенціал особистості, що є надзвичайно вагомим саме у молодому віці, оскільки сприятиме подальшому професійному та особистісному зростанню молодої людини.

Життєстійкості особистості присвячено багато досліджень. Автори проявляють стійкий інтерес до з'ясування набору якостей, які притаманні життєстійкій людині (Д. Кутейль, А. Фоміна, М. Pines, М. Rutter, Е. Werner), на визначення властивостей особистості, які знижують показники життєстійкості, особливо в молодому віці (Д. Вібе, П. Вільямс, Т. Даценко, Л. Дробініна, Т. Сміт).

Ми вважаємо, що для молодих людей очевидною є проблема, яка обумовлена протиріччям між соціальною обстановкою, яка склалася і яка вимагає максимальної адаптації, уміння ефективно справлятися з постійними стресовими ситуаціями й мінливими умовами життя, та недостатнім рівнем життєстійкості, незнанням або невмінням користуватися особистісним потенціалом для подолання життєвих труднощів. А отже, постає необхідність дослідження психологічних особливостей життєстійкості молоді та пошук шляхів її підвищення.

Метою роботи стало дослідження психологічних особливостей життєстійкості сучасної молоді.

У процесі емпіричного дослідження перевірялася гіпотеза про те, що життєстійкість молоді пов'язана із певними індивідуально-типологічними особливостями, а саме із прийняттям відповідальності за події власного

життя, а також із характером копінг-поведінки в стресових ситуаціях. Найбільш ефективним дослідження психологічних особливостей життєстійкої сучасної молоді можливе за допомогою використання комплексу психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення таких змінних, які, з одного боку, виступатимуть в якості детермінант життєстійкості, а з іншого – особливостей, що визначають характер особистісного потенціалу. Емпірична частина дослідження стосується вивчення ціннісної сфери, індивідуально-особистісних властивостей особистості, локусу контролю та копінг-поведінки в стресових ситуаціях. На основі взаємозв'язків між блоками методик на визначення життєстійкості та рівня розвитку життєстійкості планується зробити висновок про психологічні особливості життєстійкої молоді.

Діагностика психологічних особливостей життєстійкості молоді здійснювалася за допомогою наступних методик: методика «Діагностики реальної структури ціннісних орієнтацій особистості», автор С. Бубнов [4, с. 26-28]; методика «Дослідження психологічної структури темпераменту», автор Б. Смірнов [3, с. 177-181]; методика діагностики суб'єктивного контролю Дж. Ротера [2, с. 288-297]; методика «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях», автори С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер [4, с. 442-444]; Тест життєстійкості, автор С. Мадді, адаптація Д. Леонтьєва [1, с. 59-62]. Означені методики є надійними, валідними, стандартизованими та адаптованими.

Емпіричне дослідження проводилося на базі Вищого професійного училища №11 м. Вінниці. До вибірки було включено 94 особи.

Отримані результати при дослідженні життєстійкості, дозволили нам розділити всіх респондентів на три групи: з рівнем життєстійкості вище середнього, з середнім рівнем і з рівнем життєстійкості нижче середнього. У першу групу увійшли 10 студентів (10,6%), у другу – 42 студенти (44,7%), в третю – 42 студенти (44,7%). У таблиці 1 представлені показники компонентів життєстійкості в залежності від рівня життєстійкості.

Таблиця 1

Середні показники компонентів життєстійкості у груп досліджуваних з різним рівнем життєстійкості

Рівні життєстійкості	Компоненти життєстійкості		
	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Вище середнього	42	40	23
Середній	34	29	17
Нижче середнього	21	18	11

Як видно з таблиці 1, залученість є центральним компонентом у визначенні загальної життєстійкості особистості. Іншими словами, студенти з високим рівнем життєстійкості отримують задоволення від того, чим займаються, натомість студенти з низькими показниками – відчують себе поза життям.

Далі було виявлено особливості ціннісної сфери, індивідуально-особистісних властивостей особистості, локусу контролю та копінг-поведінки в стресових ситуаціях у молоді з різним рівнем життєстійкості.

У групі досліджуваних з рівнем життєстійкості вище середнього домінують цінності «допомога і милосердя до інших людей» ( $M=4,4$ ), «пізнання нового у світі, природі, людині» ( $M=4,4$ ). Натомість низькі показники отримали цінності «соціальна активність для досягнення позитивних змін у суспільстві» ( $M=2$ ), «спілкування» ( $M=2,4$ ). Серед індивідуально-особистісних властивостей особистості значно виражений показник швидкості реакції ( $M=16,2$ ). Це означає, що у студентів швидко виникає відповідна дія на будь-який подразник, енергійні рухові реакції та дії, гарне запам'ятовування та прискорене мовлення. Характерною є відчуття власної відповідальності за те, що трапляється у їхньому житті (шкала загальної інтернальності ( $M=5,5$ )). У стресових ситуаціях досліджувані даної групи займають активну поведінкову стратегію, використовують всі наявні особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми (копінг-поведінка «стратегія, орієнтована на вирішення задач»). Водночас значні стресові ситуації провокують у них виникнення стратегії, орієнтованої на уникнення, що ми можемо пояснити недостатністю навичок активного вирішення проблем.

У групі досліджуваних з середнім рівнем життєстійкості переважають цінності «допомога і милосердя до інших людей» (M=4,9), «пізнання і повага людей і вплив на оточуючих» (M=4,1). Водночас не вважається цінною цінність «соціальна активність для досягнення позитивних змін у суспільстві» (M=2,1). Серед індивідуально-психологічних властивостей високі показники мають ригідність (M=12,7) та пасивність (10,7). Такі студенти відчують труднощі у ситуації негайного прийняття рішення, їм значно легше дотримуватися правил, вони схильні до пасивності у подоланні перешкод. Водночас вони притримуються думки, що всі важливі події у їхньому житті є результатом їх власних дій – шкала загальної інтернальності (M=5,6). Проблеми спонукають таких студентів до пошуку їх вирішення, зміни ситуації (копінг-поведінка «стратегія, орієнтована на вирішення задач»). Але недостатність особистісних копінг-ресурсів може призвести до їх уникання проблем (копінг-поведінка «стратегія, орієнтована на уникнення»).

У групі досліджуваних з низьким рівнем життєстійкості провідними є «приємне проведення часу, відпочинок» (M=4,6), «любов» (M=4,4). Найнижчі показники в ієрархії цінностей – це «соціальна активність для досягнення позитивних змін у суспільстві» (M=2,3), «матеріальне благополуччя» (M=2,5). Індивідуально-психологічні властивості представлені високими показниками ригідності (M=14), емоційної збудливості (M=16,6) і пасивності (M=10,6). Це свідчить, що необхідність діяти не по плану викликає у таких студентів значні труднощі, їх поведінка схильна до негнучкості та інертності, будь-які неприємності в житті викликають значні переживання, все сприймається «близько до серця», у діяльності відсутні енергійність та наполегливість. Досліджувані даної групи схильні не бачити зв'язок між своїми діями і значимими подіями власного життя, надаючи перевагу певним випадкам або допомозі інших людей (шкала загальної інтернальності (M=3,7). Стресову ситуацію вони схильні розв'язувати за рахунок самозвинувачення, надмірної емоційності, агресивності, або взагалі заглибитися у світ власних фантазій (копінг-поведінка «стратегія, орієнтована на емоції»).

Таким чином, можна зробити висновок, що життєстійкість є необхідним елементом адаптаційного потенціалу особистості. Наявність високого рівня життєстійкості у молоді пов'язане з наявністю у них відчуття відповідальності за власне життя, готовністю до змін, здатністю до використання активної поведінкової стратегії для пошуку можливих способів ефективного проблемних ситуацій та конструктивного реагування

на власні помилки. Чим нижчий рівень життєстійкості, тим слабше проявляються означені тенденції у представників сучасної молоді; недостатність особистісних копінг-ресурсів або досвіду і навичок активного вирішення проблем може призвести до їх уникнення і значно знижує можливості особистісної адаптації. Тому перспективним є подальше ґрунтовне вивчення психологічних особливостей життєстійкості молоді та пошук шляхів її підвищення, що безперечно сприятиме більш ефективному функціонуванню особистості у мінливих умовах сьогодення.

### *Література*

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл. 2006. 63 с.
2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты. Учебное пособие. Самара: Издат.дом «БАХРАХ-М». 2002. С. 288-297.
3. Ратанова Т.А., Шляхта Н.Ф. Психодиагностические методы изучения личности: учебн.пособие. М.: Флинта: МПСИ. 2008. С. 177-181.
4. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института психотерапии. 2005. 339 с.

## **МОВНИЙ ПСИХОТИП ОСОБИСТОСТІ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКУВАННЯ ЛІНГВОІНДИВІДУАЛІЗАЦІЙ (СУБ'ЄКТИВНО- ГРАМАТИЧНИЙ ПРОСТІР)**

*А. П. Загнітко,  
член-кореспондент НАН України,  
доктор філологічних наук, професор,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Сучасні лінгвістичні дослідження не лише застосовують категорійно-методологійний апарат інших суміжних і/чи несуміжних наук, а й піддають експансії інші наукові простори. Експансіонізм лінгвістичних студіювань дав поштовх для формування, а згодом і розбудови нових і новітніх напрямів зразка лінгвопсихологія, лінгвосоціологія, лінгвокогнітологія, лінгвоетнологія (етнолінгвістика), лінгвокультурологія

та ін. Сьогодні лінгвістика активно використовувана в різноманітних цифрових технологіях, що зумовило постання математичної лінгвістики, комп'ютерної лінгвістики (лінгвістики штучного інтелекту) з різноманітними актуалізаційними їхніми величинами: корпусна лінгвістика, інтернет-лінгвістика, віртуальна лінгвістика, візуальна лінгвістика та ін. Формування соціального запиту на цифрового лінгвістика, з актуалізацією того чи того компонента у цих та інших наукових напрямках говорять про психолінгвістику (психонейролінгвістику, патопсихолінгвістику), когнітивну лінгвістику, сугестивну лінгвістику та ін. Кожний із заявлених та подібних напрямів прагне сформуванню власний теоретико-поняттєвий і методологічно-рівневий апарат, підтвердженням чого є лінгвоперсонологія з її внутрішнім диференціюванням на моно- та полілінгвоперсонологію. Сьогодні, очевидно, потрібно говорити про лінгвопсихоперсонологію чи психологічну лінгвоперсонологію, об'єктом якої постає вивчення мовної особистості з її психологічними настановами, а також аналіз національно-мовного простору (національно-мовної картини світу) зі встановленням відповідних психологічних стереотипів, окресленням інноваційних тенденцій та ін. У сучасній науці особливо активною є взаємодія лінгвістичних і психологічних досліджень. З одного боку, такий вимір мотивований статусом наукової антропоцентричної парадигми, в межах якої сформувалися й функційно-комунікативно, дискурсивно-когнітивна, й когнітивно-комунікативна наукові лінгвопарадигми. На кафедрі загального та прикладного мовознавства і слов'янської філології Донецького національного університету імені Василя Стуса теорію лінгвоперсонології в її власне теоретичному й науково-прикладному аспектах активно опрацьовують із 2015 року в межах науково-дослідної теми «Комунікативно-прагматична і дискурсивно-граматична лінгвоперсонологія: структурування мовної особистості та її комп'ютерне моделювання» (0115U000088; 2015–2017 рр.), згодом продовжено в науково-дослідній темі «Об'єктивна і суб'єктивна мовносоціумна граматики: комунікативно-когнітивний та прагматико-лінгвокомп'ютерний виміри» (0118U003137; 2018–2020 рр.). Результатом такого опрацювання постало обґрунтування лінгвопсихіатрії персони зі встановленням відповідних категорій, одиниць, рівнів [2<sub>1</sub>, с. 256; 3; 4, с. 90-100], визначення основних і/чи неосновних комунікативних типів моно- і полілінгвоперсони. Констатовано функційне навантаження лінгвоперсони в лінгводискурсивних практиках, мотивацію лінгвоіндивідуалізацій та



лінгвоіндивідуацій, їх співвідношення в мовносоціумному просторі моно- й полілінгвоперсони [4, с.18-25], схарактеризовано мовнопсихологічні поведінкові стереотипи й актуалізовано основні тенденції творення інновацій.

Метою студіювання є визначення диференційних і кваліфікаційних ознак мовних психотипів особистості з розкриттям співвідношення продукування лінгвоіндивідуалізацій екстравертами й інтровертами, простеженням статусу амбіверта у творенні лінгвоіндивідуалізацій.

Визначена мета мотивує необхідність вирішення таких завдань: 1) встановлення кваліфікаційних ознак мовного психотипа; 2) визначення статусу екстраверта й інтроверта в соціумномовному просторі з окресленням адекватних дискурсивних мовносоціумних практик; 3) кваліфікування різновидів лінгвоіндивідуалізацій екстравертів та інтровертів, характеристика лінгвоіндивідуалізацій амбівертів з урахуванням суб'єктивно-граматичного простору.

У сучасних лінгвопсихологічних і лінгвопсихіатрійних студіюваннях функційно навантаженим постають метод лінгвостатистичного аналізу для вивчення патологічного й нормального мовлення з внутрішнім диференціюванням випадкових та невідповідних подій, мотивованих і/чи немотивованих ситуацій, кваліфікуванням інтенційних моделей породження мовлення, а також вияву чинників формування конкретних ситуацій, метод лінгвопсихомодельовання з опертям на експериментально-дискурсивні і/чи дискурсивно-текстові практики, мовленнєво-прагматичні ситуації. За його допомогою модельовано психотип мовної поведінки персони щодо внутрішньо- й зовнішньолінгвальних чинників, комунікативних настанов та інтенцій.

Лінгвоперсона опертям свого вияву має власну мовно-мовленнєву, мисленнєву спроможність та відповідну психологічну контрверсійність. Свого часу К. Юнг наголошував: «Розглядаючи плин людського життя, ми бачимо, що доля одного зумовлювана переважно об'єктами його зацікавлень, водночас доля іншого – насамперед його внутрішнє життя, його суб'єкт». І далі розвиває думку про два психологічні типи: інтроверсію й екстраверсію, основна відмінність між якими «полягає в рухові зацікавлення в напрямку до об'єкта <..> і в рухові від об'єкта до суб'єкта й до його власних психічних процесів» [6, с.200]. Яскравим прикладом інтроверта в українській культурі є Г. Сковорода, який постійно заглиблений у себе, прагне пізнати власний дивосвіт, і сентенції якого відбивають внутрішні мисленнєво-мовленнєві узагальнення. Із певним

припущеннями такою особистістю можна вважати й Тараса Шевченка, хоча ані творчий портрет Григорія Сковороди, ані лінгвоперсонологійний простір Тараса Шевченка в розрізі мовнопсихологічних типів не розглядалися. Подібне студювання є надзвичайно переспективним (пор., наприклад, розгляд колористичної картини художньо-мистецької спадщини Тараса Шевченка І. Данилюком із визначенням кольорів-домінант у загальній художньо-естетичній картині). До цього можна також додати, що Г. Сковорода вів нерегулярні особистісні записи, а Тарас Шевченко залишив цілісний щоденник [6, с. 205-207]. Інтроверти схильні вести регулярні і/чи нерегулярні щоденникові записи з виокремленням в останніх відповідних оцінок, кваліфікацій (у лінгвістиці відомою є щоденникова дискурсивна практика С. Барнштейна, в яких наголошено різні оцінки відомих науковців [1]). Слушними є розмежування екстравертів, інтровертів та амбівертів у спеціальних лінгвістичних словниках [2<sub>1</sub>, с. 205-207].

Для екстраверта істотним є об'єкт, що підтверджуване відповідними психопоетичними числівниковими моделями, пор.: *Мене вразила ця дивовижна подвійна сім'я – ці чотири зварники Королі впритул до королівни маленької Жанни: два брати-близнюки, бойки два родом десь з-під Стрия, і сестриці-чернігівки, дві вірненькі юні дружини* (І. Драч «Зварники Королі»); *Ввійшли у хату. На столі – горілка. Хтось горло мені кліщами здушив: три ложки, три виделки, три тарілки – і жодної душі* (І. Драч «Ніж у Сонці»). Для майстрів поетичного слова – екстравертів характерним є превалювання кількісних числівників, що окреслюють чіткий вимір зображуваного об'єкта з актуалізацією останнього (І. Драч, Б. Олійник), а в художній естетиці поетів – інтровертів домінують неозначені і/чи інші числівники (М. Вінграновський, Л. Костенко) з концентруванням уваги на власних інтенціях, пор.: *Сумні без батька двоє діток цих...* (М. Вінграновський «“Спогад про війну»); *Тоді їм холодно обом з нашим собакою й котом, з них кожен холодно сія, і літа ждуть вони, як я* (М. Вінграновський «Що робить сонце уночі...»), див., наприклад, спостереження Т. Космеди, О. Олексенко та ін. [5, с.14, 16, 82-134 і далі].

Інколи психологи наголошують, що українська нація тяжіє до інтровертивного психотипу, хоча заявлена теза вимагає поглибленого аналізу із обстеженням не лише широкого текстового корпусу, а й проведення різноманітних психолого-асоціативних експериментів [Гуцуляк]. Цікавою є реакція багатьох читачів такого резюмування:

«Замкнуті на себе» люди не вийшли б в кількості 100+ тис. чол. на площу під час Помаранчевої Революції. Український менталітет практично ідентичний литовському або польському. <.>. Оригінальність нашої ситуації я переконаний в тому, що НАД МАРГІНАЛІЗАЦІЄЮ УКРАЇНЦІВ гарно попрацювали і навіть продовжують робити такі зусилля. Спочатку маргіналізація була природня, коли в 1230- якомусь році Київську державу було зруйновано. Потім євротрадиція відродилася десь під час Козаччини. Потім зруйнували Січ і приблизно з того часу імперія почала ЦІЛЕСПРЯМОВАНО працювати над маргіналізацією українців. Лише надавши очевидну євроцентричну ініціативу Півдня Москва могла жорстко контролювати 1/6 території світу. Ну, я не буду зараз заглиблюватися в геополітику... Факт цілеспрямованої маргіналізації для мене беззаперечний. Причому всі ці організовані московськими PR агенціями Інтернет-бригади, полютери, спамери, які працюють на українських веб форумах, сьогодні підтверджують, що спроби маргіналізації продовжуються. Ось вам і вся «інтровертність» українців. Вона досить легко виліковується при наявності бодай якоїсь інформаційної політики Української держави» (Хата скраю Hata skraju // Режим доступу: <https://ukrajinciberlinu.wordpress.com-/2009/09/17/%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%82-%D1%87%D0%B8-%D0%B5%D0%BA/> (12.10.2019)).

Амбіверти постають особистостями із середніми показниками в опозиції *екстраверсія – інтроверсія* [2<sub>1</sub>, с.50], що простежувано в художньо-естетичній спадщині В. Стуса: *В них – одна спонука і причина є: що навік пропало – тільки те й моє* («Мої мерці...»); *Замерехтіло межі двох світів щось невпізнанно знане...* («Замерехтіло межі двох світів...»); *Мов лебедина, розкрилила тонкоголосі дві руки. Ледь теплі губи прихилила – мені до змерзлої щоки* («Мов лебедина розкрилила...»).

Для дослідника істотним є диференціювання інтровертного й екстравертного мовних психотипів, які по-різному виявляють свої мовленнєво-поведінкові цінності й стереотипи в мовних соціумах. Для адекватного діагностування цінностей мовносоціумного колективу, можливостей його поведінки необхідно встановити співвідношення відповідних цінностей у ньому. Перспективним є формування корпусного текстового простору дискурсивних практик мовносоціумних колективів,

що уможливить індексування цілісного корпусу й прочитання пріоритетів, формування корпусу мовносоціумних психозразків і психостереотипів.

### *Література*

1. Бернштейн С.Б. Зигзаги памяти. Воспоминания. Дневниковые записи. Москва: Институт славяноведения РАН; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, 2000. 374 с.
2. Загнітко А. Словник сучасної лінгвістики: поняття і терміни: у 4 т. Донецьк: ДонНУ, 2012. Т. 1 402 с. ; Т. 2. 350 с. ; Т. 3. 426 с. ; Т. 4. 388 с.
3. Загнітко А.П. Лінгвопсихіатрія персони: одиниці, категорії, рівні // Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я : [матеріали Всеукр. наук.-практ. конф.] / за заг. ред проф. О.В. Бацилевої. Вінниця: Тов «Нілан-ЛТД», 2017. С. 100–105.
4. Загнітко А. Теорія лінгвоперсонології. Вінниця: Нілан-ЛТД, 2017. 136 с.
5. Космеда Т., Олексенко О., Павлова І. Семантика й прагматика дискурсивного слова та його потенціал для діагностики психотипу мовної особистості: аспектуальний опис : [монографія; за ред. проф. Т. Космеда]. Вінниця – Харків – Познань: Харківське історико-філологічне товариство, 2019. 308 с.
6. Юнг К. Г. Психологические типы. Психология индивидуальных различий. Москва: Планета, 1982. 288 с.

## **РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТІВ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

*Ю. С. Зацеровна,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Здорове харчування студентської молоді – одна з найважливіших проблем сьогодення, яка формує здоров'я і добробут нації в цілому. Правильне харчування забезпечує нормальний ріст і розвиток організму, визначає розумовий і фізичний розвиток, оптимальне функціонування всіх

органів і систем, формування імунітету та адаптаційних резервів організму [3].

В Україні багато науковців досліджують проблему здорового харчування: А. Гойчук, В. Власов, Л. Денисенко, І. Смірнова, В. Передерій, Ю. Григоров, та інші. Сучасний характер харчування більшості студентів характерний порушеним режимом харчування. В складі меню майже відсутні перші страви, багато субпродуктів та сухих концентратів швидкого приготування, бутерброди, картопля, макаронні вироби, чай, кава, порушена кількість прийому їжі та її об'єм. У стравах переважають дешеві продукти з низькою біологічною цінністю, недостатнім є споживанням м'ясних, молочних, рибних продуктів, овочів і фруктів [3].

В результаті неповноцінного харчування в Україні протягом 1990-2012 рр. вдвічі зросла захворюваність населення на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, спостерігається виразна тенденція до набирання зайвої маси тіла та поширення ожиріння, значне поширення хвороб системи кровообігу, онкологічних захворювань [1; 7].

За останні 10 років захворюваність серед студентів збільшилася на 35% [6]. Однією з основних причин цієї тенденції є нераціональне харчування. Отже, розкриття теми має актуальне значення.

Раціональне харчування – це адекватне співвідношення різних компонентів їжі, що забезпечує нормальний рівень життєдіяльності при оптимальному надходженні до організму пластичних, енергетичних і регуляторних речовин [3]. Фізіологічні потреби організму в поживних речовинах залежать від численних умов, які, як правило, постійно змінюються, отже, збалансувати харчування на кожен момент життя дуже важко. Деякі речовини, наприклад вітаміни, незамінні амінокислоти і жирні кислоти, повинні обов'язково надходити з їжею, оскільки організм людини не спроможний їх синтезувати. У випадку їхнього дефіциту розвиваються так звані аліментарні хвороби, які зумовлені неповноцінним харчуванням.

Потреба людини в різних харчових речовинах і енергії залежить від статі, віку, характеру трудової діяльності та інших факторів. Нестача часу, некомпетентність у питаннях культури харчування призводить до нерозбірливості у виборі продуктів. Стурбованість викликає те, що студенти надають перевагу продуктам швидкого приготування, які у великій кількості містять ароматизатори, барвники, багато легкозасвоюваних вуглеводів, модифікованих компонентів. Тривале нераціональне і незбалансоване харчування є одним із факторів зростання

серед осіб молодого віку серцево-судинних захворювань, ожиріння, цукрового діабету другого типу.

На сьогодні у світі зібрано достатню кількість даних про зв'язок харчування і здоров'я. Згідно з оцінкою експертів ВООЗ, здоров'я громадян на 50% залежить від соціально-економічних умов і способу життя. Забезпечення населення необхідним харчуванням вимагає невідкладної співпраці спеціалістів різних галузей продовольства та освіти, пов'язаних з проблемами харчування [3].

Сучасний студент, на думку дієтологів, повинен їсти не менше чотирьох разів на день, причому на сніданок, обід і вечерю неодмінно має бути гаряча страва. Для організму, що росте, обов'язкове молоко, сир, кисломолочні продукти – джерела кальцію і білка. Дефіцит кальцію і фосфору також допоможуть заповнити рибні страви. Як гарнір краще використовувати не картоплі чи макарони, а тушковані або варені овочі (капусту, буряк, цибулю, моркву, боби, часник). Їжа повинна бути різноманітною, тваринного і рослинного походження. За день студенти повинні випивати не менше одного-півтора літра рідини, але не газованої води, а фруктових або овочевих соків [4].

Складати меню для студентів слід враховувати їхні вікові особливості, умови навчання та побуту і потреби в харчуванні. Меню повинно включати страви приготовлені зі свіжих, поживних продуктів, враховуючи обмежений грошовий бюджет студентів. Їжа має бути приємною на зовнішній вигляд і смак, повинна мати ніжну консистенцію, оптимальну температуру, збуджуючи апетит і створюючи почуття насичення. Одноманітна їжа швидко набридає, а це спричиняє зниженню апетиту та засвоєнню всіх харчових речовин, особливо білків і жирів. Тому необхідно турбуватися про різноманітність меню при правильній кулінарній обробці їжі, а також про обстановку у якій уживається їжа.

Важливо дотримуватися принципів збалансованого харчування в період екзаменаційних сесій. Навантаження значно збільшується, що призводить до перенапруження нервової системи. У цей період необхідне збільшення в раціоні частки продуктів, що містять білки і вітаміни, підвищують емоційну стійкість організму. Харчування повинно бути не тільки помірним, регулярним, але й різноманітним. Повноцінність харчування залежить від наявності в їжі вітамінів, а також від збалансованості незамінних компонентів всіх харчових речовин, особливо білків і жирів. Співвідношення між основними компонентами харчування

має бути в пропорції 50%:20%:30%. Щоденне вживання калорій повинно розподілятися так: 50% – на вуглеводи, 20% – білки і 30% – жири [6].

Вуглеводи – основна складова частини їжі і головне джерело енергії. Гігієнічними нормативами передбачається вміст вуглеводів у харчовому раціоні до 350-550 г., що забезпечує до 55-57% його добової енергетичної цінності. Вуглеводи містяться в таких харчових продуктах, як свіжі фрукти, овочі, боби, горох, картопля, хліб, вівсяна, гречана, манна та перлова каші, рис, чорнослив, мед, зефір, мармелад, печиво, цукерки. При надмірній кількості вуглеводів у харчуванні посилюється робота підшлункової залози, що може призвести до захворювання на цукровий діабет, або ж до жирового та холестеринового обміну. Кількість вуглеводів у добовому раціоні людини не повинна бути меншою за 300 г [2].

Білки – це основний матеріал, який використовується для побудови тканини і органів. Білки відрізняються від жирів і вуглеводів тим, що містять азот, тому білки не можна замінити ніякими іншими речовинами. Вони беруть участь в обміні речовин, оскільки є складовою багатьох гормонів. Крім того, білки виконують ферментативну, захисну і транспортну функції, впливають на діяльність центральної нервової системи, підвищують тонус. У разі недостатності погіршується розумова та фізична працездатність. Значна кількість білків міститься: в сирі, квасолі, рибі, яловичині, баранині, свинині, курячому м'ясі, яйцях, молоці. Білкові продукти повинні складати біля 20% калорій, які ми щоденно вживаємо [5].

Жири (ліпіди) найголовніше концентроване джерело енергії організму (у 2,2 рази більше за вуглеводи і білки). Жири виконують пластичну функцію, входять до складу протоплазми, оболонки клітин, нервової тканини, гормонів. На їхню частку припадає від 20 до 30% від загальних добових витрат енергії. Низький ріст жирну або повна його відсутність у раціоні викликає уповільнення росту і зменшення маси тіла, порушення функції ЦНС, печінки, нирок, ендокринних залоз, шкіри. Надмірна його кількість призводить до ожиріння [2].

Таким чином, забезпечити нормальну життєдіяльність організму можна виключно за допомогою правильного (раціонального) харчування. Харчування є раціональним, якщо воно повністю забезпечує потребу в їжі у кількісному і якісному відношеннях, відновлює всі енергетичні витрати, сприяє правильному росту і розвитку організму, збільшує його опір шкідливим впливам зовнішнього середовища, сприяє розвитку функціональних можливостей і підвищує працездатність людини. Добова

витрата енергії повинна повністю покриватися за рахунок енергії, отриманої з їжі.

### *Література*

1. Банковська Н.В. Гігієнічна оцінка стану фактичного харчування дорослого населення України та наукове обґрунтування шляхів його оптимізації. автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.01, К.: Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, 2008. 24 с.
2. Гігієна харчування з основами нутріціології : підруч. : у 2 кн. / Т.І. Аністратенко, Т. М. Білко, О.В. Благодарнова та ін.; за ред. проф. В.І. Ципріяна. К.: Медицина, 2007. Кн. 1. 528 с.
3. Гуліч М.П. Раціональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення. *Проблеми старення и долголетия*. 2011, Т.20, №2. С. 128–132.
4. Загальна гігієна з основами екології: підручник / За ред. В. А. Кондратюка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 592 с.
5. Moskalenko V., Gruzeva T., Halienco L., Features nutrition of the Ukrainian people and their impact on health. *Scientific Journal of the Bogomolets National Medical University*. Kyiv, 2009. 230 с.
6. Основи фізіології харчування : навч. посібник / Н. В. Дуденко [та ін.]; Харківський держ. ун-т харч. та торгівлі. Х., 2017. 216 с.
7. Цимбаліста Н.В. Стан фактичного харчування населення та аліментарно обумовлена захворюваність. *Проблеми харчування*. 2008, №1-2. С. 32-35.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ БАР'ЄРІВ СПІЛКУВАННЯ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ**

*З. П. Зеленська,  
науковий кореспондент лабораторії вікової психофізіології,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

На формування особистості підлітка значний вплив має соціальне оточення, в якому здебільшого відбувається його спілкування, яке у підлітковому віці набуває особливого значення.



Підлітковий вік – це вік допитливого розуму, жадібного прагнення до пізнання, вік кипучої енергії, активності, прагнення до небезпеки, ризику. Головний зміст підліткового віку складає його перехід від дитинства до дорослості. Як зазначав Л. С. Виготський [2], цей вік відрізняється корінними зрушеннями, обумовленими перебудовою раніше сформованих психологічних структур і виникненням нових утворень. Поведінка підлітків відрізняється низкою особливостей, пов'язаних із недостатністю їхнього життєвого досвіду й низьким рівнем самокритики, нездатністю до адекватної оцінки життєвих обставин, підвищеною емоційною збудливістю, імпульсивністю, руховою й вербальною активністю, навіюваністю, загостреним почуттям залежності, прагненням до набуття певного статусу в референтній групі, негативізмом, невірноваженістю збудження й гальмування тощо.

Ці особливості підліткового віку розглядаються в роботах таких вітчизняних психологів, як: Л. І. Божович [1], Д. Б. Ельконін [3], Д. І. Фельдштейн [4] та інших. Ці дослідники так чи інакше сходяться у визнанні того великого значення, яке має для підлітків спілкування з однолітками, оскільки воно знаходиться в центрі життя підлітка, багато в чому визначає всі інші сторони його поведінки і діяльності. В процесі спілкування у підлітків можуть виникнути різні труднощі. Одними з яких є емоційні бар'єри у спілкуванні.

Метою нашого дослідження стало виявлення наявних емоційних бар'єрів та їх зв'язку з потребою у спілкуванні і рівнем комунікативного контролю в процесі міжособистісного спілкування підлітків.

Для досягнення даної мети необхідно було вирішити наступні задачі: виявити у підлітків емоційні бар'єри спілкування; визначити рівень потреби у спілкуванні; визначити рівень комунікативного контролю підлітків; встановити зв'язок між цими показниками. Нами було проведено емпіричне дослідження, в якому взяли участь 106 учнів шостих і сьомих класів ліцею у місті Київ. Для реалізації поставлених завдань було використано такі методики: методику діагностики емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні (за В.В. Бойко); методику діагностики комунікативного контролю (за М. Шнайдером); методику дослідження комунікативних якостей школяра («Потреба у спілкуванні» за О. М. Орловим). Обробка результатів здійснювалась завдяки комп'ютерній програмі математичної статистики SPSS Statistics (Version 23).

В результаті було визначено, що не вміють керувати емоціями 33% (35 осіб), неадекватний прояв емоцій мають 41,5% (44 особи), негнучкість

та невиразність емоцій спостерігалася у 14,2% (15 осіб), негативні емоції домінують у 10,4% (11 осіб), не бажають зближуватися з людьми – 13,2% (14 осіб). При цьому емоційні бар'єри не заважають спілкуватися з іншими 14,2% (15 осіб). Деякі емоційні проблеми в повсякденному житті мають 32,1% (34 осіб). «Щоденні» емоції певною мірою ускладнюють взаємодію з людьми у 42,5% (45 осіб). Емоції шкодять встановленню контактів з оточуючими у 11,3% (12 осіб), можливо, що їм притаманні якісь дезорганізуючі реакції чи стани.

При цьому високу потребу у спілкуванні мають 10,4% (11 осіб), середню потребу у спілкуванні – 28,3% (30 осіб), а дуже низьку потребу у спілкуванні мають 61,3% (65 осіб).

Низький комунікативний контроль мають 12,3% (13 осіб). Тобто, вони мають високу імпульсивність у спілкуванні, відкритість, розкутість, їх поведінка може мало змінюватися в залежності від ситуації спілкування і не завжди співвідноситься із поведінкою інших людей. Середній комунікативний контроль мають 50,9% (54 особи), у спілкуванні вони здебільшого є щирими, але стриманими в емоційних проявах і співвідносять свої реакції з поведінкою оточуючих людей. А високий комунікативний контроль мають 36,8% (39 осіб), вони постійно слідкують за собою, управляють проявом своїх емоцій.

Для пошуку значущих відмінностей за показниками комунікативного контролю, комунікативних якостей і емоційних бар'єрів був використаний U критерій Манна-Уїтні. Цікавим є те, що значущих відмінностей між учнями шостих і сьомих класів за цими показниками виявлено не було. А от між хлопцями та дівчатами, які навчаються у цих класах, були виявлені значущі відмінності за показниками потреби у спілкуванні і емоційних бар'єрів (табл.1).

*Таблиця 1*

№	Шкали	хлопці	дівчата	U тест Манна-Уїтні
1.	Комунікативний контроль	55,06	50,93	U=1217,0, p=0,49
2.	Потреба у спілкуванні	47,43	63,51*	U=919,5, p≤0,05
3..	Емоційні бар'єри	60,53*	41,90	U=856,0, p≤0,05

Як ми бачимо, у дівчат потреба у спілкуванні є вищою ніж у хлопців, а у хлопців більш вираженими є емоційні бар'єри у спілкуванні, що може шкодити встановленню ними контактів з однолітками та оточуючими людьми.

Було встановлено негативний кореляційний зв'язок на рівні значущості  $p \leq 0,05$  між показниками потреби у спілкування із показниками емоційних бар'єрів у досліджуваних підлітків. Це вказує на те, що чим нижчою є потреба підлітка у спілкуванні, тим більш вираженими в нього є емоційні бар'єри, і навпаки, при збільшенні потреби у спілкуванні знижуватиметься прояв емоційних бар'єрів спілкування.

Таким чином, нами було визначено емоційні бар'єри та їх зв'язок з потребою у спілкуванні і рівнем комунікативного контролю в процесі міжособистісного спілкування підлітків, що буде враховано при розробці корекційної програми.

### *Література*

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Избранные психологические труды. М.: Воронеж, 1995. 352 с
2. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика Пресс, 1996. 536 с.
3. Эльконин Д. Б., Драгунова Т. В. Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков. М.: Просвещение, 1967. 360 с.
4. Фельдштейн Д.И. Психология взросления: структурно-содержательные характеристики процесса развития личности: Избранные труды. М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 1999. 672 с.

## ТИПОВІ КОРЕЛЯЦІЇ В КАТЕГОРІЯХ ПРЕДИКАТІВ МОДАЛЬНОСТЕЙ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТРУКТУР (ПСС) І ЇХ ПРОЦЕСИНГУ

*Е. М. Кавун,  
кандидат біологічних наук, доцент,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Пропонується до розгляду ефективний метод аналізу психосоматичних станів через виявлення психосоматичних структур (ПСС) [1] з наступною їх корекцією. Під ПСС ми розуміємо візуалізовані через первинні кінестетичні реакції псевдооб'єкти, які являються проекцією цілого ряду психосоматичних девіацій таких як неврози, сексуальні відхилення, окремі випадки неврастенії, афективні розлади, більшість соматоформних проблем, поведінкові та емоційні розлади, а також розлади, що виникають при психічних травмах, тривожних станах, мігренях, серцевних, блукаючих, гострих болях та інших.

ПСС ідентифікуються через візуальний канал сприйняття, який може бути доповнений іншими, додатковими предикатами модальностей [2].

Опис ПСС може бути представлений у послідовності, яка відповідає також і крокам їх виявлення (рис. 1):



Рис.1. Кроки виявлення ППС.

Наведемо приклади аналіз кінестетичних реакцій через предикати модальностей, до них ми віднесемо:

- «важкість», що виражена через «вагу» або «масу» як суб'єктивне відчуття, їх міра, яку можна описати в категоріях одиниць маси;
- «температура» від відчуття «холоду» до «жару», які описуються в умовних одиницях температури;
- динаміка, рух вказують на процеси – це рух у певному напрямку, а також обертання, вібрація, коливання, розширення, звуження, прискорення та ін.;
- додаткові категорії можуть характеризувати стан поверхні, об'єму, смак або запах, які можуть бути введені при необхідності.

Предикати модальностей, які пов'язані з візуальним каналом сприйняття:

- «колір» від чорного до білого, всі відтінки чистих або змішаних кольорів, важливі також їх комбінації, також відблиски, тони, напівтони, перехідні зони, інша деталізація;
- «світіння» білого кольору, чистих кольорів, змішані спектри, важливо відділяти і виділяти люмінісцентне світіння;

Категорії форми включають псевдооб'єкти, що мають нульову, 1-D, 2-D або 3D-метрику, тобто такі, що легко сприймаються свідомістю:

- 0-D метрика: «крапки», їх кількість, колір, світіння, динамічні параметри цих категорій;
- 1-D метрика: лінії, прямі або викривлені на площині чи в об'ємі, різної «товщини», різного кольору, суцільні і пунктирні, рухомі або такі, що не рухаються;
- 2-D метрика: найчастіше свідомості презентуються «квадрати», «трикутники», «багатокутники», зірки різної форми, кольору і т.д.
- 3-D метрика: аналогічно мають місце «куби», «паралелепіпеди», «піраміди», «тори», «шари», «еліпси», «вихори», «спіралі», «тори», «їжаки», «клубки», а також ПСС, що мають розмиті контури, такі що нагадують туман, хмаринки, дим чи щось подібне. У цьому випадку також має значення «колір»/«світіння», їх «маса», «температура», внутрішня динаміка;
- часто півдсвідомість проявляє складні конструкції або зооморфні об'єкти.

Чим більш детальний опис ПСС через предикати модальностей та субмодальностей, тим більшим є ресурс для подальшого їх рефреймінгу (3). При цьому деталі можуть мати важливе значення як для психоаналізу, психодіагностики так і для подальшого процесингу ПСС.

Під процесингом ПСС ми надалі будемо розуміти такі їх, які призводять до покращення ресурсності внутрішнього стану клієнта. Для цього важливо використовувати такі вербальні формули, які дають чіткий кінцевий результат.

Міжкатегоріальні кореляції. Між кінстетичними та візуальними модальностями мають місце зв'язані кореляції, які можна впевнено використовувати під час процесингу.

Розглянемо деякі з них. Субмодальності «маса», «важкість», «тиск» часто мають відношення до фобічних реакцій, стресу, депресії, при панічних станах. До цих же реакцій прив'язані субмодальності «чорний», «темний», «сірий», «металік», «холодний» та інші. Модальність «гострий» може бути прив'язаною до таких форм: «трикутник», «ромб», «квадрат», «зірка», «їжак», інші дво- або тривимірних псевдооб'єкти.

Наведемо кілька узагальнених прикладів. Приклад 1: «паніка». Панічний стан пов'язаний з таким, який в категоріях субмодальностей може описуватися як «темний», «темно-сірий» або «чорний» псевдооб'єкт, що знаходиться у районі грудей, і проявлений як «сфера», «еліпс», «воронка» або «вихор», відчувається як джерело вібрацій, холоду і т.д. Це стандартний набір категорій, що надає підсвідомість як рефлексія на конкретний стан. Приклад 2: «фобічна реакція». Вона прив'язана до певних внутрішніх станів, які можуть бути проявлені на рівні сонячного сплетіння як «важкий» ПСС, що має виглядає як «еліпс», «чорний», «темно-сірий» або «сірий», «коричневий», «важкий», «холодний» має чіткі контури».

Напрямок процесингу. Виявлення ПСС, визначення їх характеристик в категоріях модальностей і субмодальностей відбувається в трансовому стані, для цього переважно використовується недирективний гіпноз по Еріксону [3]. Для успішного процесингу необхідно використовувати деякі правила, щодо напрямку бажаних змін. Продемонструємо деякі з них:

Напрямок і послідовність процесингу в межах модальності «колір»:

- «Чорний» – «темно-сірий» – «сірий» – «сіруватий» («світло-сірий») – «білий» – «жовтуватий» – «жовтий» – «яскраво-жовтий», «теплих відтінків» (можна порівняти з квітами соняшника або кульбаби). Це кінцева точка процесингу.

- «Темно-коричневий» – «коричневий» – «світло-коричневий» – «жовто-коричневий» – «жовтий» – «яскравий тепло-жовтий».
- «Темно-синій» – «синій» – «синьо-голубий» – «голубий» – «світло-голубий». Це кінцева точка процесингу.

Процесинг форми:

- «Трикутник» – «рівносторонній трикутник» – «випуклий трикутник» – вершини також закруглені – «коло». Це кінцева точка процесингу.
- «Ромб» – вершини закруглені – «еліпс» – «коло».
- Об’ємна «зірка, або «їжак» – промені меншої довжини або закруглені їх кінцівки, замість них незначні виступи – «шар». Це кінцева точка процесингу.

Це прості, але типові варіанти проходження процесингу. Для вирішення більш складних варіантів потрібні дещо інші алгоритми і методи.

Кореляції між «формою» і «кольором», «масою» і «кольором», «формою» і «масою» і т.д. можна також використовувати для успішного багатопараметричного процесингу, тобто такого, що враховує кілька категорій одночасно (рис. 2).

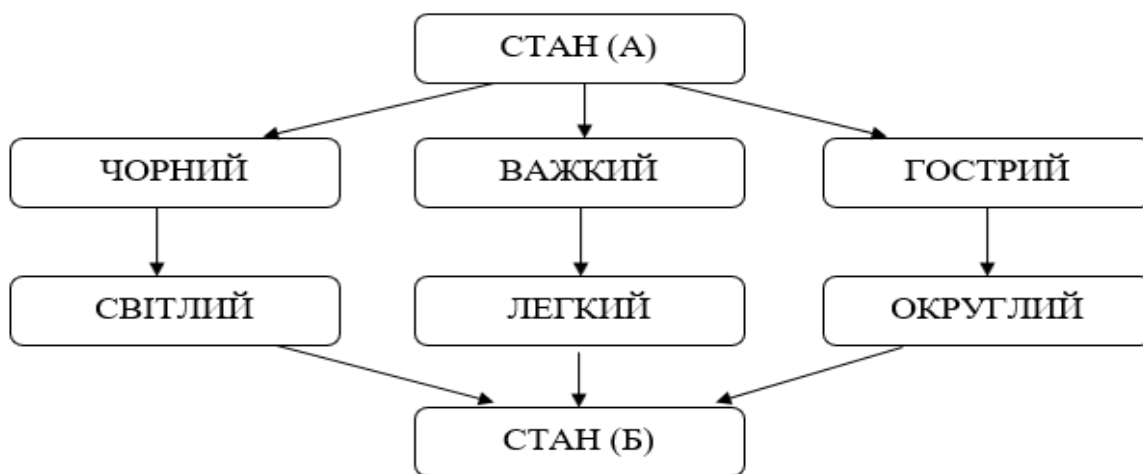


Рис. 2. Схема багатопараметричного процесингу.

Робота з ПСС спрощується, якщо одночасно відслідковувати соматичні реакції під час процесингу форм / кольору / маси / запаху / динаміки і т.д. як специфічний варіант рефреймінгу [4] між взаємопов'язаними категоріями. Вихід на ПСС, подальша їх ефективна трансформація можлива у результаті існування кореляцій між різними модальними категоріями, це надає можливість використовувати даний метод психоаналізу як ефективний інструмент для корекції різноманітних психологічних станів.

### *Література*

1. Кавун Е. М. Метод визначення психосоматичних структур та необхідні для його практичного використання навички і компетенції. *Збірник наукових праць професорсько-викладацького складу ДонНУ імені Василя Стуса.*, [S.l.], Р. 48-49, July 2019.
2. Майкл Холл, Боб Боденхаммер Полный курс НЛП: Руководство для достижения уровней Практика НЛП и Мастера НЛП (Фокусирование на субмодальностях): Crown House Publishing / Прайм-ЕВРОЗНАК. С-Пб, 2008. С. 213-231.
3. Годэн Ж. Новый гипноз: глоссарий, принципы и метод: Введение в эриксоновскую гипнотерапию = La nouvelle hypnose: vocabulaire, principe et methode / [Пер. с фр. С. К. Чернетского; Godin, Jean]. – М.: Изд-во ЗАО «Институт психотерапии», 2003, 296 с.
4. Бендлер Ричард, Гриндер Джон Рефрейминг – ориентация личности с помощью речевых стратегий: [https://royallib.com/read/bendler\\_richard/refreyminoorientatsiya\\_lichnosti\\_s\\_pomoshchyu\\_rechevih\\_strategiy.html#0](https://royallib.com/read/bendler_richard/refreyminoorientatsiya_lichnosti_s_pomoshchyu_rechevih_strategiy.html#0) (дата звернення: 30.10.2019).



## **ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА «ПРОФЕСІЙНА КАР'ЄРА ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСВІТНЬОГО ПЕРСОНАЛУ»: МЕТА, ЗМІСТ ТА ОСНОВНІ ІНТЕРАКТИВНІ ТЕХНІКИ**

*Л. М. Карамушка,  
член-коресподент НАПН України,  
доктор психологічних наук, професор,  
Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України*

Актуальність дослідження. Проблема психологічного здоров'я персоналу організацій є однією із актуальних тем сьогодення, в силу інтенсифікації професійної діяльності персоналу, посилення рівня конкуренції, підвищених вимог до персоналу з боку керівництва, незадоволення матеріальних та інших очікувань персоналу тощо.

Однією із важливих аспектів цієї проблеми є аналіз «різних векторів взаємодії» професійної кар'єри та психологічного здоров'я персоналу, зокрема, аналіз тих протиріч, які можуть виникати між ними.

Виходячи із актуальності та недостатньої розробки проблеми, нами сформульовано таку мету дослідження: визначити мету, завдання, зміст, структуру та інтерактивні техніки тренінгової програми «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу».

Результати дослідження. Зазначимо, насамперед, що тренінгова програма «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу» є однією із тренінгових програм, які входять до структури психологічної технології підготовки освітнього персоналу до забезпечення психологічного здоров'я, розробленої автором.

В основу технології покладено *технологічний підхід*, який полягає в розробці та впровадженні організаційно-психологічних технологій (Карамушка Л.М., 2002).

Мета тренінгової програми: підготовка освітнього персоналу до розуміння сутності професійної кар'єри особистості та ролі психологічного здоров'я персоналу в її здійсненні.

Завдання тренінгової програми: 1) оволодіння освітнім персоналом знаннями про сутність професійної кар'єри та роль психологічного здоров'я освітнього персоналу у її здійсненні; 2) аналіз освітнім персоналом особливостей професійної кар'єри та психологічного здоров'я персоналу та протиріч, які можуть виникати між ними; 3) визначення освітнім персоналом організаційно-психологічних умов профілактики та

подолання протиріч між професійною кар'єрою та психологічним здоров'ям персоналу.

Загальна структура тренінгової програми. Тренінгова програма складається із 4 тренінгових сесій та має таку загальну структуру: Тренінгова сесія 1. «Сутність професійної кар'єри особистості, її види та функції»; Тренінгова сесія 2. «Етапи та критерії успішності професійної кар'єри персоналу в організації»; Тренінгова сесія 3. «Сутність психологічне здоров'я освітнього персоналу та його роль в діяльності освітніх організацій»; Тренінгова сесія 4. «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу: коли і чому виникають протиріччя між ними і чи можливо їх подолати?» .

Обсяг тренінгової програми. Обсяг тренінгової програми складається із 60 академічних годин. Кожна із тренінгових сесій складається із таких частин та має таку часову «наповненість»: вступ до тренінгової сесії (2 години), інформаційно-смісловий компонент (2 години), діагностичний компонент (2 години), корекційно-розвивальний компонент (2 години), завершення тренінгової сесії (2 години), творче домашнє завдання (4 години). Тобто обсяг однієї тренінгової сесії складає 14 академічних годин. Відповідно, обсяг чотирьох тренінгових сесій складає 56 академічних годин. До того ж, до обсягу тренінгу ще додається 2 години на загальний вступ до тренінгу та 2 – на загальну заключну частину тренінгу.

Зміст тренінгової програми. Тренінгова програма має такий загальний зміст.

*Тренінгова сесія 1* «Сутність професійної кар'єри особистості, її види та функції» передбачає аналіз таких питань: Що таке кар'єра?; Що являє собою професійна кар'єра?; Професійна та життєва кар'єра: чим вони відрізняються між собою?; Які існують види професійної кар'єри?; Чому виникає необхідність у здійсненні горизонтальної кар'єри?; Яка роль професійної кар'єри?

*Тренінгова сесія 2* «Етапи та критерії успішності професійної кар'єри персоналу в організації» зорієнтована на висвітлення наступних питань: Які основні етапи кар'єри ?; Що таке «плато кар'єри»?; Які причини виникнення «плато кар'єри» в організації?; Як долати «плато кар'єри»?; Як управляти професійною кар'єрою персоналу в організації?; Які критерії успішності професійної кар'єри персоналу в організації?

*Тренінгова сесія 3.* «Сутність психологічне здоров'я освітнього персоналу та його роль в діяльності освітніх організацій» розглядає такі

питання: Що таке здоров'я особистості? У чому проявляється психічне здоров'я освітнього персоналу? Чим психологічне здоров'я освітнього персоналу відрізняється від психічного здоров'я? Як співвідносяться між собою психологічне та професійне здоров'я освітнього персоналу? Як впливає психологічне здоров'я освітнього персоналу на ефективність діяльності освітніх організацій? Чи можна говорити про психологічне здоров'я організації?

*Тренінгова сесія 4.* «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу: коли і чому виникають протиріччя між ними і чи можливо їх подолати?» включає висвітлення таких питань: Які протиріччя можуть виникати між професійною кар'єрою освітнього персоналу та організаційно-психологічними умовами діяльності в організації?; Як це може вплинути на психологічне здоров'я освітнього персоналу?; Як основні причини виникнення протиріч між професійною кар'єрою освітнього персоналу та організаційно-психологічними умовами діяльності в організації; Як долати протиріччя між професійною кар'єрою і психологічним здоров'ям особистості? Яку роль тут можуть відігравати освітні організації?

Основні інтерактивні техніки тренінгової програми. У процесі проведення тренінгу використовуються «класичні» інтерактивні техніки (метод незакінчених речень, робота в малих групах, міжгрупове обговорення, «мозковий штурм», рольові ігри, творчі завдання тощо), які «проектуються» на зміст тренінгової програми. Зокрема, розроблено та впроваджено такі авторські інтерактивні техніки: 1) криголам «Мій «дотик» до професійної кар'єри протягом останнього місяця»; 3) вправа «Голосуємо ногами» (з проблеми видів кар'єри та можливостей поєднання життєвої та професійної кар'єри); 4) творча діагностична вправа: «Провести інтерв'ю з іншим учасником тренінгу» (інтерв'ю включає такий орієнтовний перелік питань: Які етапи професійної кар'єри Ви на даний момент пройшли?; Які труднощі були у Вас під час проходження цих етапів?; Які досягнення у Вас були під час проходження цих етапів?; Як етапи професійної кар'єри Ви б хотіли пройти у майбутньому? та ін.); 4) міні-лекція «Чому виникає «плато кар'єри» і чим організаційне плато відрізняється від особистісного?» 5) робота в малих групах та міжгрупове обговорення «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я: як вони «перетинаються» між собою?» та ін.

Результати впровадження тренінгової програми серед персоналу освітніх організацій та психологів показали, що вона викликає значний інтерес в учасників тренінгу.

Активну дискусію викликають, зокрема, такі аспекти проблеми: 1) відмінність між «простим» (хоча і ефективним) виконанням професійних функцій і професійною кар'єрою; 2) співвідношення вертикальної та горизонтальної кар'єри; 3) критерії успішності горизонтальної кар'єри (не лише емоційне задоволення від виконання професійної діяльності, але і визнання її змісту та результатів професійною спільнотою); 4) плато кар'єри та його різновиди; 5) можливі сценарії співвідношення професійної та життєвої кар'єри та ін.

Особливо активно обговорюються питання, які стосувалися сутності психологічного здоров'я особистості та протиріч, які виникають між професійною кар'єри та психологічним здоров'ям.

Так, до *основних протиріч*, які можуть виникати між професійною кар'єрою персоналу та організаційно-психологічними умовами діяльності в організації, учасниками за підтримки керівника тренінгу було віднесено: інтенсифікація діяльності; надмірні вимоги з боку керівництва; «токсичність» організаційного середовища; наявність булінгу в педагогічному колективі; розчарування стосовно «кар'єрних» можливостей професії; виникнення організаційного та особистісного «плато кар'єри»; невідповідність між «обіцяним» і «реальним» в матеріальних та моральних винагородах роботи; трудоголізм та перфекціонізм персонал тощо. Було зроблено висновок про те, що це може призводити до емоційного виснаження персоналу, згорання стосунків з колегами, песимізму, розчарування щодо здійснення кар'єри, відмови від подальших кар'єрних планів тощо, тобто, значно знижувати рівень психологічного здоров'я персоналу.

Також на основі аналізу літературних джерел було виділено одне із основних протиріч, яке може проявлятися при цьому: протиріччя між вимогами професійної діяльності, необхідності постійного професійного зростання в ній та наявністю особистісних та організаційних ресурсів. У цьому контексті було виділено один із підходів (реалізація JD-R model - Job Demands-Resources model, Bakker, A.B., & Demerouti, E.), впровадження якого може сприяти подоланню протиріччя між професійною кар'єрою та психологічним здоров'ям

Окрім того, до *основних організаційно-психологічних умов профілактики та подолання протиріч* між професійною кар'єрою та

психологічним здоров'ям освітнього персоналу учасниками тренінгу віднесено; розробка спеціальної програми освітньої організації з означеного питання; здійснення психологічної підтримки персоналу на всіх етапах здійснення професійної кар'єри; оволодіння персоналом спеціальними засобами саморегуляції, зокрема, медитації, для підтримки психологічного здоров'я та ін.

Висновки. Застосування тренінгової програми «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу» може сприяти психологічному забезпеченню здійснення професійної кар'єри освітнього персоналу та усвідомлення значення психологічного здоров'я у цьому процесі.

## **АЛГОРИТМ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ**

***В. Є. Клебан,***

*студентка 5 курсу медичного факультета*

***М. К. Білоус,***

*студент 5 курсу медичного факультета*

***В.Ю. Жук,***

*кандидат медичних наук, асистент*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Ще Гіппократ описував хронічні психози, що ускладнювалися перинатальними інфекціями, виникали після пологів і закінчувалися летально. Ескіроль (1838), а пізніше – Магсе (1858) відзначали пуерперальні психози, описані в праці «Безумство вагітних жінок» (*La folie des femmes enceintes*). На початку ХХ сторіччя був запропонований термін «депресія післяпологового періоду». Цим було підкреслено особливий характер згадуваного розладу. Поява цього терміна мала велике значення для виникнення нового напрямку – перинатальної психіатрії. У працях R.Kumar і K.M.Robson показано, що пуерперальні психози, мають органічне походження, на відміну від післяпологової депресії (ППД) [1]. Післяпологовий психоз має поширеність 1:500–1:1000 новонароджених і

найчастіше є клінічним проявом біполярного афективного розладу та уніполярної депресії [2].

Актуальність питань діагностики депресивних розладів зумовлена значною їх поширеністю саме серед жіночого населення та фактичною відсутністю системи кваліфікованої, спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги вагітним і молодим матерям. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 р. серед захворювань, які призводять до інвалідності, депресивні розлади посідатимуть друге місце після ішемічної хвороби серця [3]. Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані [4].

Епідеміологічними дослідженнями останнього десятиліття встановлено швидке поширення афективної патології, зокрема, депресивнотривожних розладів у жінок під час вагітності та в постнатальному періоді. За даними зарубіжних вчених, близько 40% вагітних жінок мають ознаки психопатології. До 56% психічних порушень, асоційованих із вагітністю та післяпологовим періодом, становлять депресії. За даними літератури, поширеність розладів депресивного спектра у країнах Європи і США становить на сьогодні близько 5-10%. Їх частота упродовж життя становить 16%, упродовж 12-ти місяців – близько 7% [5]. У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%. Це обумовлює необхідність діагностики цієї патології в жінок під час вагітності та після пологів як найбільш відповідальних періоді репродуктивного циклу жінки та запобігання можливого негативного впливу депресивних та тривожних розладів на перебіг вагітності, розвиток плода та ранні взаємовідносини мати плід і мати дитина [6].

Мета дослідження: діагностика депресивних і тривожнодепресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів.

У психодіагностичному скринінгу взяли участь 247 жінок під час II триместру вагітності віком від 17 до 45 років поглибленим клінічним і клініко-психопатологічним методом досліджувалися 67 вагітних жінок віком від 22 до 38 років, які мали високі показники за шкалами особистісної чи ситуативної тривоги та/або депресії (основна група); і 31 вагітна жінка віком від 24 до 39 років із низькими показниками за вказаними шкалами (група порівняння). На підставі даних клініко-психопатологічного та патопсихологічного досліджень апробовано і впроваджено в умовах акушерського стаціонару алгоритм етапної діагностики депресивних і тривожнодепресивних розладів у вагітних жінок у II триместрі, у 6-8 тижнів, та до року після пологів.

Відомо, що депресивний розлад є одним з найпоширеніших психічних розладів у післяпологовому періоді. Післяпологовий «материнський смуток» – «бебі-блюз», чи синдром третьої доби – найбільш поширений розлад настрою, він триває від 5 до 10 днів. Спостерігається у 50-80% жінок, які народили вперше. Цей розлад настрою характеризується постійним плачем без пригніченості, лабільним настроєм. Цей стан зазвичай минає через 5-10 днів в умовах сприятливого та чуйного ставлення оточуючих до породіллі. Тим не менш, у 10% випадків «післяпологовий блюз» може мати інтенсивний та затяжний характер і стати початком розвитку ППД. Ризик розвитку депресії значно підвищується в разі настання вагітності в підлітковому та ранньому юнацькому віці. У 15-17-річних вагітних частота депресій більш ніж у 2 рази перевищує цей показник для зрілих матерів [7].

Розвиток депресивних і тривожних розладів неспсихотичного реєстру може бути обумовлений специфічними особистісними характеристиками жінок у поєднанні з порушенням системи міжособистісних стосунків, актуальними і невідреагованими в минулому стресогенними впливами та комплексом соціальних чинників, які призводять до погіршення якості життя. Значна увага має приділятися фахівцями питанню виникнення та загострення тривожно-депресивних розладів і невротичних реакцій на стрес на різних етапах вагітності.

Так, доведено, що для розвитку дитини найбільш небезпечні патологічні реакції на стрес і поява афективної патології у II й III триместрах вагітності. Наслідки стресу у вагітних негативно позначаються на психофізіологічних характеристиках немовлят при народженні і визнаються схожими з такими в матерів, залежних від тютюнокуріння. Механізми розвитку психопатологічної симптоматики неспсихотичного рівня обумовлені співвідношенням типології особистості, ступенем особистісної зрілості, соціально психологічними факторами, характером соціального функціонування. Важливу роль у патогенезі психоемоційних розладів у жінок під час вагітності відіграє преморбідний рівень функціонування особистості, який переважає в період початку вагітності – рівень зрілості полоролевої ідентичності, який жінка набула до цього часу. Доведено, що в період вагітності відбуваються зміни в емоційній сфері жінки в напрямку збільшення лабільності. Жінка стає більш чутливою і більш податливою до змін настрою.

У низці зарубіжних досліджень доведено, що тривожні і депресивні розлади в жінок під час вагітності потребують раннього виявлення та

корекції у зв'язку з їх значним негативним впливом на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду і подальший психофізичний розвиток та соціальну адаптацію дитини [7, 8].

Алгоритм діагностики депресивних і тривожно-депресивних розладів складається з первинного етапу відбору жінок у II триместрі вагітності, які мають підвищений ризик розвитку тривожно-депресивних розладів, та їх скринінгового обстеження за даними психометричних шкал самооцінки з метою виявлення вагітних жінок із підвищеними показниками депресивних і тривожних проявів. До цих груп належать вагітні з попередніми перинатальними втратами, бездітні жінки з довготривалим періодом безпліддя, вагітні з ускладненнями актуальної вагітності, а також вагітні з високим ризиком народження дитини з пренатальним ураженням центральної нервової системи, жінки, вагітність яких не була бажаною, жінки, що мали психоемоційні розлади в минулому.

Перше дослідження психічного статусу рекомендується проводити у II триместрі вагітності, друге – через 6-8 тижнів після пологів і протягом першого року життя дитини. Час дослідження визначається тим, що в I триместрі вагітності зазвичай вирішується доля вагітності, а в III триместрі відзначається так звана передпологова тривога. Термін другого дослідження збігається з часом імовірного прояву симптомів післяпологової депресії. Пакет методик для скринінгового етапу діагностики включає анкету соціодемографічних даних (вік, освіта, професія, трудова діяльність, матеріальне становище, сімейний стан) із коротким опитувальником стресових подій життя і даними акушерського анамнезу та психодіагностичні методики.

Результати вивчення показників першого етапу алгоритму психодіагностичного дослідження демонструють високу питому вагу пацієнток із підвищеними показниками за шкалами депресії та тривоги (відповідно 38% і 85%).

До 38,2% жінок під час II триместру вагітності мали підвищені (24%) та високі (14,2%) показники і клінічні прояви депресії та потребували подальшого уточнення клінічного діагнозу.

Таким чином, отримані дані психодіагностичного скринінгу свідчать про значну поширеність симптомів тривоги та депресії й високу питому вагу пацієнток із підвищеними показниками за шкалами депресії та тривоги, що обґрунтовує актуальність даного наукового дослідження, спрямованого на оптимізацію медико-психологічної допомоги вагітним жінкам і матерям із немовлятами. Доведено ефективність алгоритму



своєчасного виявлення депресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів, який має бути впроваджений у загальномедичну, акушерську та спеціалізовану (психолого-психіатричну) практику для принципового підвищення якості охорони психічного здоров'я вагітних жінок і матерів із немовлятами.

### *Література*

1. Depression during and after pregnancy [Electronic resource]. Access mode: <https://www.womenshealth.gov/publications/ourpublications/factsheet/depressionpregnancy.html>. Accessed July 1, 2015. Title from screen.
2. Карагодина Е.Г. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе. *Архив психиатрии*. 2004. Т. 10, № 4. С. 17-21.
3. Бюлетень ВООЗ. 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/bulletin/volumes/ru>.
4. Пушкарева Т.Н. К вопросу диагностики послеродовой депрессии. *Архив психиатрии*. 2003. Т. 7, № 1. С. 42-46.
5. American Academy of Pediatrics. Intrapartum and postpartum care of the mother // In: Guidelines for Perinatal Care. – 7th ed. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics; Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
6. Cox J.L. Perinatal mental disorders – a cultural approach / J.L. Cox // *International Review of Psychiatry*. 1996. Vol. 8. P. 9-16.
7. Depressive disorders // In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. – 5th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013 [Electronic resource]. Access mode : <http://www.psychiatryonline.org>. – Accessed July 16, 2015. Title from screen.
8. Пушкарева Т.Н. Послеродовая депрессия: распространенность, клиника, динамика. *Психичне здоров'я*. 2005. № 3 (8). С. 31-36.

## ДИНАМІКА ПРОФЕСІЙНОЇ СПРЯМОВАНOSTІ ФАХІВЦІВ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ

**О. М. Кокун,**

*член-кореспондент НАПН України,*

*доктор психологічних наук, професор,*

*Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України,*

Вимоги до особистості сучасного фахівця постійно змінюють внаслідок динамічних соціально-економічних перетворень сучасного суспільства. Тому здатність фахівця бути суб'єктом свого професійного розвитку та самостійно знаходити вирішення соціально та професійно значущих проблем в умовах мінливої дійсності з кожним роком набуває все більшого значення [2], [4]. Особливо важливим є набуття здатності до прийняття адекватних рішень в «нестандартних» ситуаціях, в умовах дефіциту часу, навичок оптимальної взаємодії із учасниками виробничого процесу у спільній професійній діяльності [1]. Через це особливої уваги науковців нині потребують фахівці соціономічних професій [4], що зумовлено, окрім надзвичайно важливої суспільної значущості таких професій, яку вони мають самі по собі, так би мовити «у чистому вигляді», ще й тим, що вони природним чином тісно інтегровані у професії всіх інших типів.

Загалом, під *професійним становленням* розуміють формування професійної спрямованості, компетентності, соціально значущих та професійно важливих якостей фахівців, їх готовності до постійного професійного зростання, пошуку оптимальних прийомів якісного і творчого виконання діяльності у відповідності до власних індивідуально-психологічних особливостей [2]. Сприяння професійному становленню фахівців соціономічних професій можна розглядати в якості одного із найактуальніших завдань сучасної практичної психології [3]. Однак, для ефективного його вирішення необхідно базуватися на результатах відповідних психологічних досліджень, спрямованих на визначення сучасних особливостей та закономірностей такого становлення [4].

На визначення особливостей формування професійної компетентності та спрямованості фахівців соціономічних професій на різних етапах професійного становлення й були спрямовані наші дослідження. Частину отриманих результатів щодо особливостей динаміки професійної спрямованості таких фахівців ми проаналізуємо нижче.

Зокрема, результатів за розробленим нами опитувальником та методикою «Вивчення задоволеності своєю професією та роботою».

На основі перших 12-ти питань опитувальника для всіх досліджуваних було визначався кількісний «індекс етапу професійного становлення», який надав можливість розподілити їх за етапами професійного становлення (професійної адаптації, первинної професіоналізації, вторинної професіоналізації, професійної майстерності). Ще 11 питань опитувальника характеризували особливості професійної спрямованості фахівців та слугували індикаторами сприятливих та несприятливих для успішного перебігу їх професійного становлення чинників. Проведення досліджень засновувалось на використанні розроблених нами концепції *дистанційної професійної психодіагностики* та діагностичного сайту <http://prof-diagnost.org>.

Всього у дослідженнях взяли участь 918 представників типових професій типу «людина-людина» (вчителі, вихователі, психологи, лікарі, адвокати, менеджери та ін.), та тих, що виконують роботу, безпосередньо пов'язану із професійною взаємодією із іншими людьми (службовці, ревізори, керівники, військові, адміністратори, торговельні працівники, маклери, журналісти та ін.).

Встановлену у нашому дослідженні динаміку показників професійної спрямованості (за анкетуванням) подано таблиці 1.

Таблиця 1

**Показники професійної спрямованості фахівців соціономічних професій на різних етапах професійного становлення (за анкетуванням)**

№	Рівень	Етап професійного становлення			
		1	2	3	4
1	Зацікавленості у профес. діяльності	3,06	3,58	3,87	4,23
2	Задоволеності її змістом	1,94	2,67	2,87	3,42
3	Задоволеності зарплатою	1,38	2,00	2,14	2,52
4	Задоволеності кар'єрою	1,56	2,25	2,53	3,10
5	Задоволеності соціальн. становищем	1,94	2,22	2,55	3,03
6	Любові до своєї професії	2,31	2,97	3,13	3,56
7	Зусиль що підвищення профес. рівня	2,38	2,90	3,29	3,68

Примітки: 1) №№ етапів професійного становлення: 1 - професійної адаптації, 2 - первинної професіоналізації, 3 - вторинної професіоналізації, 4 - професійної майстерності;

2) зміни всіх показників професійної спрямованості від третього до шостого етапів є статично достовірними ( $p \leq 0,05$ ).

Наведені у таблиці результати наочно засвідчують тісне взаємо-поєднання розвитку професійних компетентності та спрямованості у професійному становленні фахівців соціономічних професій. Так всі використані у опитувальнику показники, які характеризували компоненти професійної спрямованості (зацікавленість у власній професійній діяльності, задоволеність її змістом, зарплатою, власною кар'єрою та соціальним становищем, любов до своєї професії, зусилля, спрямовані на підвищення власного професійного рівня), істотно підвищуються від одного етапу до іншого. Отже, переконливо емпірично підтверджено, що наявність високого рівня професійної спрямованості є одним з провідних чинників успішного професійного становлення фахівця. Також нами встановлено, що рівень професійної спрямованості за різними його компонентами, сам по собі, практично не змінюється у віковому аспекті, а лише разом із переходом на наступний етап професійного становлення, являючи собою істотну передумову подібного переходу.

Приблизно така сама картина спостерігається й щодо такого психодіагностичного показника, який характеризує професійну спрямованість фахівців, як «ступінь задоволеності фахівців своєю професією і роботою» за методикою «Вивчення задоволеності своєю професією та роботою» (таблиця 2).

*Таблиця 2*

**Ступінь задоволеності своєю професією і роботою фахівців соціономічних професій на різних етапах професійного становлення**

№	Етап професійного Становлення	Ступінь задоволеності своєю професією і роботою		
		M	$\sigma$	$p \leq$
1	Професійної адаптації	-3,5	4,3	0,001 з №№ 2 - 4
2	Первинної професіоналізації	1,4	5,6	0,001 з №№ 1, 3, 4
3	Вторинної професіоналізації	4,3	5,4	0,001 з №№ 1, 2, 4
4	Професійної майстерності	9,6	4,5	0,001 з №№ 1 - 3

Ми знову бачимо, що діагностичний показник стрімко зростає від одного етапу професійного становлення до іншого (але залишаючись практично незмінним у різних вікових групах досліджуваних фахівців).

Висновок. Отже, переконливо емпірично підтверджено, що, поряд із професійно-важливими якостями, наявність високого рівня професійної спрямованості, є провідним чинником успішного професійного становлення фахівця. Встановлено, що рівень професійної спрямованості за різними його

компонентами, сам по собі, практично не змінюється у віковому аспекті, а лише разом із переходом на наступний етап професійного становлення, являючи собою істотну передумову подібного переходу.

### *Література*

1. Балабанова К.В. Феномен життєстійкості в професійній діяльності осіб ризиконебезпечних професій / К.В. Балабанова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Психологія. 2016. Вип. 53. С. 5-12.
2. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития: Учебн. пособие /Э.Ф. Зеер. 2-е изд. М.: Издательский центр «Академия», 2007. 240 с.
3. Кокун О.М. Особливості прояву стресостійкості майбутніх фахівців соціономічних професій [Електронний ресурс] / О. Кокун, Дубчак Г. // Social and Human Sciences. Polish-Ukrainian scientific journal. 2016. № 03 (11) . Режим доступу: [http://sp-sciences.io.ua/s2573969/kokun\\_oleg\\_dubchak\\_halyna\\_2016](http://sp-sciences.io.ua/s2573969/kokun_oleg_dubchak_halyna_2016)
4. Психофізіологічне забезпечення професійного самоздійснення фахівця в умовах соціально-економічних перетворень : монографія [Електронний ресурс / О.М. Кокун, В.В. Клименко, О.М. Корніяка, [та ін.] ; за ред. О.М. Кокуна. К.: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2018. 298 с. Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/712848>

## **ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПРОКРАСТИНАЦІЇ**

*А. В. Куріцина,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Актуальність проблеми прокрастинації обумовлена тим, що цей стан знайомий більшості людей і до певного рівня вважається нормальним. Але прокрастинація стає проблемою, коли перетворюється в «нормальний» робочий стан при виконанні будь-яких справ. В результаті поставлені задачі не виконуються або виконуються неякісно, з запізненням і не в

повному обсязі, що призводить до відповідних негативних результатів у вигляді незданої сесії, сутичок з рідними та друзями, втрачених можливостей тощо. Тому постає питання, що ж саме впливає на ступінь вираженості прокрастинації. Адже, її негативні наслідки виражаються в зниженні успішності особистості, виникненню перешкод для особистісного розвитку та навчально-професійної діяльності, гострих емоційних переживань власного неуспіху і незадоволеності результатами своєї діяльності, що, у свою чергу, через тривалий час призводить до руйнування психологічної рівноваги, зниження адаптаційних можливостей та благополуччя особистості.

Оскільки згадки про феномен прокрастинації є досить давніми, очевидно є думка про те, що її причини криються в людській природі, в особливостях її природної організації [3]. Трактуючи прокрастинацію як особистісний розлад, дослідники спираються на три основні її критерії: контрпродуктивність, марнотратство, постійне відкладання [2]. Провівши теоретичний аналіз психологічних умов формування прокрастинації, ми виявили, що найактуальнішим є вивчення наступних детермінант прокрастинації: мотивація успіху і боязнь невдачі [1]; перфекціонізм [4]; інтроверсія-екстраверсія, імпульсивність-самоконтроль, тривожність [3].

Метою нашого дослідження стало емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей, які впливають на рівень прокрастинації у студентів.

Вибірку нашого дослідження склали студенти денної форми навчання, 3-го та 4-го курсу СО «Бакалавр» та 1-го, 2-го курсу СО «Магістр», Донецького національного університету імені Василя Стуса у кількості 105 осіб. За допомогою психодіагностичного інструментарію, а саме «Опитувальник на схильність до прокрастинації», вибірка була поділена на 3 групи, за рівнем прояву прокрастинації (високий рівень, середній рівень, низький рівень). Після психодіагностичного дослідження ми виявили, що серед студентської молоді 25% представників з високим рівнем прокрастинації, 60% мають середній рівень прокрастинації, та 15% з низьким рівнем прокрастинації.

На наступному етапі дослідження, студенти були продіагностовані за наступними методиками: «Мотивація успіху і боязнь невдачі»; «Багатовимірна шкала перфекціонізму»; «П'ятифакторний опитувальник особистості»: шкала «Екстраверсія-інтроверсія», «Самоконтроль-імпульсивність», та субшкала «Тривожність». Отримавши кількісні результати, за вищевказаними методиками, ми перейшли до математичної

їх обробки. Зважаючи на те, що у нас незв'язна вибірка, яка буде поділятися за рівнем прокрастинації, доцільним стало застосування « $\chi^2$  критерій Пірсона» за допомогою програмного пакету «STATISTICA». В ході обчислення, ми виявили, що у студентів з різним рівнем прокрастинації відсутні статистично значущі відмінності у прояві за шкалою «Інтроверсія-екстраверсія» ( $p = 0.361793$ ,  $p > 0.05$ ), за субшкалою «Тривожність-безтурботність» ( $p = 0.434198$ ,  $p > 0.05$ ), у прояві перфекціонізму ( $p = 0.683720$ ,  $p > 0.05$ ). Статистично значущі відмінності виявлені за шкалою «Імпульсивність-самоконтроль» ( $p = 0.001548$ ,  $p < 0.05$ ), у прояві «Мотивація успіху і боязні невдачі» ( $p = 0.016294$ ,  $p < 0.05$ ).

Отже, в ході дослідження ми виявили, що високий рівень мотивації домінують у представників з низьким та середнім рівнем прокрастинації, середній рівень мотивації домінує у представників з середнім та високим рівнем прокрастинації. Високий рівень самоконтролю домінує у представників з низьким та середнім рівнем прокрастинації, тоді як середній рівень самоконтролю домінує у представників з високим та середнім рівнем прокрастинації.

Визначивши відмінності у прояві мотивації та імпульсивності-самоконтролю, ми застосували «Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена» [7] за допомогою програми «STATISTICA» та виявили чи існує взаємозв'язок між вищезазначеними факторами (табл. 1).

Таблиця 1

Взаємозв'язок мотивації, імпульсивності-самоконтролю та прокрастинації

	Мотивація	I-C	Прокрастинація
Мотивація		<b>0,401101</b>	<b>-0,313101</b>
I-C	<b>0,401101</b>		<b>-0,377072</b>
Прокрастинація	<b>-0,313101</b>	<b>-0,377072</b>	

За результатами проведених математичних обчислень прокрастинація має зворотній взаємозв'язок з мотивацією та імпульсивністю-самоконтролем. Відповідно при підвищенні одного показника, інший показник знижується. Також, мотивація та імпульсивність-самоконтроль корелюють між собою, що свідчить про їх взаємозв'язок, в даному випадку слабкий та прямий.

Також, за допомогою «Однофакторного дисперсійного аналізу», ми визначили вплив мотивації та імпульсивності-самоконтролю на прояв прокрастинації. Так, були статистично значущі результати за показниками мотивації ( $p=0,002451$ , що  $p>0.05$ ) та імпульсивності-самоконтролю ( $p=0,000046$ ,  $p>0.05$ ). Аналізуючи результати дослідження ми перевірили, чи існує взаємовплив двох факторів на прояв прокрастинації. Для цього ми застосували «Двухфакторний дисперсійний аналіз». Провівши обрахунки, ми не виявили взаємовпливу визначених двох факторів на прояв прокрастинації ( $p = 0.992775$ , відповідно  $p > 0.05$ ).

Таким чином, результати проведенного дослідження частково підтвердили нашу гіпотезу. Аналіз результатів кількісних та якісних показників дозволив зробити наступні висновки про те, що у студентів з високим рівнем прокрастинації спостерігається середній рівень мотивації та самоконтролю. Відповідно у студентів з низьким рівнем прокрастинації високий рівень мотивації та самоконтролю. Отже, для того щоб понизити рівень прокрастинації необхідно вплинути на підвищення рівню мотивації та самоконтролю. У студентів з середнім рівнем прокрастинації проявляється високий та середній рівень мотивації, у випадку самоконтролю складається аналогічна ситуація. Можна припустити, що на прояв прокрастинації можуть впливати інші фактори, вивчення яких може слугувати перспективою для подальшого вивчення даного феномену.

### *Література*

1. Баранова Р. А., Карловская Н. Н. Взаимосвязь прокрастинации и параметров ответственности у студентов с разной академической успеваемостью. *Активность и ответственность личности в контексте жизнедеятельности: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием* (Омск, 9-10 окт. 2008). Омск, 2008. С. 17-21.
2. Витютин Т. А. Нарушения переживания течения времени как критерий наличия психических нарушений. *Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: Материалы междунар. науч.-практ. конф.* (Владивосток, 15-19 сент. 2011). Владивосток, 2011. С. 91-94.
3. Дворник М. С. Прокрастинація в конструюванні особистісного майбутнього: монографія. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Кропивницький, 2018. 120 с.



4. Мотрук Т. О. Прокрастинація як інгібітор розвитку успішної особистості. *Актуальні питання сучасної психології*: Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (Суми, 15 травня 2014). Суми, 2014. С. 292-297.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ЖІНКИ ДО МАТЕРИНСТВА**

**В. Ю. Кухлій,**

*студент 6 курсу медичного факультету №1,*

**В. М. Гусєв,**

*кандидат медичних наук, доцент,*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Проблема материнства в останній час набуває дедалі більш міждисциплінарного характеру, стаючи важливим предметом дослідження не тільки в науках традиційно маючих до неї безпосереднє відношення (медицина, фізіологія, біологія поведінки), але і в гуманітарних науках, таких як історія, культурологія, соціологія, психологія. В Україні демографічні тенденції набувають тривожного характеру. Для сучасної демографічної ситуації характерне поступове старіння населення України. Внаслідок постійного зниження народжуваності впродовж останнього століття чисельність дітей знизилася з приблизно 40% на початку ХХ століття до 15% на початку ХХІ-го. Зростає кількість населення старшого за 60 років – від 3-4% на початку ХХ ст. до 21% на початку ХХІ ст. Тільки упродовж січня–листопада 2018 р. чисельність населення зменшилася на 208,8 тис. осіб. Майже половина шлюбів закінчуються розлученням [4, 7].

Відсутність у більшості населення соціально-економічних підстав, які гарантують достатній рівень матеріального благополуччя родини і виховання дитини, також не сприяють дітонародженню. Проблему усугубляє і той факт, що указані негативні прояви здійснюються на фоні зміни сімейних стереотипів і цінностей, трансформації традиційних стереотипів репродуктивної поведінки, зміни патернів сімейних відношень. Спостерігається зріст незапланованих вагітностей серед неповнолітніх та аборти у жінок, які ще не мають дітей. На готовність до

материнства оказує дію більш пізній вік вступу в брак, установки на зменшення кількості дітей в сім'ї, кар'єрні стремління жінок. Збільшується кількість сімей в яких дитина остається неприйнята батьками, в яких порушенні материнсько-дітські відношення [3, 5].

Аналіз даних багатьох вітчизняних та іноземних літературних джерел свідчить, що сучасна молодь вкрай мало орієнтована на виконання материнської функції. У самосвідомості сучасної жінки материнство не займає центрального місця у її житті і це не можна не сприймати як тривожний фактор. Народження дитини для жінки сприймається важким тягарем, оскільки в умовах сучасного соціума, коли зростає соціальне навантаження, значно складніше, ніж раніше, поєднувати трудову, суспільно-корисну діяльність разом із материнством [1, 2, 6]. Це поєднання все більше набуває соціального характеру. Необізнаність, а іноді відсутність психологічної готовності до виконання материнської функції веде до спотворення моральних цінностей самої жінки, до формування ідеології антиматеринства, детофобії [3, 5].

З метою виявлення проблемних питань та чинників, які негативно впливають на психологічну складову ставлення сучасної молоді до питань майбутнього материнства було проведене анкетування. Аналіз проводився за результатами відповідей на питання: «Чи хотіли б Ви мати дітей?», «Скільки Ви бажаєте дітей?», «Що для Вас означає дитина?», «Які емоції у Вас викликають маленькі діти?», «Як би Ви визначили, що означає бути матір'ю? ».

Опитування, на нашу думку, дає можливість виміряти рівень емоційної потреби в дітях та їх цінність, потреби в материнстві цілком для жінки.

У дослідженні взяли участь 28 жінок у віці від 18 до 24 років, які не мають дітей, 17 (60,71%) респондентів працюють, 11 (39,28%) – навчаються у ВНЗ.

Аналіз отриманих даних довів, що всі опитувані бажають мати дітей, але в найближчі два-три роки планують народити лише дитину 10 (35,71%) респондентів. Решта, 18 (64,28%), насамперед мають намір закінчити навчання, знайти роботу і влаштувати особисте життя, 9 (32,14%) опитаних бачуть повну сім'ю, яка складається з двох дітей, 12 (42,85%) бажають народити одну дитину, 7 (25%) – більше трьох дітей. Слід зазначити, що останню групу склали жінки, які виховувались у багатодітних сім'ях.

Результати опитування показали, що 15 (53,57%) респонденток сприймають народження малюка як щасливу подію. При цьому насправді лише половина вважає, що «дитина – це «щастя для кожної жінки». Відповіді інших жінок 5 (17,85%) носять чисто формальний характер: «дитина – це майбутнє», «це квіти життя», «це майбутня доросла людина».

В цілому, для жінок цінність майбутньої дитини не дуже значна, хоча з іншого боку, 3 (10,71%) респонденток не уявляють своє життя без дітей, 4 (14,28%) жінки відповіли, що бути матір'ю «значить бути найщасливішою, улюбленою і необхідною людиною на землі», «бути 24 години на добу серцем і думками зі своєю дитиною», «відчувати і розуміти малюка, любити його безмежно». Решта опитаних, (3,57%), не дали відповідь на дані питання.

В більшості досліджуваних зазначили, що люблять дітей, але, тим не менш, рівень сформованості позитивного образу дитини у них досить низький. Дитина, перш за все, асоціюється з труднощами, обмеженнями, відсутністю вільного часу, великою відповідальністю, «кінцем особистого життя», тобто з негативними емоціями. Більшість з досліджуваних не готові проводити з дитиною більше п'яти годин на день. Іншими словами, дівчата даної вікової групи не налаштовані позитивно на виконання ролі матері. Для більшості досліджуваних дитина не є цінністю сама по собі. Дівчата вважають, що дитина потрібна для зміцнення сім'ї, для продовження роду, або ж тому, що жінці належить мати дітей, але не бачать у дитині самостійної цінності. Респондентки не усвідомлюють повною мірою сенсу материнства. Для них бути мамами - це, перш за все, велика відповідальність, величезне навантаження, крок, до якого необхідно довго і серйозно готуватися, а не щастя і радість.

Отже, в результаті дослідження були отримані дані, аналіз яких дозволив зробити висновок, що основні фактори ставлення до материнства обумовлені наявністю невирішених інших життєво-важливих питань, а саме таких як самореалізація в професійно-трудої діяльності, матеріальна забезпеченість і щасливе заміжжя. Переосмислення проблем репродуктивної поведінки у майбутньому та створення належних умов для розгортання суб'єктності жінки як передумови свідомого материнства видається нам основою винайдення адекватних засобів впливу, спрямованих на покращення, в першу чергу, якісних характеристик демографічної картини в Україні.

### *Література*

1. Вишньовський В. В. Формування психологічної готовності жінки до материнства. Збірник тез доповідей V Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів «Актуальні задачі сучасних технологій», 17-18 листопада 2016 року. Т.: ТНТУ, 2016. Том II. С. 301–302
2. Мещерякова С. Психологическая готовность к материнству. *Вопр. психологии.* 2000. № 5. С. 18-27.
3. Мухіна В. С. Психологічні проблеми материнства // Перинатальна психологія та психотерапія. Зб. Матеріалів конференції з перинатальної психології. М., 2011. 165с.
4. НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ. Імперативи демографічного старіння. К.: ВД «АДЕФУкрaina», 2014. 288 с.
5. Немов Р. С. Загальна психологія. У 3-х т. Загальна психологія: Підручник. М.: Юрайт, 2012. 2472 с.
6. Філішова Г. Г. Психологія материнства: Навчальний посібник. М.: Изд-во Інституту Психотерапії, 2010. 240 с.
7. Яковенко Т. В. Особливості сучасної демографічної кризи в Україні *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.* 2014. № 1122. С. 77-83.

### **ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДІЄЮ ХРОНІОСТРЕСУ**

***О. В. Кушнарєнко,***

*аспірант кафедри акушерства і гінекології,*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Стан матері та матково-плацентарного комплексу під час вагітності відіграють значну роль у всіх аспектах розвитку плода і низки ключових моментів розвитку мозку майбутньої дитини, які надалі проявляються після народження протягом усього подальшого життя індивідуума [1, 2]. В умовах сучасного суспільства відмічається тенденція до зростання проявів психоемоційного напруження (ПЕН) [3], яке в значній мірі є віддзеркаленням клініко-психологічної оцінки особи. У це поняття вкладається сукупність клінічних і психологічних чинників, що

виявляються по тих або інших шкалах, і що сумарно характеризують міру індивідуального прояву різних ознак ПЕН в обстежуваній [4].

Метою нашого дослідження було оцінити психоемоційний статус вагітних жінок, які перебувають під дією хронічного стресу.

Для цього напряму дослідження були відібрані вагітні з високим ступенем ПЕН, які пройшли курс стандартної психопрофілактики до пологів і склали 60 вагітних I групи, та 36 здорових вагітних з нормальним психоемоційним фоном протягом вагітності, які склали II групу (контрольну). У даних категоріях жінок був досліджений психоемоційний статус, що відображає працездатність і адаптивні можливості функціональних систем жінки протягом вагітності і в пологах. Клініко-психологічне обстеження проводилося за спеціальною програмою для комп'ютеризованих методик: проектна методика кольорового вибору М. Люшера, прорахунок вегетативного індексу Кердо та коефіцієнта Хільдебранда.

Аналіз суб'єктивної симптоматики показав (табл. 1), що в групі вагітних з ПЕН високого ступеню відмічається достовірно більша кількість скарг, що відносяться як до емоційної, так до психофізіологічної сфери жінки. Так у вагітних з хронічною психоемоційною напругою високого ступеню, на відміну від контрольної групи, відмічено зростання питомої ваги скарг на безсоння, головний біль, підвищену пітливість, що характеризує істотну зміну співвідношень між парасимпатичним і симпатичним тонуванням вегетативної нервової системи в другій половині вагітності з переважанням останнього, що підтверджує результати раніше проведених досліджень [5-7].

Для оцінки рівня стану вегетативних систем організму традиційно використовується вегетативний індекс Кердо і коефіцієнт Хільдебранда, що відображають рівень вегетативного гомеостазу [6]. У вагітних обох груп перед пологами відмічалися достовірні відмінності ( $p < 0,05$ ) за обома показниками (табл. 2), переважно за рахунок збільшення середніх показників ЧСС та АТ у вагітних з ПЕН, спостерігався очевидний дисбаланс ВНС у вагітних з високим ступенем ПЕН практично з I триместру і до кінця вагітності.

Таблиця 1

**Порівняльна оцінка прояву суб'єктивної симптоматики у досліджуваних групах, (% $\pm$ m%)**

Скарги	Групи вагітних					
	I (n=60)			II (n=36)		
	I триместр	II триместр	III триместр	I триместр	II триместр	III триместр
<b>Емоціональні порушення</b>						
Апатія	21,7 $\pm$ 5,3*	26,7 $\pm$ 5,7*	28,3 $\pm$ 5,8*	2,8 $\pm$ 2,7	-	2,8 $\pm$ 2,7
Тривожність	26,7 $\pm$ 5,7*	35,0 $\pm$ 6,2*	46,7 $\pm$ 6,4*	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8	11,1 $\pm$ 5,2
Недовірливість	40,0 $\pm$ 6,3*	48,3 $\pm$ 6,5*	63,3 $\pm$ 6,2*	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8	8,3 $\pm$ 4,6
Загальмованість	38,8 $\pm$ 6,3	45,0 $\pm$ 6,4*	35,0 $\pm$ 6,2*	19,4 $\pm$ 6,6	13,9 $\pm$ 5,8	11,1 $\pm$ 5,2
Швидка зміна настрою	46,7 $\pm$ 6,4*	38,3 $\pm$ 6,3*	48,3 $\pm$ 6,5*	13,9 $\pm$ 5,8	5,6 $\pm$ 3,8	5,6 $\pm$ 3,8
Слізливість	78,3 $\pm$ 5,3*	75 $\pm$ 5,6*	*51,7 $\pm$ 6,5*	11,1 $\pm$ 5,2	5,6 $\pm$ 3,8	-
Дратівливість	91,7 $\pm$ 3,6*	86,7 $\pm$ 4,4*	*56,7 $\pm$ 6,4*	16,7 $\pm$ 6,2	8,3 $\pm$ 4,6	5,6 $\pm$ 3,8
Нестриманість	81,7 $\pm$ 5,0*	78,3 $\pm$ 5,3*	*46,7 $\pm$ 6,4*	13,9 $\pm$ 5,8	11,1 $\pm$ 5,2	5,6 $\pm$ 3,8
<b>Психофізіологічні порушення</b>						
Безсоння	20,0 $\pm$ 5,2*	26,7 $\pm$ 5,7*	35,0 $\pm$ 6,2*	-	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8
Слабкість	31,7 $\pm$ 6,0*	40,0 $\pm$ 6,3*	36,7 $\pm$ 6,2*	2,8 $\pm$ 2,7	8,3 $\pm$ 4,6	5,6 $\pm$ 3,8
Серцебиття	25,0 $\pm$ 5,6*	*46,7 $\pm$ 6,4*	33,3 $\pm$ 6,1*	2,8 $\pm$ 2,7	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8
Головна біль	13,3 $\pm$ 4,4*	26,7 $\pm$ 5,7*	30,0 $\pm$ 5,9*	-	2,8 $\pm$ 2,7	2,8 $\pm$ 2,7
Непереносимість Запахів	78,3 $\pm$ 5,3*	56,7 $\pm$ 6,4*	46,7 $\pm$ 6,4*	16,7 $\pm$ 6,2	11,1 $\pm$ 5,2	5,6 $\pm$ 3,8
Підвищена пітливість	31,7 $\pm$ 6,0*	35,0 $\pm$ 6,2*	41,7 $\pm$ 6,4*	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8	11,1 $\pm$ 5,2

Примітка: 1. (\*) –  $p < 0,05$  в порівнянні з контрольною групою (II); 2. \*(\*) –  $p < 0,05$  в порівнянні з попереднім терміном вагітності.

Одним з проектних тестів дослідження особи є методика колірною вибору М. Люшера, де основні кольори виражають головні психологічні тенденції. Як відомо, методика колірною вибору дозволяє контролювати

емоційно-вольову сферу, що дає можливість передбачати і усувати психоемоційний криз.

Таблиця 2

**Особливості ВНС у жінок обстежуваних груп за триместрам вагітності, (M±m)**

Показники	I триместр		II триместр		III триместр	
	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)
Індекс Кердо	20,2±0,9*	10,2±1,1	21,1±1,3*	10,6±1,4	23,2±1,6*	11,8±1,31
Коефіцієнт Хільдебранда	4,1±0,2*	3,3±0,1	4,3±0,3*	3,4±0,2	4,6±0,2*	3,8±0,3

Примітка. \* – відмінності достовірні ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з контрольною групою (II).

Таблиця 3

**Результати тестування жінок за проективною методикою Люшера в різні триместри вагітності, (M±m, ум. од.)**

Показники	I триместр		II триместр		III триместр	
	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)
Коефіцієнт Вольнефера	30,0±1,7*	19,5±1,4	28,5±2,3*	18,6±1,6	31,0±1,8*	20,8±1,7
Коефіцієнт Шипоша	4,4±0,3*	1,0±0,1	4,6±0,5*	1,2±0,4	4,9±0,3*	1,6±0,2

Примітка. \* – відмінності достовірні ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з контрольною групою.

Аналіз результатів тестування за методикою колірного вибору показав (табл. 3), що у вагітних з високим рівнем ПЕН впродовж всієї вагітності мала місце тенденція до напруги по коефіцієнту Вольнефера і до витрати енергії по коефіцієнту Шипоша, тоді як в контрольній групі – тенденція до розслаблення і накопичення енергії.

Таким чином, група вагітних з хронічним ПЕН високого ступеню за психоемоційними ознаками є менш підготовленою до вагітності і майбутніх пологів, чим вагітні контрольної групи, що, поза сумнівом, взаємопов'язано з діяльністю всіх функціональних систем жінки. Аналіз

отриманих результатів показав, що висока міра ПЕН поєднується з посиленням дії демобілізуючих чинників зростанням рівня напруги і тривожності, зниженням працездатності, збільшенням витрати енергії і зниженням її накопичення, а також дисбалансом ВНС.

Використання наведених вище оцінних параметрів сприяє об'єктивізації стану психоемоційної сфери вагітної для розробки комплексу заходів, що стабілізують психоемоційний статус жінки.

### *Література*

1. Loomans E.M.; Van Dijk, Aimйе E.; Vrijkotte, Tanja G.M.; Van Eijsden, Manon; Stronks, Karien; Gemke, Reinoud J.B.J.; Van Den Bergh, Bea R.H. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multiethnic community based birth cohort // *European Journal of Public Health*, 2013. Vol. 23, Issue 3. P. 485.
2. Vieten C., Astin J. Effects of a mind fulnessbased intervention during pregnancy on prenatal stress and mood Results of a pilot study // *Arch Womens Ment Health*, 2008. № 11. P. 67–74.
3. Астахов В.М. Медико-соціальні аспекти та фактори ризику розвитку психоемоційного напруження у вагітних різних регіонів України *ПАГ*. 1998. № 2. С. 85-89.
4. Астахов В.М., Максименко Ю.Б. Автоматизация клинко-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике. Донецк: Новый мир, 1996. 82 с.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника-диагностика-лечение. М.: Медицинское информационное агентство, 2000. 740 с.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Блудов А.А. Новый методологический подход к оценке регуляторных и защитно-приспособительных возможностей матери и плода с помощью компьютерной кардиоинтервалографии. *Акушерство и гинекология*. 1998. № 4. С. 7-10.
7. Влияние психовегетативного статуса беременных женщин на состояние плода и новорожденного / Ю.И. Ишпахтин, И.П. Коваль, А.И. Ицкович, Е.Г. Кондякова // *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. 2001-2002. Т. 1, № 1.– С 36.



## **КРЕАТИВНІСТЬ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОЇ ОСОБИСТОСТІ**

**Ю. В. Кушнір,**

*кандидат педагогічних наук, доцент,*

*Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Проблема розвитку креативності сучасних учнів є особливо актуальною у процесі реформування сучасного освітнього простору та формування здорової особистості. Згідно Закону України «Про освіту» [6], Державної національної програми «Освіта» («Україна XXI століття») [7], концепції НУШ [3] метою повної загальної середньої освіти є різнобічний розвиток, виховання і соціалізація особистості, яка усвідомлює себе громадянином України, здатна до життя в суспільстві та цивілізованій взаємодії з природою, має прагнення до самовдосконалення і навчання впродовж життя, готова до свідомого життєвого вибору та самореалізації, трудової діяльності та громадянської активності. Серед ключових компонентів сучасної школи на першому місці знаходиться «новий зміст освіти, заснований на формуванні компетентностей, потрібних для успішної самореалізації в суспільстві» [3].

Успішна самореалізація в суспільстві можлива, якщо особистість здатна приймати нестандартні рішення, вміє творчо мислити, володіє засобами розвитку особистісного потенціалу. Тому, для досягнення мети, яка зазначена в нормативних документах, регламентуючих організацію здорового освітнього середовища, потрібно розвивати творчий потенціал дітей у початковій школі. На жаль, сучасна школа зберігає застарілий підхід до засвоєння знань. Навчання носить репродуктивний характер, зводиться в основному лише до запам'ятовування і відтворення прийомів дій, типових способів розв'язування завдань. Діти втрачають мотивацію, через відсутність творчої складової під час навчання, при виконанні навчальних завдань, поступово втрачають здатність до творчості.

Творчий розвиток особистості дитини активізується в дошкільному та молодшому шкільному віці. Саме цей період є найбільш сприятливим для творчого розвитку дітей, оскільки в молодшому шкільному віці спонтанна і репродуктивна діяльність дитини поєднується зі швидко зростаючим інтелектом, абстрактним та логічним мисленням. Відтак формування творчої активності у молодшому шкільному віці, як найбільш

сензитивному періоді для творчості, є одним із важливих завдань сучасної школи [2].

Креативність є загальною властивістю особистості, яка проявляється під час творчого процесу як здатність породжувати різноманітний, соціально важливий, оригінальний продукт і продуктивні шляхи його застосування; здатність знаходити рішення у нестандартних ситуаціях; властивість, яка реалізується лише за сприятливих умов середовища на високому рівні в різних галузях людської діяльності протягом свого життя [5]. Розвинута креативність як загальна властивість особистості дає можливість самореалізації та виступає важливою складовою здорової особистості.

Питання дослідження креативності, діагностики творчих здібностей, методики розвитку креативності у дітей різного віку відноситься до недостатньо вивченої та дослідженої проблеми сьогодення. Існують різні теоретичні підходи до визначення креативності та ролі у процесі навчальної діяльності.

Зокрема, дослідники визначають загальні основи креативності (Д. Богоявленська, Дж. Гілфорд, Є. Ільїн, А. Маслоу, В. Моляко, С. Сисоєва, Р. Стернберг, П. Торренс та ін.), механізми креативного мислення (Г. Альтшуллер, Д. Богоявленська, Е. де Боно, Дж. Гілфорд, О. Лук, О. Матюшкін, В. Моляко, Я. Пономарьов, П. Торренс та ін.); розглядають креативність як різновид інтелектуальної поведінки (Г. Айзенк, Д. Векслер, Р. Стернберг); вивчають «самоактуалізацію» у зв'язку з креативністю (Л. Гольдштейн, А. Маслоу, К. Роджерс та ін.); досліджують особливий характер мотивації креативів (С. Голлан, Р. Кеттел, Д. Мак-Кіннон та ін.), рефлексію креативності й творчу продуктивність у наукових співробітників (В. Пятруліс) [5].

Незважаючи на численні дослідження досі не визначено шляхи розвитку креативності у процесі навчальної діяльності, недостатньо вивчено особливості проявів творчого мислення на різних вікових етапах. Актуальним стає питання розвитку креативності у перші роки навчання. У молодшому шкільному віці закріплюються і розвиваються основні характеристики пізнавальних процесів. Тому, молодший шкільний вік є сприятливим для творчого розвитку дітей. Саме в цей період активно розвиваються уява, здатність фантазувати, помітно проявляється допитливість, формується вміння спостерігати, порівнювати, критично оцінювати діяльність. Для того, щоб уміло використовувати резерви для розвитку креативності, необхідно адаптувати дітей до навчання,

сформувати позитивну мотивацію до отримання нової інформації, розвивати творчу активність через залучення до розвиваючих ігор.

На думку психологів, які досліджують особливості розвитку дітей молодшого шкільного віку, їм притаманна талановитість, готовність до нестандартних рішень. Однак, щоб виявити розвиток креативності молодших школярів у навчально-виховному процесі вчителі початкової школи повинні враховувати певні індивідуально-типологічні, когнітивно-пізнавальні, емоційно-вольові, мотиваційні та інші компоненти творчих здібностей особистості; психологічні передумови розвитку творчих здібностей молодших школярів; розвивальний потенціал навчальної діяльності; можливості змісту усіх навчальних предметів для творчого розвитку учнів початкової школи [5].

Крім того, критеріями здібностей учнів до творчої діяльності є застосування нових підходів до розв'язання навчальних проблем, комплексне і варіантне використання у навчальній практичній діяльності всієї сукупності теоретичних знань і практичних навичок, прояв гнучкості під час обирання оптимального рішення у нестандартних ситуаціях. Зовнішніми проявами творчого розвитку в дитинстві є: більш швидкий розвиток мислення і мовлення; рання захопленість (музикою, малюванням, читанням, рахуванням); дослідницька активність [1].

Розвивати творчі здібності можна, лише орієнтуючись на індивідуально-психологічні особливості учнів та психологічну готовність педагога до реалізації методів роботи з дітьми молодшого шкільного віку. Вибір методів творчої роботи залежить від віку учнів, їхнього розвитку, інтересів, характеру. Важливою умовою розвитку творчої особистості молодших школярів є такий фактор як використання у навчально-виховному процесі дидактичних ігор. Гра – один з найпоширеніших засобів і методів формування творчих здібностей. Вона не тільки є засобом зацікавлення школярів, але й включає такі елементи як суперництво, лідерство, непередбаченість ситуацій, завзяття. Гра, сама по собі, є творчим процесом, тому при застосуванні такого методу формуються творчі здібності та паралельно розвиваються загальні. Включення ігор у навчально-виховний процес школи виправдано як з дидактичної, так і з психологічної точки зору [4].

Отже, можемо зробити висновок, що питання розвитку креативності як властивості особистості є важливим для формування здорової конкурентноспроможної особистості. Особливо розвиток креативності набуває значення у молодшому шкільному віці, який є сприятливим для

проявів творчості у навчальній діяльності. Оскільки, основною метою освіти є підготовка підростаючого покоління до успішної самореалізації в суспільстві та збереження здоров'я нації, то саме креативність - це той шлях, що може ефективно реалізувати цю мету.

### *Література*

1. Воробйова Т. В. Формування креативних здібностей молодших школярів у процесі розв'язання навчальних завдань: автореф. ... канд. пед. наук. Тернопіль, 2014. 19 с.
2. Коломійченко А. В. О. Сухомлинський про розвиток творчих здібностей у молодших школярів <https://www.cuspu.edu.ua/ua/2014-rik/konferentsiia-24-25-veresnia-2015-roku/sektsiia-4/3852-v-o-sukhomlynskyu-pro-rozvytok-tvorchykh-zdibnostey-u-molodshykh-shkolyariv>.
3. Концепція НУШ. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukrainska-shkola-compressed.pdf>.
4. Лук'янчук М. В. Підготовка майбутніх учителів до формування творчих здібностей молодших школярів у процесі навчання грамоти: дис. ... канд. пед. наук, Київ, 2019. URL: [file:///D:/YLA/%D0%94%D0%B8%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B8/dis\\_Lukianchuk\\_%D1%82%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE.pdf](file:///D:/YLA/%D0%94%D0%B8%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B8/dis_Lukianchuk_%D1%82%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE.pdf).
5. Павленко В. В. Розвиток креативності молодших школярів: [монографія] / за ред. проф. О.Є. Антонової. Житомир, 2017. 158 с.
6. Про вищу освіту: закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
7. Про Державну національну програму «Освіта» («Україна XXI століття»): постанова КМУ від 03.11.1993 № 896. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/896-93-%D0%BF>.

## ДО ПРОБЛЕМИ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ

*Г. П. Лазос,*

*кандидат психологічних наук,*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Ефективність подолання психотравми постраждалими великою мірою залежить від їх професійного супроводу психологами / психотерапевтами, які можуть адекватно справлятися із труднощами такої роботи і витримувати інтенсивний травмівний матеріал клієнтів. Емпатійне залучення у стосунок із людиною, яка переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів). Фахівець не може запобігти виникненню власних негативних переживань у такому контексті спілкування, адже для того, щоб допомогти клієнтові, він має співпереживати його стражданню, а це, в свою чергу, стає підґрунтям відповідних емоційних реакцій та станів (наприклад, вторинний травматичний стрес (ВТС), синдром вигорання (СВ)).

Останні чотири роки ми досліджували емоційні стани волонтерів психологів/психотерапевтів, які працюють із різними категоріями постраждалих. Важливими результатами цих досліджень виявились наступні [1]: (1). Більшість фахівців з досліджуваної вибірки отримують задоволення від своєї роботи, при цьому одночасно вони мають ознаки вторинного травматичного стресу (середній ступінь прояву), а також прояви синдрому вигорання (середній рівень). Варто зазначити також, що 20% респондентів, зіткнувшись із власними станами вторинної травматизації, зупинили своє волонтерство, з них – 7% змінили сферу своєї діяльності. Порівняно з 2015 роком, у 2018 році відсоток та рівень інтенсивності ВТС та СВ у фахівців зменшився, а рівень ЗВС збільшився. (2). Травматичні події, які мали місце у власному досвіді психологів/психотерапевтів помірно вплинули на їхнє актуальне життя і впливають на підвищення показників ВТС та СВ в цілому. В той же час результати дослідження показують, що особиста історія насильства («кримінальні події» та «ситуації фізичного і сексуального насильства») підвищує сприйнятливність до розвитку ВТС та СВ, а при додатковому навантаженні, зокрема роботі з травмами клієнтів, потребує обов'язкового психотерапевтичного опрацювання. Важливо, що при цьому фахівці не

мають, або мають незначний досвід опрацювання власних життєвих труднощів. Зазначимо, що показники якості професійного життя психолога/психотерапевта (ВТС, СВ) корелюють лише у випадку, якщо фахівець має 100 і більше годин власного досвіду ( $r = - ,282$ ;  $p \leq 0,05$ ), і це означає, що в такому випадку рівень ВТС знижується. У фахівців, власний досвід яких є меншим – кореляційних зв'язків не виявлено. (3) Встановлено, що більшість фахівців мають середній і низький рівень алекситимії. Показано, що існує прямий зв'язок між алекситимією та ВТС, СВ і наявністю травматичних ситуацій у досвіді психолога/психотерапевта – чим вищий рівень останніх, тим серйознішими є прояви алекситимії у фахівців. Підвищення рівня алекситимії впливає на ефективність роботи з постраждалими.

Отже, на основі отриманих даних перед науковцями актуалізується потреба в глибокому, цілеспрямованому вивченні умов збереження психологічної стабільності та резильєнтності фахівців допомагаючих професій. Дослідження резильєнтності та створення її відповідної моделі є актуальним і суспільно значущим для психологічної науки і практики. Це потребує інноваційних підходів і сформованої теоретико-методологічної бази, яка дасть змогу суттєво розширити розуміння цього феномену і розробити алгоритм формальних заходів з розвитку резильєнтності.

Загалом усі визначення резильєнтності вказують на здатність особистості відновлюватися після несприятливих подій у житті. Зазначимо, що найпоширенішим і найуживанішим наразі є визначення резильєнтності, схвалене Американською психологічною асоціацією (АРА), в якому резильєнтність розуміється як «процес позитивної адаптації в умовах негараздів, травм, трагедій або значного стресу» [8]. При цьому багато дослідників визначають резильєнтність як певну характеристику особистості, що притаманна тій або тій людині (наприклад, J. R. T. Davidson, V. M. Payne, K. M. Connor) [4]. Інші дослідники розглядають резильєнтність як динамічний процес, якій змінюється («змінний процес») (D. Cicchetti, N. Garnezy, S. S. Luthar, A. Masten) [6; 7].

У наших попередніх статтях ми достатньо детально проаналізували як безпосередньо поняття резильєнтності, так і наявні в науці концепції її визначення та категоризації [2]. У межах цієї статті лише зазначимо, що спираючись на описані положення і теоретичні міркування резильєнтність — це біопсихосоціальне явище, яке охоплює особистісні, міжособистісні та суспільні переживання і є природним результатом різних процесів розвитку протягом певного часу. Вона загалом пов'язана зі здатністю

психіки відновлюватися після несприятливих умов і залежно від фокусу та предмету дослідження може розглядатися і як певна характеристика особистості, притаманна тій або тій людині, і як динамічний процес. Резильєнтність залежить від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. Важливо, що резильєнтність відіграє першочергову роль у здатності та формуванні посттравматичного стресового зростання особистості.

Аналіз сучасних теоретичних досліджень показує, що науковці пропонують розглядати теоретичну модель резильєнтності за допомогою трьох центральних її конструкцій: фактори ризику; захисні фактори; фактори вразливості [3]. Модель резильєнтності, прийнята в нашому дослідженні, складається з чотирьох окремих фаз: конфронтація з факторами ризику (з травмівними подіями); активація захисних факторів та факторів вразливості; взаємодія між захисними факторами та факторами вразливості; створення резильєнтності або вихід у дезадаптацію.

Наразі існує багато досліджень щодо захисних факторів, які формують індивідуальну резильєнтність. Достеменно вивченими з них є наступні: емоційний інтелект, наявність позитивних стосунків з оточенням, адекватна самооцінка, впевненість у своїй ефективності, характер ранніх дитячо-батьківських стосунків і тип прив'язаності [3; 4; 5].

Звертаючись до захисних факторів, які притаманні резильєнтному фахівцю – психологу, психотерапевту, то існує декілька досліджень, на основі яких створений так званий “портрет резильєнтного клініциста”. За А. Masten, такий фахівець має наступні ознаки: сформована безпечна/автономна прив'язаність; здорові стосунки (наявність близьких друзів, партнерів, колег); інтелектуальний розвиток, навички вирішення проблем; навички самоконтролю та регулювання емоцій; мотивація до успіху; можливість мріяти, вірити; відчуття сенсу життя; професійна компетентність, постійний професійний розвиток [7]. Науковці D. Nemeth та T. Olivier на основі своїх досліджень пропонують наступний погляд на резильєнтного психолога/ психотерапевта [9, с.121]: (1) По-перше, він живе у теперішньому і чітко його усвідомлює: розпізнає свої почуття і переживання, диференціює їх, вміє їх переживати та справлятися з ними; дбає про своє внутрішнє і зовнішнє “Я”, свої потреби; створює, розвиває і береже свої стосунки, як особистісні, так і професійні; формує свої цінності, етичний кодекс; при необхідності – звертається до психотерапевта або супервізора за допомогою. (2) По-друге, він спирається на своє минуле, як на власне підґрунтя: для вирішення питань, які тягнуться з минулого; для мудрого вирішення нагальних питань; він

використовує спогади для створення балансу чи ресурсу та підтримання власної перспективи. (3) По-третє, він бачить себе у завтрашньому: створюючи або плануючи досвід, який стимулює подальший розвиток; залучає себе до різної перспективної діяльності; продовжує постійно розвиватися і зростати як духовно, так і в професії; зберігає стосунки і залишається залученим (до родини, громади, професійних спільнот тощо); знає як і зберігає здоров'я свого тіла та розуму.

У цьому контексті наступним важливим питанням унаочнюється питання створення специфічних психотехнологій з розвитку резильєнтності та профілактики негативних станів у фахівців допомагаючих професій. На нашу думку, психотехнологія як алгоритм роботи надання психологічної /психотерапевтичної допомоги розробляється на основі теоретико-методологічної моделі, в яку закладено феноменологію явищ, що мають піддаватися впливу (корекції) і включає в себе наступні етапи: діагностика, інтерпретація даних з метою формулювання цілей та мішеней психологічного/психотерапевтичного втручання; визначення відповідних психотерапевтичних кроків (методів, психотехнік тощо); апробація психотехнології на практиці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій з даної тематики показує, що переважна більшість науковців зосереджується на діагностиці як загального рівня резильєнтності, так і специфічного набору захисних (резильєнтних) факторів, ресурсів, компетенцій, адаптивних систем тощо, котрі є мішенями втручання і для впливу на які формується спеціальний набір психотехнік. Більшість розроблених психотехнологій побудовані на еклектичних засадах комбінації різних психотерапевтичних методів і методик. З метою впливу на ресурсну складову психіки особистості та корекції її раннього травматичного досвіду, досвіду прив'язаності застосовуються принципи і техніки психодинамічного підходу. Сучасні психотехнології резильєнтності також містять духовні практики, медичні і фізичні процедури, рекомендації щодо здоров'я та харчування.

Отже, створення ефективних психотехнологій розвитку резильєнтності психологів, психотерапевтів є наразі одним з першочергових завдань для науки і практики. Сучасні психотехнології мають будуватись на основі теоретико-методологічної моделі резильєнтності з урахуванням основних її етапів (діагностика, інтерпретація даних, визначення відповідних психотерапевтичних кроків, апробація на практиці). Ознаками резильєнтного фахівця можна вважати: сформовані навички самоконтролю та регулювання емоцій, здатність



створювати та зберігати перспективу у власному житті, можливість дбати про здорові стосунки, піклування про себе і про інших, усвідомлення власної компетентності, безперервний процес розвитку (особистісний, професійний).

### *Література*

1. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів волонтерів – психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими // Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія. За ред. З. Г. Кісарчук. К.: Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 154-176.
2. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. 2018. Вип. 14. С. 26-64.
3. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis / Kristin Whitehall Bolton. University of Texas at Arlington, 2013. 118 p.
4. Davidson J., Payne V., Connor K. Trauma, resilience, and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder // *International Clinical Psychopharmacology*. 2005. № 20. pp. 43-48.
5. Lepore S. J., Revenson T. A. Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration // In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth, research and practice*. Mahwah, NJ: Routledge, 2006. pp. 24-46.
6. Luthar S.S. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work / S.S. Luthar, D. Cicchetti, B. Becker // *Child development*. 2000. №71. p.543-562
7. Masten A. *Ordinary magic: resilience in development* / Ann Masten. — New York: The Guilford press, 2014. — p.308
8. Neman R. APA's resilience initiative. // *Professional psychology : research and practice*. 2005. №36. p. 227.
9. Nemeth D., Olivier T. *Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice* / Darlyne G. Nemeth and Tracy W. Olivier. Academic Press, 2018. 167 p.

## ПСИХОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЮНАКІВ

**О. П. Ляш,**

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Вінницький державний педагогічний  
університет ім. М. Коцюбинського*

У контексті психологічної моделі емоційний інтелект особистості юнацького віку представлений як ієрархізована система здібностей молоді людини до обробки емоцій як інформації, що передбачає функціональну єдність емоційних та інтелектуальних процесів щодо сприйняття, розпізнавання і розуміння власних емоцій та емоцій інших людей, управління емоційними проявами та зумовлює більш високу адаптивність і ефективність особистості в спілкуванні і діяльності.

Емоційний інтелект як інтегрований конструкт передбачає функціональну єдність емоційних та інтелектуальних процесів у цілісній системі здібностей щодо сприйняття, розпізнавання і розуміння власних емоцій та емоцій інших людей, управління емоційними проявами [5].

Психологічна структура емоційного інтелекту юнаків методологічно ґрунтується на принципах системності, детермінізму як залежності психічних явищ від факторів, що їх зумовлюють, положеннях психологічних теорій діяльності, особистості, положеннях про структуру особистості та її розвиток в середовищі і діяльності; принципах організації психологічного дослідження; уявленнях про сутність, психологічні механізми та умови формування особистості в юнацькому віці [7].

Розвиток емоційного інтелекту в юнацькому віці – процес становлення та розвитку афективно-когнітивного (здатність особистості до ідентифікації емоцій), поведінково-діяльнісного (здатності особистості до використання і розуміння емоцій), мотиваційно-рефлексивного (здатність особистості до свідомої регуляції емоцій) компонентів емоційного інтелекту особистості на різних етапах юнацького віку (14-16 років та 17-18 років), що відбувається у відповідності до таких закономірностей, як [3, с. 213]:

1) системна детермінація генези емоційного інтелекту в юнацькому віці (система гендерно-вікових, психофізіологічних, когнітивних, особистісних чинників);

2) структурно-функціональна єдність складових емоційного інтелекту особистості юнацького віку (афективно-когнітивний, поведінково-діяльнісний, мотиваційно-рефлексивний компоненти);

3) інтегрованість механізмів актуалізації та здійснення емоційних, інтелектуальних і діяльнісних функцій в розвитку емоційного інтелекту особистості юнацького віку (відображувально-генералізаційний, спонукально-мобілізаційний, оцінювально-трансформаційний механізми).

У змісті психологічної моделі розвитку емоційного інтелекту в юнацькому віці системна детермінованість характеризується зумовленістю рівнів розвитку компонентів (афективно-когнітивного, поведінково-діяльнісного, мотиваційно-рефлексивного) емоційного інтелекту від сукупності чинників (гендерно-вікових, психофізіологічних, когнітивних, особистісних). При цьому досліджено відносно нижчий рівень розвитку емоційного інтелекту, зокрема здатностей до розуміння та свідомої регуляції емоцій, у віці 14-16 років, ніж у 17-18 років, а також меншу узгодженість на етапі ранньої юності вимірюваних у структурі емоційного інтелекту характеристик у порівнянні з особами старшого юнацького віку.

Важливим аспектом в розвитку емоційного інтелекту є збалансованість його складових з гендерно-віковими, психофізіологічними, когнітивними, особистісними параметрами [1]. Збалансованість розвитку емоційного інтелекту в юнацькому віці взаємозалежна з силою і рухливістю, практичним інтелектом, мотиваційними, емоційно-вольовими властивостями [2; 4; 6].

Структурно-функціональна єдність складових емоційного інтелекту таких, як здатності до ідентифікації, використання, розуміння, свідомої регуляції емоцій сприяє ефективній міжособистісній взаємодії та виявляється в тому, що афективно-когнітивний, поведінково-діяльнісний мотиваційно-рефлексивний компоненти емоційного інтелекту особистості юнацького віку є функціонально взаємопоєднаними в процесі актуалізації і здійснення механізмів емоційних, інтелектуальних, діяльнісних функцій.

Відображувально-генералізаційний, спонукально-мобілізаційний та оцінювально-трансформаційний механізми складають систему психологічних механізмів розвитку емоційного інтелекту в юнацькому віці, що забезпечують цілісну актуалізацію та здійснення: процесів сприймання, переробки, фіксації та зберігання емоційної інформації в генералізованих образах; емоційної активації та суб'єктивного переживання усвідомленого мотиву; суб'єктивної оцінки навколишнього світу, себе і результатів власної діяльності; осмислення, аналізу, оцінки та

трансформація змісту свого внутрішнього світу (емоцій, почуттів, думок, характеру), а також дій і вчинків.

Отже, психологічна модель розвитку емоційного інтелекту в юнацькому віці, у змісті якої представлено взаємозв'язки психологічної структури емоційного інтелекту, психологічні чинники, механізми та закономірності його розвитку є результатом теоретичного аналізу та емпіричного узагальнення даних нашого дисертаційного дослідження.

### *Література*

1. Аршава І. Ф. Аспекти імпліцитної діагностики емоційної стійкості людини : моногр. / І. Ф. Аршава, Е. Л. Носенко. – Д. : Вид-во ДНУ, 2008. – 468 с.
2. Люсин Д. В. Современные представления об эмоциональном интеллекте / Д. В. Люсин // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / Под ред. Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова - М.: Институт психологии РАН, 2004. - С. 29-36.
3. Лящ О. П. Детермінанти та можливості формування емоційного інтелекту особистості / О. П. Лящ // Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Збірник наукових праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. – № 46 (70). – С. 208-218
4. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції / Е. Л. Носенко, Н. В. Коврига. – К.: Вища шк., 2003. – 126 с.
5. Смульсон Марина Лазарівна. Психологія розвитку інтелекту в ранній юності: Дис... д-ра психол. наук: 19.00.07 / Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України. – К., 2002. – 461 с.
6. Bar On, R. Bar On Emotional Quotient Inventory (Eqi) / Technical manual / R. Bar On. – Toronto: Multi Health Systems, 1997.
7. Mayer, J. D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications / J. D. Mayer, P. Salovey, D. Caruso // Psychological Inquiry, 15, 2004. – P.197-215.

## МАНІПУЛЯТИВНІ ВПЛИВИ ЯК ВИКЛИК НА ЖИТТЄВОМУ ШЛЯХУ ЛЮДИНИ

*М. В. Мамонтова,  
студентка 3 курсу,  
Львівський національний університет  
імені І. Я. Франка*

Велику частину життя людини займає спілкування, повне інтеракцій, взаємовпливів та односторонніх впливів. Велика кількість з них містить маніпулятивні механізми. На сьогоднішній день неможливо припинити чи зменшити маніпулятивний вплив з боку ЗМІ та суспільства без повної ізоляції. Метою дослідження є аналіз маніпуляції як виду соціального впливу.

Маніпуляцію трактують як вид психологічного впливу, майстерне виконання котрого веде до прихованої активізації у іншої людини намірів, які не співпадають з її актуально існуючими бажаннями [2, с. 59-60] Визначають два базових елемента маніпуляції [3, с. 116]: цілеспрямоване деформування структури інформації та свідомий психологічний вплив, спрямований на подолання внутрішніх бар'єрів, що зашкоджують прийняттю суб'єктом деформованої інформації. Отже, маніпулятивний вплив спрямований на: подолання здатності до критичної оцінки нової інформації, нав'язування неактуальних бажань та мотивів людині, отримання вигоди від ситуації.

Виділяють характерні ознаки маніпуляції: ставлення до об'єкта маніпулювання як до засобу досягнення власних цілей; прагнення отримати односторонній вигащ; прихований характер впливу; використання психологічної вразливості; формування «штучних» потреб і мотивів для зміни поведінки в інтересах ініціатора маніпуляції; прагнення ввести партнера по взаємодії у певну залежність; створення ілюзії самостійності прийняття рішень та дій адресата маніпуляції [1].

Маніпулятори знаходять та використовують слабкі місця людини, спрямовують свій вплив на різні аспекти життя людини. Залежно від того, що виступило в ролі «мішені», виділяють наступні види впливів: перцептивно орієнтований (пряма актуалізація мотивів, зваблення, провокація; націлений на бажання та інтереси, відбувається вибудовування асоціативних зв'язків між нав'язаним образом та необхідним мотивом), конвенційно орієнтований (використовує соціальні норми та правила,

апелює до конформізму або бажання виділитись, виставити себе в кращому світлі), операціонально орієнтований (маніпуляція відбувається через звички у поведінці людини, установки та риси характеру), орієнтований на умовивід (людину підштовхують до потрібного рішення, створюючи усі необхідні умови), орієнтований на особистісні структури (намагання перекласти відповідальність на іншу людину таким чином, щоб вона сама погодилась узяти її та, відповідно до свого рішення, несла її), орієнтований на духовну експлуатацію (актуалізуються особистісні цінності, вищі цілі та мотиви, до котрих закликає маніпулятор) [2, с. 156-167].

Перераховані види впливів можна узагальнити як:

- 1) впливи на несвідому сферу: базові потреби та потяги людини, її звички (перцептивно орієнтований, операціонально орієнтований);
- 2) впливи на свідомість людини (орієнтований на умовивід, орієнтований на особистісні структури);
- 3) впливи на цінності та норми людини (конвенційно орієнтований, орієнтований на духовну експлуатацію).

Націлений на слабке місце маніпулятор реалізує певну модель поведінки для того, щоб здійснити свій вплив та отримати бажане. Е. Шостром описує вісім стилів поведінки маніпуляторів: «диктатор» (сильний, домігантний, авторитетний), «ганчірка» (гіперчутливий, слабкий, пасивний), «калькулятор» (відповідальний, бере на себе обов'язки, апелює до доцільності своїх методів), «прилипала» (залежний, нещасний, непристосований), «хуліган» (агресивний, жорстокий, погрожує), «добрий хлопець» (турботливий, уважний, опікаючий), «суддя» (критичний, недовірливий, звинувачує інших), «захисник» (співчутливий, завжди готовий підтримати). [4, с. 7-8].

Залежно від ситуації, маніпулятори вміло балансують та використовують різні моделі поведінки, змішують стилі та змінюють стратегії й мішені. У відповідь на маніпулятивну зовнішню інтервенцію людина починає захищатися за допомогою певних прийомів, при цьому не стільки заважаючи маніпулятору, скільки зашкоджуючи собі. Виділяють шість типових захисних дій, об'єднаних в комплементарні пари [2, с. 201-203]: відхід (збільшення дистанції, розрив контакту, зупинка діалогу; може призвести до замкненості, відчуження, відмови від контактів із людьми), вигнання (збільшення дистанції, видалення агресора; вищою мірою цієї захисної агресії є вбивство), блокування (контроль впливу, створення перешкод; може сягати повної самоізоляції), керування (контроль впливу,

трансформування його на свою користь; вищим ступенем є підкорення іншого), залякання (контроль інформації про самого себе, її викривлення чи перекриття доступу; може призвести до заціпеніння, тривожної пригніченості), ігнорування (контроль інформації про агресора, наявності або характеру загрози з його боку; вищою мірою є ілюзії, втрата зв'язку із реальністю).

Як і захисні механізми Его, при надмірному зловживанні ці стратегії ведуть до небезпечних наслідків. Найкращим варіантом при боротьбі із маніпулятором є комбінування запропонованих стратегій, використання окремих прийомів із них. Іноді у відповідь на маніпулятивний вплив замість того, щоб захистити себе, особа підкоряється, і тоді вона не тільки при звичається до впливу окремого маніпулятора, а й звикає до механізмів взаємодії, котрі лягають в основу динамічних стереотипів та майбутніх життєвих сценаріїв.

Маніпуляція лишається невід'ємною частиною нашого життя: вона може слугувати найкращим помічником у досяганні поставлених цілей всупереч бажанням інших людей та найгіршим ворогом, коли доводиться опинитись на місці суб'єкта впливу. Маніпулятор атакує слабкі місця, зачіпаючи різні аспекти структури особистості: апелює до інстинктів та вищих почуттів, звичок та характеру, бажання відповідати соціальним нормам. Маніпулятивний вплив позбавляє людину права вибору, змушує її виконувати дії проти її волі, а захисні механізми можуть більше зашкодити самій людині, ніж тому, від кого вона захищається. Неможливо прожити життя без впливів, проте можливо поширювати інформацію про небезпеку наявних впливів та стратегій боротьби із ними.

### *Література*

1. Гребінь Н. В. Зміст маніпуляції як різновиду прихованого психологічного впливу. *Проблеми сучасної психології*. 2013. №21. С. 80-93.
2. Доценко Е. Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. Москва: ЧеРо, 1997. 344 с.
3. Козлова О. Н. Манипуляция сознанием и субъективность в XXI веке. *Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение»*. 2010. №3. С. 113–130.
4. Шостом Э. Анти-Карнеги, или Человек-манипулятор. Москва: Дубль-В, 1994. 192 с.

## РОЗВИТОК ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ У СІМЕЙНОМУ ВИХОВАННІ

*Н. В. Мартолог,  
науковий кореспондент лабораторії вікової психофізіології,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Проблема духовного здоров'я є важливою, багатогранною, суспільно- і природозначимою. Всі її аспекти є складною задачею. Духовне здоров'я – це такий динамічний стан людини, який характеризується стійкістю духу, жагою до життя і творчості, прагненням до пізнання, самопізнання, самовдосконалення високим рівнем культури та духовності. Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, його сприйняття складових духовної культури людства, освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей в контексті власних ідеалів і світогляду – все це визначає стан духовного здоров'я індивіда. Духовне здоров'я можна визначити як спроможність особистості регулювати своє життя і свою діяльність у відповідності до гуманістичних ідеалів, які виробило людство в процесі історичного розвитку. Саме духовне здоров'я є визначальним у ставленні людини до себе, до інших, до суспільства і є пріоритетним в ієрархії здоров'я.

Духовне здоров'я особистості – це прагнення до істини, добра, це здатність діяти із любові до ближнього, це причетність до живої і неживої природи. Духовне здоров'я є головним джерелом життєвої сили й енергії. Його характеризують як здатність людини співчувати, співпереживати, надавати допомогу іншим, бажання покращити навколишнє життя і активно сприяти цьому; чесність і правдивість; самовдосконалення особистості як частини вдосконалення світу; відповідальне ставлення до самого себе і свого життя. Духовному здоров'ю належить особлива роль у збереженні, зміцненні та відтворенні фізичного здоров'я – тільки людина високодуховна і культурна може знайти індивідуальні шляхи до здоров'я, опанувати для цього різні техніки підтримки тіла й духу [6].

На нашу думку, процес формування духовного здоров'я особистості дуже складний і суперечливий, вимагає врахування багатьох різнопланових впливів як з боку школи, так і з боку сім'ї, суспільства в цілому. Адже вплив дорослих членів сім'ї на дітей – одна з найголовніших



запорук їхнього духовного здоров'я, формування високого рівня культури здоров'я в цілому. Споконвіків акумулятором духовного розвитку виступають релігія, наука, мораль, мистецтво, та передусім – сім'я. Враховуючи те, що саме у дитини, підлітка, юнака, які виховуються та навчаються, закладаються основи духовності, враховуючи підвищену чутливість особистості учня до впливів сучасного соціуму, виникає необхідність у дослідженні індивідуального середовища дитини. Компонентом такого індивідуального середовища і найважливішою детермінантою розвитку дитини, у тому числі і її духовного світу, є сімейне середовище.

Незважаючи на розробленість багатьох аспектів окресленої проблеми, питання взаємозв'язку стилів сімейного виховання та розвитку духовного здоров'я особистості залишається відкритим, оскільки наукове пізнання духовності пов'язане із значними труднощами: недостатнє вивчення феномену «духовності»; складність його дослідження; неоднозначність у концептуальних підходах тощо. Актуальність проблеми вивчення умов сімейного виховання зумовлена орієнтацією сучасної психології та педагогічної теорії і практики на гуманізацію виховного процесу в сім'ї, де дитина має почуватися найбільш захищеною. Розв'язання цієї проблеми зобов'язує до глибокого осмислення стану сучасного сімейного виховання, аналізу причинно-наслідкових зв'язків та ґрунтовного викладу здобутих результатів, оскільки вона торкається кожного і в цілому має суспільну значущість на рівні окремої особистості. Багато роботи, присвячені дитячо-батьківським відносинам, спираються на запропоновану Д. Баумрінд більше 30 років тому типологію стилів сімейного виховання, де змістовно описує три основні стилі: авторитарний, авторитетний, демократичний і потуральний. Батьківське ставлення є двоїстим і суперечливим, уявляючи, з одного боку, безумовну любов і глибинну взаємозв'язок з дитиною, а з іншого – об'єктивне оцінне ставлення, спрямоване на формування цінних якостей і способів поведінки, та відповідно духовного здоров'я.

У багатьох дослідженнях в якості основних факторів сімейного виховання висувуються саме ці: емоційне ставлення, любов, прийняття, особливості вимог і контролю та стилі сімейного виховання.

Сімейне виховання – це одна з форм виховання дітей, що поєднує цілеспрямовані педагогічні дії батьків з повсякденним впливом сімейного побуту [3, с. 306]. Сімейне виховання, як будь-який організований процес, передбачає певну цілеспрямованість, постановку конкретних завдань.

Головну мету виховання дітей у сім'ї становить усебічний розвиток особистості, що поєднує у собі духовне багатство, моральну чистоту й фізичну досконалість.

Потрібно врахувати, що надзвичайно суттєве значення для прогнозу ефективності сімейних впливів на розвиток духовного здоров'я особистості дитини у сучасній психологічній науці набуває дослідження соціально-психологічних особливостей сім'ї як малої контактної групи.

Зрозуміло, що найсприятливіші психологічні умови для повноцінної сімейної соціалізації найвірогідніше очікувати від повних сімей. Тому, характеризуючи повну сім'ю, необхідно враховувати взаємовідносини, що в ній складаються за типами: чоловік-дружина; батьки – діти; діти – батьки; діти – діти.

Отже, повною ми можемо вважати тільки ту сім'ю, яка має в наявності всі типи взаємовідносин. Реально, однак, сім'я може бути й неповною. Найбільш розповсюдженою сучасною формою неповної сім'ї є сім'я без подружжя, коли тільки один з батьків (найчастіше мати) виховує дітей.

Наступна характеристика сім'ї визначається за критерієм: гармонічна або проблемна. Оскільки повна сім'я, що має в наявності всі типи взаємовідносин, називається повноцінною. Тому в більшості випадків такі сім'ї в педагогічній психології характеризуються як гармонічні, якщо внутрішньо сімейні відносини в них відповідають принципів гуманності – формуванню й прояву відносин до іншого, як до себе, і до себе, як до іншого; передбачають взаємну щедрість і доброту, повагу і вимогливість. Усе це забезпечує сприятливий соціально-психологічний клімат у сім'ї.

Таким чином, повнота соціально-психологічної структури сім'ї та існування в ній активних взаємостосунків між усіма елементами такої структури, що будуються на принципах взаємозацікавленості й позитивної взаємоприв'язаності, створюють психологічний підмурок гармонійних стосунків у сім'ї. Зрозуміло, що всю повноту таких відносин важко відтворити за умов неповної чи формально повної сім'ї. Саме тому, за результатами психологічних обстежень неповні й формально повні сім'ї набагато частіше потрапляють до розряду проблемних (конфліктних, антипедагогічних, асоціальних).

Ще одне важливе поняття, яке потрібно розглянути – типовий стан (мікроклімат сім'ї) у психології розуміється як найхарактерніший для всіх членів сім'ї спосіб самопочуття в ній, який визначає їхнє ставлення до сім'ї. Тут розрізняють: емоційно комфортні сім'ї; тривожні сім'ї; сім'ї, яким

притаманний емоційно-психологічний дискомфорт і нервово-психічне напруження.

Звертаючись до того, що сім'я – це місце фізичної появи, первинної соціалізації, духовного розвитку і становлення нової цілісної особистості, першочергово впливає стиль виховання, обраний батьками, що є вирішальним фактором формування особистості маленької людини, розвитку її духовного здоров'я.

Стрімкий розвиток соціального оточення зумовлює стимулювання переоцінки загальнолюдських цінностей особистості, які складають основу життєдіяльності людини та її духовного розвитку. В свою чергу сім'я, що є найважливішим соціальним інститутом із складною системою зв'язків і відношень, відіграє провідну роль у формуванні особистості людини, її розвитку та становленню духовності – вищої мети кожної особистості, що дає міцний ґрунт для зростання та самоствердження. Враховуючи те, що саме у дитини, підлітка, юнака, які виховуються та навчаються, закладаються основи духовності, враховуючи підвищену чутливість особистості учня до впливів сучасного соціуму, виникає необхідність у дослідженні індивідуального середовища дитини, теоретичному обґрунтуванні та експериментальному вивченні особливостей факторів впливу стилів сімейного виховання на духовний світ особистості дитини.

### *Література*

1. Виховання духовності особистості : навчально-методичний посібник / [М. Й. Боришевський, Л. І. Пилипенко, О. І. Пенькова та ін.]; за заг. ред. М. Й. Боришевського. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. – 104 с.
2. Власова О. І. Педагогічна психологія: Навч. Посібник – К.: Либідь, 2005. – 400 с.
3. Гончаренко С. Український педагогічний словник. – К. : Либідь, 1997. – 376 с.
4. Гудима О.В. Психологічні особливості впливу сімейного виховання на формування креативності у дітей старшого дошкільного віку // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України 2018 р. URL: <http://problemps.kpnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/58/2016/12/34-9>
5. Корнілова В.В., Стили батьківського виховання як чинник морального розвитку дошкільника// URL: <https://eprints.oa.edu.ua/2461/1/8>

6. Навчаємо бути здоровими: Позакласна робота: 5-9 кл. – К: Шкільний світ, 2007. – 128 с.

## **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКА**

*С. М. Могиляста,*

*науковий кореспондент лабораторії вікової психофізіології,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Створення умов для повноцінного розвитку старшокласника в освітньому процесі є одним із орієнтирів сучасної української школи. Науковці пов'язують його з поняттям «психологічне здоров'я» як мети і критерію успішності особистісного розвитку молодої людини. Соціальні процеси, що відбуваються в суспільстві, істотно впливають на життєдіяльність старшокласника, включаючи його здоров'я. Соціальні потрясіння (стрессогенність суспільства) мають і певні обмежувальні моменти щодо розвитку старшокласника. людини, викликають порушення в розвитку психологічного здоров'я [1].

В останні роки багато дослідників відзначають, що проблеми психічного здоров'я серед старшокласників мають місце. Вчені Р.М. Білоус та Д.С. Біленко за результатами дослідження наголошують, що нормальний стан властивий 90% учнів дев'ятих класів та 67% учнів 11-х класів, рівень легкої депресії з 5% підіймається до 29% у одинадцятикласників. Також в учнів 11-х класів більше виражені такі фактори як афективність (88%) та соціальний песимізм (75%), а в учнів дев'ятих класів – максималізм (43%) та злам культурних бар'єрів [2].

А.М. Карпуніна визначає психофізіологічний стан як складну ієрархічну систему, що саморегулюється, і являє собою динамічну (за складом і в часі) єдність внутрішніх компонентів (біоенергетичного, фізіологічного, психічного, поведінкового, особистісного, соціально-психологічного), що організовані за принципом взаємоспівдії для забезпечення досягнення цілей діяльності, які формуються під впливом інтеріоризованих людиною як організмом, індивідом, особистістю, елементом соціуму зовнішніх компонентів – соціальних, фізико-хімічних факторів середовища і діяльності [3, с. 17-18].

Нами було проведено психодіагностичне дослідження за методикою шкалою самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокуна) [5] для дослідження самопочуття, активності, настрою, працездатності, стану здоров'я, життєвої задоволеності, зацікавленості в навчанні, задоволеності від навчання, бажання навчатися у старшокласників. Найважливішими перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер, можливість класифікації та зіставлення отриманих показників, що робить її однією з найбільш придатних методик для вирішення завдань моніторингу ПФС [4, с.76]. Вибірку нашого дослідження склали учні 10 (20 осіб) і 11 (19 осіб) класів Києво-Печерського ліцею № 171 «Лідер» міста Києва і учні 10 (19 осіб) і 11 (21 особа) класів Кривоозерської ЗОШ № 2, село Криве Озеро, Миколаївської області.

*Таблиця 1*

**Результати за методикою шкалою самооцінки  
психофізіологічного стану (О.М. Кокуна) в учнів 10 класу ліцею  
«Лідер» міста Києва**

№	Шкала	Показник (%)				
		Низький	Нижче середнього	Середній	Вище середнього	Високий
1	Самопочуття	-	10	25	25	40
2	Активність	-	15	25	35	25
3	Настрій	-	15	50	35	-
4	Працездатність	-	25	30	35	10
5	Стан здоров'я	-	10	35	25	30
6	Життєва задоволеність	5	10	20	40	25
7	Зацікавленість в навчанні	20	5	45	15	15
8	Задоволеність від навчання	20	15	45	10	10
9	Бажання навчатися	15	15	30	25	15

Ми можемо бачити, що високий рівень мають за шкалами: самопочуття – 40% учнів 10 класу ліцею «Лідер»; активності – 25%; працездатності – 10%; стану здоров'я – 30%; життєвої задоволеності – 25%; зацікавленості в навчанні – 15%; задоволеності від навчання – 10%; бажання навчатися – 15%.

Таблиця 2

**Результати за методикою шкалованої самооцінки  
психофізіологічного стану (О.М. Кокуна) в учнів 11 класу ліцею  
«Лідер» міста Києва**

№	Шкала	Показник (%)				
		Низький	Нижче середнього	Середній	Вище середнього	Високий
1	Самопочуття	5,2	-	26,4	31,6	36,8
2	Активність	-	15,8	5,2	47,4	31,6
3	Настрій	10,5	15,8	10,5	42,1	21,1
4	Працездатність	15,8	5,2	10,5	42,1	26,4
5	Стан здоров'я	-	10,5	15,8	31,6	42,1
6	Життєва задоволеність	15,8	-	5,2	42,1	36,8
7	Зацікавленість в навчанні	10,5	5,2	10,5	42,1	31,6
8	Задоволеність від навчання	15,8	5,2	15,8	26,4	36,8
9	Бажання навчатися	10,5	-	5,2	36,8	47,4

Ми бачимо, що високий рівень мають за шкалами: самопочуття – 36,8% учнів 11 класу ліцею «Лідер»; активності – 31,6%; настрою – 21,1%; працездатності – 26,4%; стану здоров'я – 42,1%; життєвої задоволеності – 36,8%; зацікавленості в навчанні – 31,6%; задоволеності від навчання – 36,8%; бажання навчатися – 47,4%. Отже, високий рівень показників психофізіологічного стану в учнів 11 класу є вищим, ніж в учнів 10 класу ліцею «Лідер». За іншими шкалами спостерігається така ж тенденція.

Ми бачимо, що високий рівень за шкалами: самопочуття – 42,1% учнів 10 класу Кривоозерської ЗОШ № 2; активності – 47,4%; настрою – 42,1%; працездатності – 47,4%; стану здоров'я – 52,6%; життєвої задоволеності – 52,6%; зацікавленості в навчанні – 47,4%; задоволеності від навчання – 10,5%; бажання навчатися – 21,1%.

Ми бачимо, що високий рівень за шкалами: самопочуття – 42,1% учнів 10 класу Кривоозерської ЗОШ № 2; активності – 47,4%; настрою – 42,1%; працездатності – 47,4%; стану здоров'я – 52,6%; життєвої задоволеності – 52,6%; зацікавленості в навчанні – 47,4%; задоволеності від навчання – 10,5%; бажання навчатися – 21,1%.

Таблиця 3

**Результати за методикою шкалованої самооцінки  
психофізіологічного стану (О.М. Кокуна) в учнів 10 класу  
Кривоозерської ЗОШ № 2**

№	Шкала	Показник (%)				
		Низький	Нижче середнього	Середній	Вище середнього	Високий
1	Самопочуття	-	-	31,6	26,4	42,1
2	Активність	-	-	21,1	31,6	47,4
3	Настрій	-	5,2	26,4	26,4	42,1
4	Працездатність	15,8	-	21,1	15,8	47,4
5	Стан здоров'я	5,2	15,8	5,2	15,8	52,6
6	Життєва задоволеність	26,4	-	5,2	15,8	52,6
7	Зацікавленість в навчанні	21,1	10,5	10,5	10,5	47,4
8	Задоволеність від навчання	31,6	15,8	26,4	15,8	10,5
9	Бажання навчатися	31,6	5,2	10,5	31,6	21,1

Таблиця 4

**Результати за методикою шкалованої самооцінки  
психофізіологічного стану (О.М. Кокуна) в учнів 11 класу  
Кривоозерської ЗОШ № 2**

№	Шкала	Показник (%)				
		Низький	Нижче середнього	Середній	Вище середнього	Високий
1	Самопочуття	9,5	4,8	9,5	23,8	52,4
2	Активність	19	-	14,3	23,8	42,8
3	Настрій	19	-	14,3	23,8	42,8
4	Працездатність	23,8	-	9,5	28,6	38,1
5	Стан здоров'я	14,3	14,3	9,5	14,3	47,6
6	Життєва задоволеність	19	14,3	14,3	4,8	47,6
7	Зацікавленість в навчанні	42,8	-	28,6	14,3	14,3
8	Задоволеність від навчання	47,6	19	14,3	-	19
9	Бажання навчатися	42,8	19	9,5	9,5	14,3

Ми бачимо, що високий рівень за шкалами: самопочуття – 52,4% учнів 11 класу Кривоозерської ЗОШ № 2; активності – 42,8%; настрою – 42,8%; працездатності – 38,1%; стану здоров'я – 47,6%; життєвої задоволеності – 47,6%; зацікавленості в навчанні – 14,3%; задоволеності від навчання – 19%; бажання навчатися – 14,3%. Тобто, в учнів Кривоозерської ЗОШ № 2 високі рівні показників психофізіологічного стану за шкалами самопочуття і задоволеності від навчання в учнів 11 класу є вищими, ніж в учнів 10 класу. А за іншими шкалами ми можемо спостерігати, навпаки, зниження показників високого рівня.

Таким чином, можна зробити висновок, що важливим чинником для психологічного здоров'я старшокласника є його психофізіологічний стан, а саме: самопочуття, активність, настрій, працездатність, стан здоров'я, життєва задоволеність, зацікавленості в навчанні, задоволеність від навчання і бажання навчатися.

### *Література*

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. / В.А.Ананьев; СПб.: Речь, 2006.- 384 с.
2. Білоус Р. М., Біленко Д. С. Психологічні особливості депресивних станів старшокласників [Електронний ресурс] / Р.М. Білоус, Д.С.Біленко. – Режим доступу: <http://www.http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7949/1/12.pdf>
3. Карпухина А. М. Системный анализ психофизиологического состояния в решении прикладных задач контроля и коррекции состояния человекаоператора // Проблемы нейрокибернетики: диагностика и коррекция функциональных состояний / Под. ред. Г. А. Кураева. - Ростов: Изд-во Ростов. ун-та, 1989. – С. 15 - 23.
4. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
5. Кокун О. М. Методики експрес-діагностики психофізіологічного стану людини // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К.: ГНОЗІС, 2003. – Т. V. – Ч. 7. – С. 137 - 144



## ДО ПРОБЛЕМИ ПРОЯВУ ДЕПРЕСІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

*А. П. Мороз,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Проблема депресії у даний час є однією з основних, як у психологічній, так і в медичній практиці. Кількість осіб, які страждають на цей розлад, стрімко зростає. Варто зауважити, що депресія може проявлятися не лише у підлітків та дорослих людей. Останнім часом даний розлад все частіше діагностується фахівцями і серед дітей. Так, ще у 40-х роках ХХ ст. була описана клінічна депресія у дітей першого року життя. Проте, з часом почала панувати точка зору про те, що діти такого віку занадто маленькі і, відповідно, не здатні відчувати ті емоції, які є характерними для депресивного розладу [3]. Така точка зору була актуальною до 1980-х років, після чого інтерес науковців до прояву цього захворювання у дітей почав поступово зростати. Почали проводитися різного роду дослідження та експерименти, спрямовані на вивчення особливостей виникнення та протікання депресії у даної вікової групи. Внаслідок цього вже до кінця ХХ століття була напрацьована значна кількість теоретичного та практичного матеріалу, у якому виокремлюється такий розлад, як дитяча депресія.

У дослідженнях Еріка Меша та Девіда Вольфа описуються основні концепції до пояснення природи виникнення дитячої депресії [7]. Пропонуємо короткий зміст кожної з них. З психоаналітичної точки зору депресія розглядається як один із важливих етапів розвитку дитини. Прояв депресії розглядається як перетворення агресивної енергії. Автор теорії прив'язаності, Джон Боулбі, пов'язував прояв депресії у дитячому віці з наслідками батьківської депривації.

Біхевіористська точка зору підкреслює важливість навчання, впливів з боку оточення і роль дефіциту деяких навичок у виникненні і розвитку депресивного стану. Депресія пов'язується з відсутністю умовної реакції позитивного підкріплення. Це може бути зумовлено трьома основними причинами. По-перше, дитина або не здатна використовувати доступне їй підкріплення, часто через те, що цьому заважає стан тривоги. По-друге, зміни в навколишньому середовищі, наприклад втрата важливої в житті дитини людини, може привести до відсутності доступу до винагороди. По-третє, у дитини можуть бути відсутні навички, необхідні

для створення міжособистісних взаємин, які приносять винагороду і задоволення.

Когнітивні теорії фокусують увагу на зв'язку між негативним мисленням і настроєм. У їх основі лежить припущення того, що ставлення до самої себе і навколишнього світу буде впливати на настрій і поведінку дитини.

Нейробіологічні концепції дитячої та підліткової депресії приділяють увагу ролі генетичної схильності і нейробіологічних процесів. Поява депресії у дітей реалізується в умовах дисбалансу нейромедіаторних систем. Різноманіття більшості клінічних варіантів депресії у дітей залежить від концепції «низького мелатоніну». Іншими словами, депресивні розлади будуть проявлятися, якщо рівень мелатоніну виявиться заниженим. А те, наскільки він буде низький, визначатиме тип депресії. Щодо випадків соматизації депресивного радикалу, вони навпаки зумовлюються перевагою високих рівнів мелатоніну.

Міжособистісні концепції розглядають розриви у взаєминах між людьми як головний причинний фактор виникнення і збереження депресивного стану. Концепції соціального оточення досліджують взаємозв'язок життєвих обставин, що призводять до стресу і депресії. Деякими життєвими факторами, пов'язаними з виникненням депресивного розладу, є: низький соціальний статус сім'ї, відсутність одного з батьків, багатодітна родина, недостатня соціальна підтримка та ін.

У даний час депресія визначається як хворобливий стан із характерним почуттям туги, пригніченості, відчаю, з розумовою і рухливою загальмованістю. Згідно МКХ-10, депресія розглядається переважно з позиції «розладів настрою» [5]. Діагноз «депресія» може бути поставлений при наявності певних симптомів, які умовно можна поділити на основні та додаткові. До перших відносяться знижений настрій протягом більшої частини дня; втрата інтересів і здатності отримувати задоволення від того, що раніше радувало; наявність почуття втрати (зниження) енергії і підвищена стомлюваність. До другої групи симптомів відносять: зниження концентрації уваги; зниження самооцінки; ідеї самознищення і винності; порушення сну будь-якого типу; зниження апетиту, зменшення маси тіла; суїцидальні тенденції.

Слід зауважити, що у дітей даний розлад проявляється дещо інакше. Це пов'язано, перш за все, із неможливістю дитини в повній мірі зрозуміти та проявити власні емоції та переживання. Унаслідок цього найчастіше

батьки та вихователі не надають значення змінам настрою та поведінки дітей, вважаючи, що це звичайний прояв дитячих капризів.

Більшість дослідників [1, 2, 4] схильні виокремлювати низку показників депресії, та вказують на те, що дитячу депресію розпізнати зовсім нескладно. Найчастіше вона виявляється в поступово наростаючій моторній млявості, у дитини знижуються емоційні прояви, з'являється безпричинне тривале скиглення, невмотивований плач. Навіть задоволення її бажань не призводить до припинення такого стану.

При депресії у дітей переважає знижений настрій, спостерігається помітне падіння активності в мовленнєвій і / або моторній сфері. Зазвичай порушується сон і апетит. Відзначається відсутність інтересу до ігор, у які дитина раніше грала, небажання ходити на прогулянки. Можливі прояви агресії, раптові напади печалі, почуття непотрібності, неповноцінності, що може виявлятися в таких висловлюваннях, наприклад, як «мама мене не любить, бо я поганий / некрасивий», замкненість. У депресивних дітей зростає цікавість до неживих предметів на противагу тому, що інтерес до взаємодії з дітьми та дорослими суттєво знижується навіть до повної відсутності. Найчастіше такими предметами виступають іграшки, рідше – предмети побуту або природи. Дитина може розповідати їм про свій стан, або ж асоціювати себе з неживими предметами і самотійно програвати сюжетні ігри з ними. До речі, це є досить показовим критерієм для правильної діагностики дитячої депресії. Вираз на обличчі депресивної дитини практично незмінний, на ньому ніби застигла маска байдужості або печалі.

У дітей, які знаходяться в стані депресії, відмічається поява болю різної локалізації. Розпізнати наявність таких больових відчуттів у дитини просто – вони не прибираються анальгетиками. До психосоматичних проявів депресії можуть відноситися також енурез, закрепи, тіки, нав'язливості і будь-яка нетипова поведінка у дитини. Характерною ознакою є затримка мовлення та росту. У дітей, які знаходяться у депресивному стані, може спостерігатися гіперестезія. Вони не переносять гучного шуму і різких звуків, дитині постійно заважає комір, светр або шапка. У ряді випадків у депресивної дитини спостерігається регрес: смоктання пальців, елективний мутизм (виборче неговоріння) тощо.

Однією за найефективніших форм терапії цього розладу є фізична активність, що може проявлятися у тривалих прогулянках, заняттях спортом і т.д. Позитивний ефект має також застосування фахівцями низки психотерапевтичних методів – ігрова, групова і сімейна терапія. Основна

мета психотерапії – підвищення самооцінки дитини, розвиток у неї здатності до вираження почуттів, до активного впливу на різні ситуації, що склалися, до пристосування до соціальних відносин. При виборі методу психотерапії враховується вік дитини, рівень її психічного розвитку, особистісні властивості, наявність педагогічної занедбаності, наявність дезадаптації, рівень соціалізації особистості, а також умови соціальної ситуації розвитку, характер дитячо-батьківських взаємостосунків. У важких клінічних випадках психотерапевтичні заходи зазвичай доповнюються медикаментозним лікуванням [6].

Зниження у дитини інтересу до навколишнього світу, як правило, не завжди вчасно помічається батьками та вихователями. У більшості випадків депресивна дитина тиха, спокійна, не бігає, не кричить, і це сприймається батьками як норма, а оточуючими як «ідеальна та вихована дитина». Нажаль несвоєчасне виявлення даного розладу може мати серйозні наслідки, які суттєво перешкоджають процесу подальшого фізичного та психічного розвитку дитини. Саме тому, важливим є своєчасна організація кваліфікованої психологічної допомоги, яка має бути спрямована на корекцію емоційного стану дитини.

Таким чином, знання основних симптомів дитячої депресії та вміння своєчасно відрізнити їх від звичайної млявості чи втоми є надзвичайно актуальним, оскільки це дає можливість швидко та вчасно надати кваліфіковану допомогу, що безумовно сприятиме не тільки зміцненню та збереженню психічного здоров'я дитини, але й її подальшому благополучному розвитку.

### *Література*

1. Андраханова Н. Детская депрессия. В17. ru – сайт психологов. 2018. URL: <https://www.b17.ru/article/103142/> (дата обращения: 20.10.2019)
2. Ибраева Н. Как распознать детскую депрессию. В17. ru – сайт психологов. 2018. URL: <https://www.b17.ru/article/65616/> (дата обращения: 21.10.2019)
3. Киселева М. Г. Депрессия у детей младенческого и раннего возраста. Национальный психологический журнал. 2017. №4 (28). С. 95-104
4. Князева Л. РДА – Расстройства привязанности – Депрессия у детей до трех лет. В17. ru – сайт психологов. 2018. URL: <https://www.b17.ru/article/110299/> (дата обращения: 21.10.2019)

5. Ковров Г. В., Лебедев М. А., Палатов С. Ю. Депрессия в общей практике. Российский Медицинский журнал. Т. 18. № 6. 2010. С. 1-5
6. Костик Л. Депрессии у детей и подростков. Социальная сеть работников образования «Наша сеть». 2018. URL: <https://nsportal.ru/nachalnaya-shkola/psikhologiya/2018/05/07/depressii-u-detey-i-podrostkov> (дата обращения 27.10.2019)
7. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК. 2003. 511 с.

## **ДО ПРОБЛЕМИ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

**О. І. Мохній,**  
*магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Хворі, які мають діагноз ВІЛ, відносяться до особливої категорії осіб, оскільки опинившись під впливом такого сильного стресового фактору, як позитивна відповідь на ВІЛ статус, вони часто замикаються в собі і свідомо обмежують своє спілкування, сприймаючи інших людей навколо себе як ворожих. Слід зазначити, що у більшості випадків ВІЛ-інфіковані на перших порах після виявлення захворювання залишаються один на один зі своїми переживаннями, оскільки страх розголошення діагнозу, страх бути відкинутим виступає суттєвим психологічним бар'єром для підтримки взаємодії з іншими, встановлення довіри до оточуючих. Така ситуація значно збільшує ризик для переживання ВІЛ-інфікованими стану самотності.

Мета статті – проаналізувати особливості переживання самотності у ВІЛ-інфікованих.

Аналіз наукової літератури показав, що під станом самотності прийнято розуміти переживання людиною втрати внутрішньої цілісності і зовнішньої гармонії зі світом, виражене порушенням гармонії між бажаною і досягнутою якістю соціального спілкування [2, с. 93]. Для розуміння феномену самотності необхідно розрізняти болісне переживання самотності як відокремленості, ізольованості від людей і переживання,

пов'язані з самотністю, які можуть бути не тільки негативними, але й позитивними.

Слід наголосити, що інколи саме визнання особистістю факту своєї самотності може викликати переживання страху. Страх самотності може призводити до витіснення особистістю негативних переживань, заперечення самотності як факту або, навпаки, до постійного пошуку компанії і встановленню численних поверхневих соціальних контактів в спробах запобігти наступаючій загрозі самотності. У будь-якому випадку страх самотності виступає серйозною перешкодою для гармонійного особистісного функціонування [1, с. 28].

У межах когнітивно-психологічного підходу самотність розглядається як суб'єктивне почуття, що несе, в основному, негативні переживання, що виникають незалежно від об'єктивної кількості соціальних зв'язків у людини. Також підкреслюється важливість особистих переконань, соціальних уявлень і установок в детермінації поведінки самотніх людей [4, с. 68].

Дослідники найчастіше пов'язують самотність з виникненням негативних станів людини – стресом і напруженістю, відчуттям неблагополуччя, що часто проявляються у взаєминах, в тому числі, з близькими людьми.

Феномен самотності інтегрує в собі як позитивний, так і негативний заряд для особистості: вона може бути як корисною, так і шкідливою для психічного комфорту людини.

Існує дві категорії самотності: самотність від емоційної ізоляції, викликана втратою іншої людини, і самотність від соціальної ізоляції, породжена відривом від кола спілкування. У ВІЛ-інфікованих людей переважає самотність від соціальної ізоляції. Людина стає самотньою, коли усвідомлює неповноцінність своїх відносин з іншими людьми, особистісно значущими для неї, коли вона відчуває гострий дефіцит задоволення потреби в спілкуванні. При цьому існують дані про взаємозв'язок самотності з депресією, тривогою і міжособистісною ворожістю, зловживанням психоактивними речовинами і алкоголем, схильністю до суїциду.

Коли людина вперше дізнається про свій ВІЛ-позитивний статус, то це практично завжди стає для неї серйозним стресовим фактором, що порушує всі основні сфери життя: фізичну, соціальну і психологічну (емоційну). І якщо при цьому соматичний стан може бути цілком задовільним, то на перший план виступають проблеми, пов'язані з

соціалізацією особистості і глибокі емоційні переживання. Є й інша сторона, коли самі ВІЛ-інфіковані не бажають говорити про діагноз з членами сім'ї, пояснюючи це жалістю до родичів, боязню засмутити їх, не виправдати надії і, знаючи про те, що це захворювання сприймається як «хвороба гріха» або як «поведінкова хвороба», тому вважають, що краще мовчати.

Соціокультурний контекст, безумовно, впливає на переживання самотності людини, особливо на стан людей, що живуть з ВІЛ. Надзвичайно важливі установки і цінності, пов'язані зі здоров'ям, здоровим способом життя, етичним кодексом, нормами, переконаннями хворих.

Причиною переживання самотності і як наслідок виникнення депресивних станів є неприйняття хворими власного ВІЛ-статусу, відкидання з боку оточення, агресивне ставлення суспільства. Люди, що з'являються в житті ВІЛ-інфікованого, автоматично розділяються за принципом «свій/чужий», і в якості компенсаторного механізму тим, хто потрапляє в категорію «чужих», приписується нездатність до розуміння проблем «своїх». Зіткнення з таким знецінюванням може викликати негативні емоції у оточуючих. Такий механізм компенсації у хворого підтримує його надзвичайно нестійку і вразливу самооцінку.

Разом з тим, стан самотності може ускладнюватись змінами у життєдіяльності одного з членів сім'ї, зокрема різноманітних порушень поведінки або важких захворювань. За принципом формування співзалежності автоматично відбуваються зміни функціонування всієї сім'ї як цілісної системи. Співзалежність при ВІЛ – хворобливий стан, що характеризується сильним включенням у проблеми близької людини, яка має дане захворювання. Вона стосується всіх сторін життя співзалежних і проявляється як в психологічних труднощах, так і в порушенні взаємин з оточуючими, а також і в проблемах зі здоров'ям.

Отже, ВІЛ-інфіковані часто переживають самотність через соціальну ізоляцію, оскільки соціум стає бар'єром для сприйняття ними свого захворювання. Стигматизація, дистанціювання і дискримінація ВІЛ-інфікованих в суспільстві підсилює їх почуття самотності. Відчуття самотності часто викликане відсутністю психологічної підтримки. Узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок, про необхідність організації якісної психологічної допомоги у вирішенні міжособистісних відносин між контингентом осіб ВІЛ-інфікованих і суспільством в цілому. На нашу думку, психологічний супровід ВІЛ-інфікованих дозволить

забезпечити їх повноцінне функціонування та сприятиме профілактиці розвитку негативних емоційних станів та переживань.

### *Література*

1. Беляков Н. А. ВИЧ – осознание вселенской опасности или введение в проблему СПб., 2011. с.28-34.
2. Крюкова Т. Л. Когнитивная психология совладания с одиночеством. Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. 2013. Т.19. №2. с. 93-97.
3. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. ГЭОТАР-Медиа. 2016. 112 С.
4. Соболева Е. В. Когнитивный аспект личностного потенциала психолога. Психология, социология и педагогика. 2014. №9 (36). С. 68-71.

## **ОСНОВНІ СУЧАСНІ ЧИННИКИ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ, ЯКІ НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ**

**О. С. Мудрик,**

*студент 5-го курсу,*

**В. М. Гусєв,**

*кандидат медичних наук, доцент,*

**Е. В. Калюжний,**

*студент 5-го курсу,*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Сталий розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від її демографічної перспективи, що визначається здатністю населення до простого відтворення. Стійка тенденція до скорочення чисельності населення в Україні внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення рівня загальної смертності ставить під загрозу її майбутнє і робить проблему репродуктивного здоров'я загальнонаціональною. Інтегральним показником здоров'я населення є середня очікувана тривалість життя людини, яка за період з 1990 по 2018 рік скоротилася в Україні майже на три роки, що порівняно з середньоевропейськими показниками менше на 6,45, а з країнами Євросоюзу – на 10,39 року [1]. У



зв'язку з вище зазначеним, проблема збереження репродуктивного здоров'я молоді України є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини та в реаліях сьогодення вимагає уваги медичного суспільства.

В останні 5 років Україна за показниками народжуваності займає одне з останніх місць в Європі. Сьогодні 68% пологів проходять з ускладненнями, 870 тис. подружніх пар безплідні. За науковими даними, майже у 80 відсотків випадків причиною безплідності у жінок є штучне переривання вагітності, у 15-25 – запалення статевих органів. Крім того, більше третини вагітностей є незапланованими. На відміну від світової практики, в Україні залишається величезний ризик народження дітей з вадами розвитку [1].

Рівень абортів в Україні залишається найбільш високим серед країн Європи і становить 21,1 на 1 тис. жінок фертильного віку; 45,8 – на 100 вагітностей, 84 – на 100 пологів [2]. Особливу занепокоєність викликає високий рівень абортів у жінок раннього фертильного віку. Якщо врахувати, що частота ускладнень після абортів у підлітків в 2-2,5 рази вище, а материнська смертність в 5-8 разів вище, ніж у жінок репродуктивного віку, імовірність смерті 15-річної дівчини від причини, пов'язаної з материнством, становить 1 на 3700 в розвинених країнах і 1 на 160 у країнах, що розвиваються [3, 4], то при відсутності дієвих заходів щодо зниження числа абортів при першій вагітності має місце реальна загроза втрати здоров'я майбутнього населення країни. Основні причини абортів у підлітків обумовлені особливостями поведінки в цей період життя, низькою сексуальною культурою і відсутністю належного рівня знань про репродуктивне і сексуальне здоров'я, сучасні методи контрацепції і небезпечні наслідки абортів для організму дівчат [3]. Близько 19% молодих жінок в країнах, що розвиваються, виявляються вагітними до досягнення 18-річного віку. На частку дівчаток у віці до 15 років припадає 2 млн. з 7,3 млн. дітей, які щорічно народжуються у дівчаток-підлітків у віці до 18 років в країнах, що розвиваються [5]. У матерів-підлітків спостерігаються високі рівні післяпологової депресії і материнського стресу [6].

Аналіз вітчизняних літературних джерел дає можливість зробити висновок, що в будь-якому регіоні України спостерігається така тенденція, що недостатньо освідченні або малозабезпечені дівчинки, які проживають в сільській місцевості, піддаються більшому ризику завагітніти, ніж їх більш забезпечені й освічені однолітки, що живуть у містах. Крім того, ризик завагітніти вище у дівчаток, які є вихідцями з етнічних меншин або

маргіналізованих груп, позбавлених права вибору і можливостей в житті або мають обмежений доступ до послуг у сфері охорони сексуального і репродуктивного здоров'я.

Студентський вік є особливим етапом у житті людини, який накладає відбиток не тільки на її професійне становлення, а й на все подальше життя. Найбільш критичним вважається перший рік навчання студентів, який супроводжується суттєвим зламом попереднього стереотипу життя, що призводить, у тому числі, до погіршення здоров'я, схильності до шкідливих звичок [7].

На підставі критичного аналізу зарубіжної літератури можна зробити висновок, що основними причинами вступу в сексуальне життя більшість представників молодого покоління називають банальну цікавість, закоханість, зайву наполегливість партнера. Перший статевий акт частіше за все є незапланованим і відбувається в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, без належного контрацептивного захисту. На відсутність мотивації у використанні контрацептивів можуть впливати неповна інформованість молоді про методи і правила використання протизаплідних засобів, бажання зробити приємно партнеру, побоювання за наслідки для здоров'я від застосування того чи іншого методу контрацепції, брак коштів, сором'язливість купувати ці засоби та інші соціально-економічні фактори [3, 8].

Деякі джерела стверджують, що становище набагато ускладнюється відсутністю елементарних гігієнічних знань та інформованості населення, перш за все молоді, про фізіологію та патологію репродуктивної системи, а так само про основи профілактики порушень функції репродуктивної системи, про ефективні методи контрацепції [8].

З метою виявлення проблемних питань та чинників, які негативно впливають на репродуктивне здоров'я, було проведене анонімне онлайн-анкетування у соціальних мережах, в якому взяли участь 147 респондентів, студентів першого курсу Донецького національного медичного університету МОЗ України, віком від 17 до 24 років з яких 46 (31,29%) чоловічої статі, 101 (68,71%) – жіночої.

Під час оцінювання анонімного анкетування було доведено, що 1,36% з опитаних не знають жодного ефективного метода контрацепції, 2,04% вважають ефективним протизаплідним методом перерваний статевий акт. Майже половина респондентів 46,26% не обізнані в питаннях посткоїтальної контрацепції. Під час дослідження з'ясувалось, що 4,76% опитаних стикалися з інфекціями, що передаються статевим шляхом,

3,40% з яких вдавалися до самолікування, так як соромились звертатись до медичних працівників, бо очікували негативної реакції з боку навколишнього оточення, ще 9,52% респондентів залишилися один на один зі своєю проблемою, та обрали шлях бездіяльності. На думку 6,80% опитаних ранній початок статевого життя не має негативного впливу на репродуктивне здоров'я. При цьому у 4,76% першокурсників перший статевий акт відбувся в період з 13 до 14 років, у 20,40% – з 15 до 16, у 22,45% – з 17-18, у 8,84% після 18 років, ще 43,45% стверджують, що вони не займані. Доцільно зазначити, що 10,88% респондентів вживали наркотичні або алкогольні речовини перед першим статевим актом.

Щодо мотивів вступу в інтимний зв'язок 74,15% опитаних відповіли, що це взаємні почуття, 10,20% зазначили прагнення до отримання задоволення, рештою 15,65% керували почуття банальної цікавості та самоствердження, відчуття власної зрілості.

Джерелом знань про репродуктивне здоров'я, методи контрацепції, профілактики поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом 25,85% зазначили друзів, 26,53% – інтернет та соціальні мережі, 18,36% – родичів, 8,16% – медичних працівників, 3,40% – вчителів, 9,52% – власний досвід, решта 8,18% – інше (ЗМІ).

Отже, в результаті дослідження були отримані дані, аналіз яких дозволив зробити висновок, що студенти першого курсу Донецького національного медичного університету мають низку проблемних питань та загалом низький рівень обізнаності щодо мір збереження репродуктивного здоров'я. До основних негативних чинників серед студентів, які негативно впливають на репродуктивне здоров'я можна віднести: ранній початок статевого життя, часту зміну статевих партнерів, низький рівень обізнаності щодо методів контрацепції, відсутність орієнтованості на вступ до шлюбу, значне число штучних абортів у досліджуємого контингенту дівчат, широке рекламування у ЗМІ шкідливих звичок, що провокує студентів до ведення нездорового способу життя (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків), пропаганду сексуального насилля, низьке соціально-економічне становище, трансформацію інституту родини та інші демографічні, медичні та соціально-економічні фактори. Усі ці чинники ведуть не тільки до зростання випадків ранньої, небажаної вагітності, абортів, але й до поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, безпліддя, неадекватної репродуктивної мотивації, сексуальної експлуатації. На підставі цього, необхідно проводити профілактично-просвітницьку діяльність серед молоді Донецької області,

покращувати соціально-економічний рівень життя студентів, розробляти та реалізувати державні чи меценатські програми, створювати центри планування сім'ї, проводити активні заходи щодо пропаганди здорового інтимного способу життя, формувати у підлітків відповідальну сексуальну поведінку. Перспективи подальшого дослідження проблеми ми бачимо у більш детальному вивченні напрямків програми психосоціальної підтримки студентської молоді у період становлення репродуктивної поведінки задля оптимізації життєдіяльності для покращення стану репродуктивного здоров'я юнаків і дівчат.

### *Література*

1. Sedgh G, Hussain R, Bankole A, Singh S. Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method, Occasional Report No 37. New York, NY: Guttmacher Institute; 2018.
2. Демографічна та соціальна статистика / Населення та міграція [Електронний ресурс] // Державна служба статистики України. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
3. Patton G., Coffey C., Sawyer S., Viner R., Haller D., Bose K., Vos T., Ferguson J., Mathers C.D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data // Lancet. – 2009. – Vol. 374. – P. 881–892.
4. Arnold A., Lewis J., Maximovich A., Ickovics J., Kershaw T. Antecedents and consequences of caregiving structure on young mothers and their infants.// Matern Child Health J. 2011 Oct;15(7):1037-45. doi: 10.1007/s10995-010-0650-3.
5. State of world Population 2013, Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy // UNFPA, No, of pages: 132, ISBN: 978-0-89714-014-0.
6. Venkatesh K.K., Phipps M.G., Triche E.W, Zlotnick C. The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. // Matern Child Health J. 2014 Aug;18(6):1532-9. doi: 10.1007/s10995-013-1394-7.
7. Меліков О.Я. Проблеми здоров'я та здорового способу життя у студентів педагогічного університету / О. Я. Меліков, А. П. Афонін, Л. А. Шумлянський, В. В. Кравченко, Л. В. Лукаш // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2010. – № 2. – С. 35-37.

8. Запобігання насильству в сім'ї: експерти вказали на існуючі проблеми. / Євробюлетень. Інформаційне видання Представництва Європейської Комісії в Україні. 2010. – №1. – 26 с.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СТИГМАТИЗАЦІЇ ОСІБ З МЕНТАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ**

***В. А. Оверчук,***

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Психічне здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства відноситься до числа найбільш серйозних проблем, що стоять перед багатьма країнами, оскільки за даними ВООЗ, в той чи інший період життя проблеми психічного здоров'я спостерігаються приблизно у 450 млн. жителів світу, а це практично у кожній четвертій людині. Але на жаль, поряд з цим, найменше уваги у світі приділяється саме людям з психічними розладами. За даними ВООЗ, чимало людей, які мають психічні розлади, не звертаються до лікарів через страх зіткнутися з упередженим ставленням суспільства до себе.

Стигматизація хворих з психічними розладами – упереджене ставлення суспільства до наявності психіатричного діагнозу, госпіталізації чи консультацій у спеціалістів психіатричного профілю. Хворі відчувають увесь спектр негативних поглядів оточення, які супроводжують психічні розлади. Тому протидія стигматизації в області психічного здоров'я є одним з основних пріоритетних напрямків роботи Європейського бюро ВООЗ [1].

Сьогодні проблема стигматизації осіб з ментальними розладами здоров'я є дуже актуальною і для України. По-перше, реалізація соціальних програм, заходів та ініціатив, спрямованих на комплексну реабілітацію людей з порушеннями психічного здоров'я та реалізацію ними потенціалу, попри всі інші чинники, істотно гальмується тим, що на побутовому рівні в українському суспільстві існує комплекс стійких негативних стереотипів відносно таких людей.

Поняття стигми зародилося в Стародавній Греції і застосовувалося по відношенню до осіб, які мають будь-який тілесний недолік внаслідок

покарання або таврування. Таким чином, стигма свідчила про приналежність власника до певних, як правило, маргінальних верств (раби, злочинці, зрадники і т.д.) [2]. Сучасне тлумачення стигми практично не відрізняється від первісного її значення. Вона визначається як «ярлик», прикріплений до основного соціального статусу особистості.

Теорія соціального дарвінізму и пов'язаний з нею рух євгеніка проголошували ідею, що людський «генофонд» може бути покращений шляхом втручання людини, вони й відіграли головну роль у маркуванні людей з психічними розладами, як «гірших». Психічні порушення призводять до обмеження здоров'я, формують уявлення про «особливість» того хто ними володіє.

Стигматизація осіб з інвалідністю як соціальної групи стає все більш значимим соціокультурним явищем. У той же час механізми стигматизації проявляються і на рівні самоідентифікації. В таких випадках прийнято говорити про самостигматизацію. Так, Е. Лемерт зазначає, що особистість в процесі впливу стигми поступово вживається в запропонований їй образ [3]. Причому поведінка і цілеспрямованість стигмованого індивіда здійснюються відповідно призначеної соціальної ролі. Так, людина, яка частково втратила працездатність внаслідок психічного захворювання, в процесі впливу ярлика «безпорадного хворого» може з часом повністю відмовитися від активної діяльності навіть за умови збереження або відновлення необхідного потенціалу, внаслідок успішної реабілітації. Крім того, стигма, яка виникла навіть на тлі епізодичного психічного розладу, може розвинути у людини такі особисті якості, як інфантильність, слабовілля, утриманство. При самостигматизації стає вже не так важливо, як сприймають даного індивіда оточуючі – як типового представника суспільства чи ні. Якщо індивід ідентифікує себе як представника певної спільноти, його установки і поведінка будуть відзначатись відповідно до цього.

В залежності від того, чи є стигма візуалізованою (наприклад, у тих випадках, коли хвороба виражена зовні та її неможливо приховати) або латентною, про яку відомо тільки її власнику, індивід може реагувати на неї по-різному. У першому випадку індивід є носієм дискредитованої стигми, у другому – дискредитуємої. Остання породжує внутрішньоособистісну драматичну проблему контролю над напругою внаслідок відчуття власної нетиповості.

У осіб з ментальними розладами можливе формування, щонайменше, трьох стратегій щодо стигми: прийняття, яке може виражатися в

пасивному дотриманні приписаного образу; в деяких випадках – спекуляції хворобою з лікуванням привілеї з уваги і співчуття; опір, який реалізується шляхом компенсаторної поведінки, та протиставляється типовому образу, транслюється ззовні, через позитивні або негативні форми девіації.

Крім того, слід враховувати і те, що якщо протягом історії ставлення до осіб з психічними розладами змінювалося, то змінювався відповідно і зміст стигм [4].

Wolfgang Gaebel [5] запропонував розділити стигматизацію на декілька рівнів:

- культурна стигматизація являє собою дискримінаційне ставлення всього суспільства до психічно хворих і психіатрії у цілому, поява соціальних ярликів;
- інституційна стигматизація – законодавчо закріплена стигматизація;
- самостигматизація – стигматизація себе самого, з постійними думками про власну неповноцінність і неможливості стати активним членом суспільства [5].

Наслідком даної стигматизації є зниження самооцінки, погіршення адаптації та функціонування в суспільстві Цей вид стигматизації проходить кілька ступенів:

- поінформованість про наявність стереотипів у суспільстві;
- згода з правильністю даних стереотипів;
- застосування їх до себе.

Стигматизація – це одна з проблем, з якими стикаються люди, які страждають психічними розладами. Вона знижує їх самооцінку, призводить до руйнування сімейних зв'язків і негативно впливає на можливість цих людей брати участь у суспільному житті, почувати себе повноправними членами громади. Особи з ментальними розладами, не попри законодавчі заборони дискримінації, продовжують стикатися з соціальною ізоляцією, у них виникають соціофобія, страх і відчуття упередженого ставлення з боку інших.

Стигматизація і дискримінація, пов'язані з наявністю психічних розладів, нерідко набувають таку значимість, що не дозволяють людям звертатися по спеціалізовану медичну допомогу зі страху отримати ганебне соціальне тавро.

Для того щоб заходи по боротьбі зі стигматизацією та дискримінацією були ефективними, при сильній підтримці з боку держави необхідні узгоджені дії всіх зацікавлених сторін – людей, які користуються

послугами служб охорони психічного здоров'я, осіб що здійснюють за ними догляд, а також професійних груп і громадянського суспільства.

Протидіяти стигматизації, подолати соціальну ізоляцію осіб з ментальними порушеннями можливо лише шляхом включення таких осіб до соціальних спільнот, забезпечення їх підтриманого проживання на рівні територіальної громади, соціального супроводу під час працевлаштування, удосконалення системи надання реабілітаційних та соціальних послуг.

### *Література*

1. World psychiatric association. Schizophrenia – open the doors, the WPA global programme against stigma and discrimination because of schizophrenia. – New York: World psychiatric association, 2002.
2. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity / Erving Goffman. Simon & Schuster Adult Publishing Group, 1986. 168 p.
3. Lemert E. Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic. Behavior. NY: Mc-Graw-Hill, 1951. 459 p.
4. An antipodean Multicultural View of stigma: Fear, Prejudice or Discrimination? Hoopwood M. Florence, Italy: 25th European Congress of Psychiatry, 2016.
5. Promotion Stigma Coping and Empowerment: Results from the Multi-Center Clinical Trial STEMFGaebel W, Evans-Lacko U. Florence, Italy: 25th European Congress of Psychiatry, 2016.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНИХ ДИСФУКЦІЙ У ЖІНОК**

***І. В. Пузь,***

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Особливого значення в умовах зменшення кількості народжуваності на тлі стабільно високих показників смертності серед населення набуває проблема охорони репродуктивного здоров'я, оскільки загальновідомим є той факт, що саме якість природнього відтворення населення виступає одним із важливих індикаторів благополучного розвитку будь-якої країни. На жаль, сьогодні можна констатувати значне погіршення загального стану



репродуктивного здоров'я населення, особливо серед жінок. Так, наявність таких несприятливих факторів зовнішнього середовища, як погіршення екологічних умов, прискорення темпу життя, надмірні фізичні та інтелектуальні навантаження, ведення нездорового способу життя, значно збільшує ризик виникнення у більшості жінок стану хронічного стресу. Загальновідомим є той факт, що жіноча репродуктивна система надзвичайно чутливо реагує на дію будь-яких стресових чинників, результатом чого стає виникнення різного роду порушень, зокрема: хронічні запальні захворювання репродуктивної системи, порушення менструального циклу, безпліддя різного генезу, невиношування вагітності, репродуктивні втрати, патологія вагітності, пологів та післяпологового періоду, порушення розвитку плоду і народження дитини з особливими потребами, дисгармонія психосексуальних стосунків, клімактеричні розлади тощо. Слід зазначити, що наявність у жінки тієї чи іншої форми порушення репродуктивної сфери призводить до серйозних негативних наслідків як на суто соматичному, так і психологічному рівні, що проявляється у дезадаптації функціональних систем та розвитку позарепродуктивної соматичної патології; порушеннях психоемоційної сфери та соціальної адаптації; непорозуміннях та конфліктні взаємостосунки з близьким оточенням; порушеннях дитячо-батьківських взаємостосунків; зниженні якості життя; загостреннях негативних демографічних тенденцій в суспільстві. Отже, враховуючи вищевикладене, не виникає сумнівів в актуальності дослідження означеної проблеми, зокрема у висвітленні психологічних аспектів репродуктивних дисфункцій у жінок, без урахування яких є неможливим ефективний супровід жінок даної групи.

На сучасному етапі розвитку медичної науки репродуктивне здоров'я жінки прийнято розглядати як стан повного благополуччя у всіх питаннях, які торкаються репродуктивної системи, її функцій та процесів, що залучає до себе здібність до народження дітей, відсутність гінекологічної патології та гармонію психосексуальних стосунків [1]. Реалізація репродуктивної функції, яку прийнято розглядати як процес народження та виховання дітей, здійснюється шляхом системної організації всієї життєдіяльності жінки, що включає три основні компоненти: психічний (мотивації, цінності, установки, емоції), фізіологічний (морфо-функціональна організація та нейро-гуморальна регуляція репродуктивної функції), тілесний (жіноче тіло, що здійснює певну поведінку, а також виконує функції зачаття, виношування, пологів,

грудного вигодовування). Слід зазначити, що організація цих компонентів, їх взаємодія для здійснення репродуктивної функції являє собою репродуктивну сферу особистості жінки.

Аналіз наукової літератури показав, що в основі виникнення репродуктивних дисфункцій у жінок (безпліддя, порушення перебігу вагітності та пологів, гінекологічні патології) знаходиться взаємодія складних факторів, серед яких одне із провідних значень мають психологічні фактори [2; 3]. Встановлено, що у більшості жінок з різними формами порушення репродуктивної сфери спостерігається специфічне викривлення тілесного компоненту образу власного «Я», що може виявлятися у різних формах. Так, у деяких жінок відмічається наявність різного роду побоювань з приводу того, що реалізація репродуктивної функції з одного боку може мати негативний вплив на тіло жінки (зайва вага, зміна форм різних частин тіла та інш.), що пов'язано, перш за все, зі сверхцінним сприйняттям власного тіла, а з іншого боку може становити загрозу для загального здоров'я, що зумовлено наявністю ірраціональних уявлень щодо вагітності, пологів, сексуального життя.

Ризик виникнення різного роду репродуктивних дисфункцій може значно збільшуватися в ситуації, коли жінка не приймає власне тіло, що детерміноване багатьма факторами. Так, одним з них є деструктивні стосунки з власною матір'ю, яка не тільки не сприймала тілесності власної доньки, але й не сприяла її статево-рольовій ідентифікації на різних етапах онтогенезу. Крім того, жінки, яким притаманні такі риси, як невпевненість у собі, тривожність, чутливість, інфантильність, іпохондричність, схильні розцінювати власне тіло як таке, що неготове до реалізації репродуктивної функції. Слід зазначити, що подібне ставлення підкріплюється наявністю у жінки досвіду невдалих попередніх вагітностей, різного роду соматичних та психосоматичних захворювань.

Серйозною перешкодою на шляху реалізації репродуктивних функцій є наявність у жінки переконань про недозволеність тілесних проявів по відношенню до власного статевого партнера, табу на тілесні задоволення, що сформувалися під впливом культурних чи сімейних моделей, у межах яких тілесні задоволення розглядаються як гріховні, недопустимі для «порядної» жінки.

Дослідники також відмічають, що однією із найбільш складних ситуацій, що відображає відносини жінки із власним тілом, є ситуація, коли жінка з одного боку несвідомо чинить супротив процесу народження дитини (неадекватна мотивація народження дитини, наявність різного роду

страхів, пов'язаних із ситуацією майбутнього материнства, особливостями соціальної ситуації), а з іншого боку на свідомому рівні має яскраво виражену потребу щодо реалізації репродуктивної функції. У більшості випадків така ситуація може зумовлювати виникнення різного роду порушень репродуктивного здоров'я, котрі супроводжуються больовими відчуттями, дискомфортом, що не тільки значно знижує якість життя жінки, але й створює загрозу для подальшого її повноцінного особистісного функціонування на всіх рівнях [3].

Слід зазначити, що наявність репродуктивних дисфункцій суттєво трансформує усі сфери життєдіяльності жінки, значно знижує рівень її психічного функціонування, що збільшує ймовірність розвитку різного роду депресивних розладів та дезадаптаційних станів. Ситуація порушення репродуктивного здоров'я часто зумовлює у жінок переживання почуття провини, сорому, власної неповноцінності, що значно впливає на їх психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу.

Як свідчать результати досліджень, спільним для більшості жінок з різними формами порушенням репродуктивної функції на відміну від жінок, які не мають органної патології репродуктивної сфери, є наявність таких особистісних особливостей: загальна інфантильність, що виявляється в незрілості особистісної сфери; викривлення образу тілесного «Я», неадекватна самооцінка; неусвідомлені внутрішньоособистісні конфлікти; порушена статево-рольова ідентифікація; емоційна нестабільність; високий рівень особистісної та ситуативної тривожності; пригнічена агресія різної спрямованості; низький рівень комунікативної компетентності [ ].

Отже, узагальнюючи вищевикладене, стає зрозумілим, що розвиток різного роду репродуктивних дисфункцій, з одного боку, часто відбувається внаслідок дії різноманітних психологічних та психосоціальних чинників, а з іншого – сам виступає серйозним психотравмуючим чинником для особистості жінки. Важливим під час лікування таких жінок є організація комплексного їх супроводу з обов'язковим включенням психологічної складової, метою якого є сприяння розвитку особистісних ресурсів, покращення якості життя, а також профілактики та запобігання розвитку подальших ускладнень репродуктивної сфери на тлі негативних емоційних переживань. На нашу думку, саме запровадження комплексної медико-психологічної допомоги дозволить фахівцям вчасно виявляти та корегувати деструктивні зміни у психологічному стані жінок з порушенням репродуктивної сфери, що

безумовно сприятиме не тільки ефективному процесу лікування, їх подальшому благополучному особистісному функціонуванню, але й зміцненню та збереженню репродуктивного здоров'я населення.

### *Література*

3. Бацилева О. В. Психологія репродуктивного здоров'я: медико-психологічні та соціальні аспекти. Донецьк: Донбас. 2011. 236 с.
4. Пузь І. В. Роль психологічних чинників у виникненні безпліддя у жінок. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя*: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого – 1 березня 2019 року, м. Суми) / Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2019. С. 337-340.
5. Филлипова Г. Г. «Зачем мне мое тело?» Проблемы телесности в реализации репродуктивной функции у женщин. Психология телесности: теоретические и практические исследования [Електроний ресурс] [http://psyjournals.ru/psytel2011/issue/44590\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/psytel2011/issue/44590_full.shtml)

## **ДО ПРОБЛЕМИ СТРАХІВ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ**

*О. О. Резніченко,  
аспірант кафедри психології,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Проблема профілактики й усунення психологічних проблем у жінок середнього віку, пов'язаних з обґрунтованими і необґрунтованими страхами (фобіями), представляє собою вельми актуальне питання для наукового вивчення. Зазначене пояснюється не лише великим теоретичним, але й практичним значенням необхідності запобігання, виявлення й подолання страхів у зазначеної вікової категорії жіноцтва. Крім того, слід враховувати, що динамічний темп сучасного життя, а також виклики, які постають перед сучасною жінкою, спричиняють появу нових страхів чи видозміну старих, що також потребує відповідного наукового осмислення. Відповідно, актуалізація страху, його нав'язливий характер,

призводить до деструктивних змін, проблем зі здоров'ям, зниженням працездатності, фізичної та психічної втомлюваності, дратівливості. Невротичні, нав'язливі страхи ускладнюють нормальну життєдіяльність, впливають на всі сфери життя і благополуччя особистості.

Наразі усе більш актуальною у психології стає проблема дослідження впливу страхів на особистісні риси жінок. До фобій, як загальнопсихологічної проблеми, зверталось велике число вітчизняних і зарубіжних учених. На сьогодні доцільним визнається вивчення особливостей страхів у житті людини із застосуванням міждисциплінарного підходу, в рамках якого використовуються методи психології, психіатрії, філософії, соціології тощо. Зокрема, серед останніх за часом наукових розвідок, виданих упродовж останніх років, слід назвати дисертації, монографії й публікації таких науковців як К. Богун, Д. Слободянюк, М. Кузнєцов, В. Шаповалова та ін. Водночас специфічним рисам, пов'язаним саме зі страхами жінок середнього віку, досі приділена недостатня увага в українській та світовій науці.

Варто зауважити, що у віковій психології відсутнє чітке визначення того, чим є так званий «середній вік», які його хронологічні межі. Середній вік, який є підперіодом найбільш тривалого відрізка життя, у психології отримав назву періоду дорослості. У свою чергу, дорослість має кілька стадій, наприклад виділяються рання, середня й пізня [5].

Вікові межі середнього віку також викликають дискусію серед учених. Так, Г. Крайг вважає, що цей період для одних людей може тривати довше, ніж для інших, і є сполучним між двома поколіннями: молодими людьми й пенсіонерами [3]. У свою чергу, голландський психолог Б. Лівехуд наводить як приклад іншу періодизацію, у рамках якої виділяється фаза 35-42 років, де людина проходить не лише через час статевої зрілості, але й переорієнтації у професійному контексті [4]. Інші автори, зокрема Ш. Бюлер, визначають період дорослості у діапазоні з 25-30 до 45-50 років, називаючи її часом зрілості [6].

З урахування вказаних поглядів, з певним рівнем умовності вважаємо, що середній вік жінок орієнтовно знаходиться у межах 40-50 років. Звичайно, що цей діапазон може бути як розширений, так і звужений (у залежності від соціальних, етнічних, культурних особливостей певної країни тощо).

Середній вік для жінок є, з одного боку, періодом, якому притаманні досягнення найвищого розвитку інтелектуальних, духовних і фізичних здібностей жінки як особистості. З іншого боку, середній вік також може

бути пов'язаний із рядом криз, в основі яких знаходяться трансформації цілей у житті. Звичайно є безсумнівним, що перебіг кризи середнього віку є різним у жінок і у чоловіків, водночас і для тих і для інших ця криза може супроводжуватися виникненням стійких страхів.

При дослідженні страхів як таких, на особливу увагу заслуговує питання класифікації й класифікаційних ознак різних видів фобій та у жінок зокрема. Окреслюючи певну загальну типологію (виходячи із психологічних особливостей жінок зазначеної вікової групи), слід назвати такі умовні різновиди страхів жінок середнього віку[4]:

1. Страхі, пов'язані із сім'єю (побоювання розлучення, проблем у вихованні й навчанні дітей, негаразди у спілкуванні з родичами старшого покоління тощо).

2. Страхі, пов'язані з особистим життям (в основному стосуються спілкування з чоловіком у родині, негативним сценарієм розвитку особистих відносин тощо).

3. Страхі, пов'язані з власним професійним і соціальним статусом (фобії стосовно втрати чи зміни роботи, пониження у посаді, зниження заробітної плати тощо).

4. Страхі, пов'язані із власною зовнішністю і самооцінкою (побоювання негативної оцінки оточуючих).

5. Страхі, що стосуються майбутнього (страхи смерті, бідності, старості, хвороби – своєї чи близьких).

6. Ірраціональні страхи (фобії, що не мають під собою чіткої та обґрунтованої підстави). Вони, як правило, виникають на фоні істотних та невирішених упродовж тривалого часу проблем в особистому житті, у відносинах із членами сім'ї й на роботі тощо. Ці страхи звичайно не можуть бути розв'язані жінкою самотійно і у подальшому можуть (за негативного сценарію) спричинити стійкі психічні розлади.

Загалом страхи жінок середнього віку є настільки різноманітними, що для повноцінної розробки їх класифікації (систематизації) необхідним є створення окремої методології, яка б передбачала усі різновиди найбільш типових фобій. Власне це має стати предметом комплексного дослідження. Утім для виявлення страхів доцільним є використання різноспрямованих методик, наприклад, дослідження самооцінки особистості С. Будассі, опитувальника Ізарда, тест дослідження тривожності Спілбергера-Ханіна тощо. Крім того, потребують постійного удосконалення корекційні методики подолання страхів, оскільки фобії весь час видозмінюються.

Власне саме поняття страхів зазвичай безпосередньо пов'язується із явищами «Я-концепція» і «самооцінка». Відомий психолог Е. Бернс стверджує, що «Я-концепція» представляє собою «сукупність усіх уявлень індивіда про себе, поєднана з їхньою оцінкою», виділяючи при цьому кілька складових «Я-концепції» [1]:

- когнітивний аспект;
- емоційно-оцінний чи афективно-ціннісний аспект;
- поведінковий або оціночно-вольовий аспект.

Що стосується самооцінки, недостатній рівень якої безпосередньо впливає на формування страхів, то вона розуміється У. Джеймсом, засновником розробки проблеми самооцінки, як емоційне утворення, в рамках якого людина є задоволеною чи незадоволеною сама собою [2].

Якщо жінка середнього віку недооцінює себе у порівнянні з об'єктивними характеристиками, тобто тією особою, якою вона насправді є, то у неї вочевидь занижений рівень самооцінки, що створює передумови для формування страхів, у т.ч. нерациональних. Водночас коли жінка переоцінює власні результати діяльності, можливості, особистісні якості, зовнішність, то у подальшому її також можуть очікувати розчарування, які у подальшому також високоймовірно спричинять появу фобій різного виду.

Середній вік є часом не лише великих можливостей, але й значних ризиків і небезпек. Кожна значна подія в особистому й професійному житті може супроводжуватися появою страхів, оскільки людина дивиться на своє життя під новим кутом зору і розуміє наскільки воно недосконале.

Таким чином, можна стверджувати, що класифікаційні й систематизаційні ознаки страхів жінок середнього віку (хронологічні межі якого є достатньо умовними й безпосередньо залежать від часу завершення юності й початку періоду старіння) звичайно добре відомі на побутовому рівні, проте потребують відповідного науково-дослідницького обґрунтування у контексті комплексу психологічних наук, а також із застосуванням міждисциплінарного підходу. Отже, знання особливостей у сфері страхів жінок середнього віку може сприяти визначенню шляхів надання їм соціально-психологічної допомоги у подоланні стресів і фрустрацій особистості, її дезадаптації до нових соціальних умов, задоволення її потреби до самовираження, що сприятиме подальшому особистісному розвитку.

### *Література*

1. Бернс Э. Развитие Я - концепции и воспитание: пер. с англ. / Э. Бернс – М. : Прогресс, 1986. – 420 с.
2. Боцманова М. Э. Показатели и уровни рефлексии в оценке и самооценке качеств личности / М. Э. Боцманова, А. В. Захарова // Новые исследования в психологии. – 1985. – № 2.
3. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2006. – 940 с.
4. Ливехуд Б. Кризисы жизни-шансы жизни : Развитие человека между детством и старостью : [Пер. с нем.] / Б. Ливехуд. – Калуга : Духов. познание, 1994. – 217 с.
5. Слободчиков В. И. Интегральная периодизация психического развития / В. И. Слободчиков, Г. А. Цукерман // Вопросы психологии. – 1996. – № 5. – С.38-50.
6. Manfred Berger: Bühler, Charlotte Berta, in: Hugo Maier (Hrsg.): Who is who der Sozialen Arbeit, Freiburg/Brsg. 1998. – S. 115-116.

## **ЗДАТНІСТЬ ДО САМОПРОЕКТУВАННЯ ЯК ОЗНАКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

*С. Ю. Рудницька,*

*доктор психологічних наук, доцент,*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Постнекласичний вектор привніс кардинальні зміни в сучасну психологію: на сьогоднішній день у її предметній сфері простежуються тенденції розуміння особистості як складної відкритої системи, що самоорганізується, а ознаками психологічного здоров'я особистості постають її здатності до саморозвитку та самопроектування.

Проте, не зважаючи на актуальність зазначеної проблеми, психологічні основи процесу самопроектування дотепер залишаються мало опрацьованими [1; 2], що становить значну перешкоду для розробки соціально-психологічних практик і технологій, орієнтованих на психологічне здоров'я особистості. Метою нашого дослідження є визначення сутності і змісту процесу самопроектування особистості як ознаки її розвитку і психологічного здоров'я.



Самопроектування доцільно проблематизувати як здатність особистості діяти, виходячи із власного задуму щодо свого майбутнього (життєвого проекту) та власної особистості (особистісного проекту), що становить одну з провідних детермінант життєздійснень та самоздійснень особистості [3].

Серед чинників формування здатності до самопроектування О.В. Зазимко виокремлює: розширення контекстуальності проекту особистості (прийняття та емансипація); осягнення смислів самовизначення (соціального та особистісного: часове майбутнє – смислове майбутнє – позачасове, вірогіднісно-значиме); осягнення етики відповідальності (свобода вибору – свобода особистості – свобода буття (переконання); перспективна орієнтованість індивідуального досвіду (від можливостей до реальності – від реального до можливого – можливе є суб'єктивною реальністю); особливості збагачення просторово-часової розмірності досвіду [3].

У процесі самопроектування відбувається розширення смислових контекстів та створення нових контекстів життя людини. Відкритість новому досвіду задає нові вектори розвитку особистості. Отже, метою самопроектування є формування особистісного проекту розвитку, що передбачає створення життєвої стратегії, а також опанування способами та засобами особистісного розвитку та втілення їх як у особистісному проекті, так і в проекті власного життя. Проект стає базисним центром смислотворення, що дозволяє вибудовувати життєві стратегії і програми особистісного розвитку та втілити їх у життєвих практиках [3].

На відміну від традиційного проектування, процес самопроектування не може припускати наявність наперед заданого жорстко зафіксованого образу результату, і тексти, що породжуються особистістю при наративному проектуванні, певною мірою, є творами «нон-фініто», «можливими сюжетами». У руслі зазначеної проблеми важливим світоглядним висновком синергетики є теза про те, що як у людства в цілому, так і у кожної окремої людини існує безліч доль. Синергетика проголошує відкритість майбутнього, множинність перспектив, здатність світу творити інновації, зумовлені тим, що випадковість, внутрішня спонтанність, «нічим не детерміноване відхилення» ніколи не можуть бути усунуті, тому що лежать у самій основі буття: народження нового можливе лише у світі, наповненому випадковостями.

У певному сенсі, самопроектування можна інтерпретувати як імовірнісний процес. У процесі самопроектування особистості завдання

зводиться не до утилізації, а потенціювання, множення смислових можливостей особистості. Твір зароджується і розбудовується не стільки в результаті послідовних актуалізацій початкового задуму, скільки в процесі множення задумів, їхніх поєднань, сполучень, переплетень, взаємних проникнень у одному тексті, який у результаті здобуває багаточисельність, багатомірність і багатосмисловість, приводячи всі знаки в стан «найбільшої значущості» (М.Н. Епштейн).

Отже, під самопроекуванням ми, насамперед, розуміємо подолання людиною «самої себе як фактичної даності»; спрямованість у простір можливого; дії в «зазорах триваючого досвіду» (В.П. Зінченко, М.К. Мамардашвілі); у точках розривів детермінованості буття особистості. Тільки за умови особистісної відкритості, виходам за межі повсякденного досвіду людина може набути принципово новий досвід: у її смислового просторі починає зароджуватися «Я-потенційне», якого ще немає, але яке вже можливе, вибудовування нових смислових контекстів, створення особистісних смислів, ідеальних особистісних проєктів та розробка життєвих стратегій, що відкриває шляхи для конструювання нових ідентичностей, нових горизонтів розвитку. Можливість виявляє принципово більший вплив на вчинки та стан людини, ніж актуальна реальність.

В оптиці психолого-герменевтичного підходу проблема самопроекування особистості постає як проблема якості ціннісно-смислового розгорнення життя людину та ступеню усвідомлення індивідом власних життєздійснень [3].

*Модель дискурсивного самопроекування особистості включає такі складові:*

- зародження протопроєкту (як стану невизначеності, передчуття бажаного майбутнього) та створення на цій основі прототексту особистості, що базується на зародженні задуму власного життя та себе бажаного;

- вибір бажаного соціокультурного зразка та вибудовування на цій основі проєкту-орієнтиру, який може формулюватися у вигляді символу, слогану, загальної ідеї, в яких відображені майбутні смисли, цінності, «мета життя», стратегії та загальні невідрефлексовані шляхи її досягнення;

- доподієве (в процесі якого відбувається перегляд та перебір можливих життєвих практик) та подієве проєкування (наповнення проєкту-орієнтиру подіями);

- побудова життєвого проекту на основі передбачуваних особистістю життєвих подій та породження сюжету бажаного життя, що сприяє реалізації проекту-орієнтиру, та моделювання різноманітних варіантів (сюжетів) життєвого проекту й оцінка їх життєздатності на основі аналізу власних особистісних ресурсів та соціокультурних умов;

- створення особистісного проекту, який можна тлумачити як проект зміни особистісних характеристик на основі обраних людиною «версій себе» (особистісних моделей), необхідних для втілення особистісного проекту; реалізація особистісного та життєвого проектів;

- діагностика успішності реалізації особистісного та життєвого проектів, що передбачає трансформацію поставлених завдань саморозвитку (задач на смисл) та постановку нових завдань і, відповідно доопрацювання як життєвого, так й особистісного проектів, або відмову від подальшого самопроектування, подальшого особистісного розвитку [4].

Самопроектування становить факультативну складову розвитку особистості, а здатність до самопроектування розглядається як інтегральна характеристика особистості, що визначає її актуальні ресурси:

- забезпечення саморозвитку як стратегічного чинника її життєздійснень;

- продуктивного переструктурування особистого досвіду відповідно до поставлених мети та завдань;

- генерування нових форм життєздійснення особистості, використання актуальних можливостей (ресурсів), що породжуються багаторівневою динамікою ціннісно-сміслових вимірів її життєвого простору.

Отже, здатність особистості до самопроектування визначається її спроможністю інтерпретувати та осмислювати життєвий і особистий досвід, що здійснюється шляхом занурення в соціокультурний дискурсивний простір та створення власного смислового поля. Розуміння та інтерпретація соціокультурного та особистого досвіду сприяють формуванню особистості як дискурсивного суб'єкта [1; 2], що, у свою чергу, стає важливою умовою продуктивності його особистісного зростання, становлення та зміцнення його психологічного здоров'я.

### *Література*

1. Проблемы психологической герменевтики / под ред. Н. В. Чепелевой. Київ : Изд-во Нац. пед. ун-та им. Н. П. Драгоманова, 2009. 382 с.
2. Розуміння та інтерпретація життєвого досвіду як чинник розвитку особистості: монографія / за ред. Н. В. Чепелевої. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 276 с.
3. Самопроекування особистості у дискурсивному просторі : монографія / Н. В. Чепелева, М. Л. Смутьсон, О. В. Зазимко, С. Ю. Гуцол [та ін.] ; за ред. Н. В. Чепелевої. К. : Педагогічна думка, 2016. 232 с. URL : <http://lib.iitta.gov.ua/704560/> (дата звернення 29.10.2019).
4. Чепелева Н. В., Рудницька С. Ю. Нормативна модель самопроекування особистості. Наука і освіта. 2017. № 11. С. 105-113.

### **СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ДОСЛІДЖЕННЯ УВАГИ – ТЕОРІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ВПЛИВ СЕЗОНІХ ТА ДОБОВИХ ЗМІН**

*Т. Л. Савченко,*

*молодший науковий співробітник,*

*Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України*

Дослідження уваги традиційно вважається однією з найважливіших і складних проблем наукової психології. Увага є однією з головних когнітивних функцій людини і тісно пов'язана з відчуттями, сприйняттям, пам'яттю і мисленням. На різних етапах формування уявлень про увагу її розглядали з точки зору орієнтовного рефлексу, як перцептивну і моторну діяльність, як ресурсне утворення і управління діяльністю. Вміння управляти своєю увагою порівнюють з психічною силою індивіду. Ця психічна сила набувається послідовно – нас формує вплив ендогенних факторів, зовнішнє середовище, освіта і ідеї, котрі ми спостерігаємо, наслідуюмо і розвиваємо. У здатності довільно спрямовувати й зосереджувати увагу виявляється активність людини і ефективність її буття. Саме тому, не викликає сумнівів необхідність дослідження цього феномену.

У сучасній літературі можна виділити багато напрямків досліджень уваги, котрі розроблюються вченими. Декілька з них ми розглянемо у нашій статті.

«Кванти уваги» і теорія «Orch OR». Степанов В.Ю. у своїй роботі «Структурні одиниці уваги в умовах швидкої зміни зорових стимулів» досліджує феномен мерехтіння уваги [1]. Цей феномен реєструється при вирішенні задач упізнання двох цільових стимулів, котрі надавали в режимі швидкого послідовного пред'явлення зорових стимулів (БППЗС) зі швидкістю 8-12 стимулів в секунду. Основний задум даного дослідження полягає в тому, що показується залежність обмежень у обробці інформації при виконанні задачі на увагу в умовах швидкої зміни зорових стимулів від величини структурних одиниць уваги – «квантів уваги». Разом з Гиппенрейтер Ю.Б. і Романовою В.Я, а також дослідженням динаміки уваги в умовах БППЗС М.В. Фалікман, автор розвиває модель «квантів уваги» на основі досліджень структурних одиниць уваги. Він стверджує, що ряд феноменів уваги може бути пояснений як слідство змін тривалості квантів уваги. Оскільки увагу автор розглядає як проявлення роботи провідного рівня діяльності, то зміна структурних одиниць уваги виявляється відображенням змін структури діяльності. У діяльнісному аспекті досліджувалась зміна структури діяльності – задачі, котра вирішується спостерігачем, впливає на зміну тривалості структурних «одиниць уваги», і, таким чином автор намагається розглянути механізм формування «квантів уваги». На думку автора, проявом обмежень в обробці інформації для нас служив феномен мерехтіння уваги (МУ), а проявом рухливості цих обмежень в обробці інформації – ефект переваги слова (ЕПС) в умовах БППЗС, наряду зі зміщенням ефекту МВ у часі. Застосовуючи язык сформульованої вище моделі «квантів уваги», автор доводить, що в умовах швидкого послідовного пред'явлення зорових стимулів «квант визначений задачею» задає тривалість «кванта, оцінюваного за продуктивністю». А часові межі обох цих феноменів: МУ і ЕПС – визначаються тривалістю структурних одиниць уваги («квантів»).

Теорія «квантів уваги», котру розробляє Степанов В.Ю., на нашу думку перекликається з теорією «Orch or», котра біла висунута Hameroff S. і Penrose R. в середині 1990-х років, і яку вони розвивають у наш час [4]. Автори констатують, що природа свідомості, механізми, якими вона здійснюється в мозку, і її остаточне місце у всесвіті, досі остаточно не визначені. Згідно теорії Hameroff S. і Penrose R. у людського розуму квантова природа. Вони стверджують, що свідомість залежить від біологічно організованих послідовних квантових процесів в «колоніях»

мікротрубочок (microtubules), які знаходяться в межах мозкових нейронів. Різниця електропотенціалів у мікротрубочках призводить до сплеску електропотенціалу при вимірюванні ЕЕГ (Електроенцефалографії). Безпосередньо у мікротрубочках відбувається момент відображення і свідомого або усвідомленого вибору. Взаємодія квантових процесів регулює, синаптичну і мембранну діяльність нейронів і, як слідство, діяльність людини взагалі. У своїй статі: «Reply to criticism of the «Orch OR qubit» – «Orchestrated objective reduction» is scientifically justified» [5], Penrose R. і Hameroff S. також висувають теорію існування зв'язку між біомолекулярними процесами мозку і основною структурою всесвіту взагалі. Завдяки чому, свідомість кожного індивіду відіграє важливу роль у всесвіті.

Поняття про «метаувагу». Вперше термін «метаувага» використав Алан Уоллес, американський психолог, котрий довгі роки жив у Тибеті і вчився у буддистських монахів медитації і образу мислення. Ціль метауваги – виявляти виникаючі емоції до того моменту, коли вони дійсно виникають [2]. Тобто, передбачати виникнення емоції по різних симптомам, а також збільшувати часову відстань між імпульсом і подальшою емоцією. Стороннім спостерігачем метаувага може сприйматися як ледве затримана реакція на подію. Тому що ви не одразу реагуєте на ситуацію, котра визиває емоцію, а через невелику паузу.

Патриція Міллер визначає метаувагу як знання про свою власну увагу (вербальна пам'ять, декларативна) і управління увагою (операційна пам'ять, процедурна). До другої відноситься відстеження поточних станів уваги, знання про вимоги до уваги, які пред'являються задачею, вибір адекватних стратегій [7].

У наш час проблемою метауваги цікавляться все більше дослідників. Вона розглядається вже як компонент метапізнання і розробляються способи її контролю. Автори Chun M.M., Golomb J.D. & Turk-Browne N. В. у своїй статті «Таксономія зовнішньої і внутрішньої уваги», підкреслюють, що увага є ключовою властивістю усіх перцептивних і когнітивних операцій. Вони пропонують класифікацію, котра базується на типах інформації, яка необхідна для здійснення діяльності і відповідає цілям уваги. На широкому рівні систематика проводить відмінності між зовнішньою і внутрішньою увагою. *Зовнішня увага* відноситься до вибору і модуляції сенсорної інформації. Вона вибирає місце у просторі, проміжки у часі або модальності конкретних входних даних. Така перцептивна увага також добирає ознаки визначені по будь-якому з цих показників, або

об'єктів уваги, котрі інтегрують у просторі, часі і модальності. *Внутрішня увага* відноситься до вибору, модуляції і підтримки внутрішньо генеруємої інформації, такої як умови задачі, відповіді, довгострокова або оперативна пам'ять. Оперативна пам'ять, зокрема, знаходиться ближче всього до перетину зовнішньої і внутрішньої уваги. Таксономія забезпечує організаційні рамки, для перетворення інформації, однак підіймає нові питання про устрій нейронних механізмів [3].

*Сезонні і добові впливи на стан уваги людини.* Rahman S.A., Flynn-Evans E.E., Aeschbach D., Brainard G.C., Czeisler C.A., Lockley S.W. досліджувались коливання уваги протягом доби. З'ясовано, що експозиція світла 460 нм у денний і нічний час значно поліпшує слуховий час реакції з достовірністю  $P < 0,01$  і  $P < 0,05$ , відповідно. Також відбувається підвищення уваги, з достовірністю  $p < 0,05$ . У порівнянні з світлом 555 нм, світло 460 нм генерує у людини достовірно значимі показники стану пильнування. Оцінки сонливості не відрізнялися між двома спектральними умовами у денний час ( $P > 0,05$ ). Але у нічний час, вплив світла 460 нм, значно знижує сонливість у порівнянні зі світлом 555 нм ( $P < 0,05$ ). Крім того, експозиція світла 460 нм у нічний час поліпшує стан настороги до рівня, зафіксованого у денний час [8].

Декілька авторів Meyer C., Muto V. і Jaspard M., провели дослідження сезонних впливів на стан уваги людини [6]. Автори зазначають, що протягом доби змінюється активність живих істот. Ці впливи, що отримали назву циркадних ритмів ідентифіковані у більшості життєвих форм на землі. Пори року, так само, відповідають річним коливанням оточуючого середовища, до якого пристосовуються живі істоти. Автори досліджували річні ритми активності головного мозку здорових людей за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ), під час виконання ними різноманітних пізнавальних задач. Мозкові відповіді суттєво варіювали в залежності від пори року. Максимально високі і мінімальні оцінки, по дослідженню показників уваги, були зафіксовані у літнє і зимове сонцестояння, відповідно. У той же час, дослідження пом'яті мали максимальні і мінімальні оцінки під час осіннього і весняного рівнодення.

За проаналізованими літературними даними зроблено *висновки*:

1. Розвивається теорія по визначенню структурних одиниць уваги – «квантів уваги». Ці дослідження деякою мірою перекликається з теорією «Orch OR», згідно якій людський розум має квантову природу.

2. Дослідження глибинних механізмів уваги і формування таких уявлень, як – метаувага, зовнішня- і внутрішня увага, вносять більш глибоке розуміння в сутність і засоби управління нею.
3. Визначена залежність уваги від циркадних ритмів і впливу світла.
4. Дослідження сезонних впливів на стан уваги і когнітивних функцій мозку показали їх достовірну залежність від пор року.
5. Увага відіграє визначну роль у психічній діяльності людини – відборі змісту свідомого досвіду, запам'ятовуванні, навчанні та трансформації отриманих знань. В здатності довільно спрямовувати й зосереджувати увагу виявляється активність людини, адаптивні здібності, стресостійкість і ефективність буття взагалі.

### *Література*

1. Степанов В. Ю. Структурные единицы внимания в условиях быстрой смены зрительных стимулов: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / В.Ю. Степанов // МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 2011. – 225 с.
2. Уоллес А. Революция внимания / А.Уоллес // М.: Лабиринт, 2015. – 352 с.
3. Chun M.M., Golomb, J.D. & Turk-Browne, N.B. A taxonomy of external and internal attention. / M.M. Chun, J.D. Golomb & N.B. Turk-Browne // Rev. Psychol, 62. – 2011. – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19575619?dopt=Abstract&holding=npq>
4. Hameroff S., Penrose R.. Consciousness in the universe: A review of the 'Orch OR' theory / S. Hameroff, R. Penrose // Physics of Life Reviews. – Volume 11, Issue 1. – March, 2014. – P. 39-78. – <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1571064513001188>
5. Hameroff S., Penrose R.. Reply to criticism of the «Orch OR qubit» – «Orchestrated objective reduction» is scientifically justified» / S. Hameroff, R. Penrose // Physics of Life Reviews. – 11, 2014. – P. 104-112. – <http://www.quantumconsciousness.org/sites/default/files/Hameroff,%20Penrose%20-%20Reply%20to%20criticism%20of%20the%20Orch%20OR%20qubit.pdf>
6. Meyer C., Muto V., Jaspas M. Seasonality in human cognitive brain responses / C. Meyer, V. Muto, M. Jaspas. // The Rockefeller University, New York. – 8 January, 2016. – <http://www.pnas.org/content/early/2016/02/04/1518129113>



7. Radin A. Mind Wandering and Meta-Attention / A. Radin // Spring, 2013 – [https:// mindwanderingasr2146.wordpress.com/2013/02/20/mind-wandering-and-meta-attention](https://mindwanderingasr2146.wordpress.com/2013/02/20/mind-wandering-and-meta-attention)
8. Rahman S.A., Flynn-Evans E.E., Aeschbach D., Brainard G.C.. Diurnal spectral sensitivity of the acute alerting effects of light. / S.A. Rahman, E.E. Flynn-Evans, D. Aeschbach, G.C. Brainard // Volume 37, ISSUE 02. – SLEEP, 2014. – <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=29311>

## **ГАРМОНІЗАЦІЯ СМИСЛОВОЇ СФЕРИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ДІАЛЕКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ**

***О. Д. Сафін,**  
доктор психологічних наук, професор,  
Уманський державний педагогічний університет  
імені Павла Тичини*

Коли комбатант зустрічається із психологом, він вже має ідею, яка пояснює виникнення своєї проблеми і часто таке розуміння її є помилковим. Це відбувається через емоційну прив'язку до проблеми, яка не дає можливість подивитись на проблему, в якій він перебуває, відсторонено [1]. У такому випадку діалектичне осмислення проблеми психологом виявляється доречним, оскільки ідея проблеми буде відкритою для критики і, таким чином, «створить» власну антитезу, що надасть можливість побачити проблему з іншого боку [2].

Постановка проблеми. Найважливішою характеристикою у діалектичній поведінковій терапії є примирення протилежностей в процесі безперервного синтезу. Основний її аспект – необхідність приймати клієнтів такими, якими вони є, у той же час намагаючись навчити їх змінюватися. Так само, діалектична поведінкова терапія передбачає необхідність діалектичного мислення із боку психолога, а також роботу над змінами свого недіалектичного, дихотомічного, негнучкого мислення із боку комбатанта [3]. М.Лайнен виокремлює основні чотири терапевтичні стратегії діалектичної поведінкової терапії, серед яких діалектичні стратегії є фундаментом усієї терапії і надають їй діалектичну

сутність. Вони роблять акцент на творчому напруженні, що виникає між несумісними емоціями, а також протилежними паттернами мислення, цінностями і поведінковими стратегіями як всередині індивіда, так і у системі «індивід – оточення» [4]. Вона зазначає, що основна діалектика терапії полягає у тому, що зміна відбувається у контексті прийняття реальності у тому вигляді, в якому вона існує і знайденими у ній конструктивними смислами. Стратегічні реакції терапевта спрямовано на оптимізацію діалектичної напруженості, яка виникає у контексті терапевтичної взаємодії, а також актуалізацію кожного полюса діалектичної протилежності, який виникає як при терапевтичній взаємодії, так і у повсякденному житті. Саме це стимулює зміни. Мета такої діяльності терапевта - сприяти подальшому діалектичному примиренню і вирішенню проблеми на усе більш високих рівнях функціональності та ефективності.

Результати дослідження. В процесі консультування психолог навчає комбатанта діалектичним поведінковим паттернам і моделює їх, опитує його із метою відкриття нових можливостей поведінки; пропонує альтернативні способи мислення і поведінки. Комбатанту дають зрозуміти, що істина є ні абсолютною, ні відносною – швидше за усе вона розвивається і конструюється із плином часу. Таким чином, неможливо у певний момент часу усвідомити істину в усій її повноті. Психолог навчає комбатанта тому, що, не можна при'язуватися до жодного із діалектичних полюсів. Зміна і розвиток є неминучими, тому неможливо весь час зберігати жорстку позицію [5]. Пошук та віднайдення сенсу відбувається через протиставлення будь-якого предмета і будь-якого ствердження протилежному або альтернативному предмету або ствердженню. Основна ідея, яку при цьому повинен засвоїти комбатант, полягає у тому, що кожному твердженню щодо будь-якого предмета може відповідати твердження, зворотне йому. Терапевт допомагає віднайти синтез протилежностей, а не займатися перевіркою істинності кожної зі сторін. Також він пропонує перейти від моделі «або – або» до моделі «і, і». Таким чином, багато тверджень повинні супроводжуватися протилежними, терапевт повинен моделювати неоднозначність і непослідовність, яка присутня у цих твердженнях. Головне – не знецінювати першу ідею, стверджуючи протилежну або альтернативну їй. Тут потрібна позиція «Так. Але крім того... », а не « Так. Але ні, це було неправильно... » [6, с. 84]. У свою чергу В.Завьялов розробив метод психотерапії і психологічного консультування, центральною частиною якого є аналіз

існуючих суперечностей у дії розуму, який після назвав діаналізом (ді – діалектичний аналіз, ді – аналіз удвох) [7, с. 6]. Застосування діалектичних стратегій уможлиблює швидке виявлення суперечностей та віднайдення ідей для їхнього «примирення» у синтезі, а також встановлення нових смислових зв'язків минулих подій із подіями теперішнього та майбутнього [8]. У діаналізі у центрі уваги перебуває не теорія особистості, а теорія допомоги. Основним психотехнічним прийомом тут є синтез протилежностей, виявлення яких допомагає ідентифікувати сутність життєвих труднощів клієнта, який є носієм власних проблем та експертом власного життя [9, с. 63-67]. Процес надання допомоги здійснюється не на основі готових знань, а видобуванням їх разом зі своїм клієнтом, тобто не за рахунок готових рецептів, особистісного впливу, вторгнення, а в процесі пізнання удвох. Головною темою діаналізу, відправною точкою аналізу будь-якої теми, є «помилка» у мисленні, яка є причиною «проблеми», а проблема є причиною розладів комбатанта. Завдання діаналізу – розібратися у типі розладу, виявити проблему, яка є поза розладом, а за проблемою виявити її сутність – помилку у мисленні [10, с. 8]. Діаналіз допомагає розпізнати помилки, виявити основні суперечності і конфліктуючі мотиви, «антиномії», «розколи свідомості» і знайти шляхи примирення та об'єднання суперечностей. У цій своїй головній спрямованості діаналіз ... спрямований на пошук істини [11]. У діаналізі особистість визначається як смислова єдність людини, синтез суб'єктивності та об'єктивності. Це – погляд на особистість із точки зору персоналізму. Із точки зору діаналізу у своїй сутності особистість є таємницею, яку не можна розкрити до кінця, яку не можна вивчати науковими методами. Існують об'єкти зовнішнього світу і «ментальні об'єкти». Самі по собі об'єкти і відношення до них не є «особистість» [7, с. 15]. Головною метою діаналізу є посилення особистості за допомогою віднайдення сенсу, або персонального міфу [12, с.320]. Діаналіз пропонує допомогу у формі розкриття і розширення сенсу діяльності людини через розуміння символів, в яких і через які проявляється її особистість [13, с. 102]. У людині усе можна брати як символ – поведінку, скарги, симптоми, розповіді, сновидіння, образи, метафори, слова, жести, інтонації та інше [14, с. 263]. Із цією метою у діаналізі використовується теоретична конструкція із історично сформованих вчень про Особистість (персоналізм), Реальність (онтологія) і Символ (символогія або «абсолютна діалектика». Із виявленого особистісного сенсу симптому виводиться і сама «терапевтична ідея», яка є синтезом протилежностей, з яких

складається проблема. Головне показання до застосування діаналізу – відносний або абсолютний дефіцит сенсу у персональному, індивідуальному та соціальному житті, того, хто звернувся за допомогою [13, с. 113]. Головне, що робить психотерапевт – це шукає сенс у тому, що відбувається в особистому житті комбатанта, як цей сенс пов'язаний із сенсом життя близьких йому людей, як цей сенс, у свою чергу, інтегрується у сенс з усіма людьми [14, с. 409].

Висновки. Таким чином, діалектичні стратегії психологічного впливу є ключовими засобами гармонізації смислової сфери особистості комбатанта. Застосування цих інструментів до вирішення труднощів із будь-якого проблемного поля гарантує розуміння сутності проблемної ситуації, бачення логіки її розвитку і можливостей вибору варіантів цього розвитку, можливість бути «господарем ситуації».

### *Література*

1. Сафін О.Д. Особливості дезадаптаційного впливу бойових дій на мотиваційно-смилову сферу особистості її учасника. *Правничий вісник Університету «КРОК»*. 2014. Вип. 19. С. 105–111.
2. Карачинський О.А. Трансформація смислових структур особистості комбатантів у реабілітаційний період: дис. канд. психол. н. К. : Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського, 2019. 227 с.
3. Лайнен М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности. М., 2016, 336 с.
4. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. М., 2007. 592 с.
5. Linehan M. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002, 67(1) P. 13–26.
6. Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York, 1993. 180 p.
7. Завьялов В. Ю. Что такое дианализ? Методические рекомендации. Новосибирск, 2005. 52 с.
8. Щербина Л.Ф. Діаналіз: логіка у психотерапії. *Наукові записки Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. 2005. Вип. 26. Т.4. С.342–348.

9. Завьялов В.Ю. Элементарный учебник дианализа. Кировоград, 2003. 480 с.
10. Щербина Л.Ф. Діаналіз: психотерапія як «розумне заняття». *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. №12. С. 8-12.
11. Завьялов В.Ю. У смерті твої очі: дианаліз страхів. Новосибірськ, 2004. 280 с.
12. Щербина Л.Ф. Методологія психологічної допомоги. *Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. 2007. Т. ІХ. Ч.7. С. 317–329.
13. Завьялов В. Ю. Смысл нерукотворный: Методология дианалитической терапии и консультирования. Новосибирск, 2007. 286 с.
14. Лосев А. Ф. Диалектика мифа / За ред. А.А. Тахо-Годи, В.П.Троицкого. Москва, 2001. 558 с.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК З ОНКОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБАМИ**

***І. В. Сергет,***

*аспірант кафедри загальної та соціальної психології  
Херсонський державний університет*

В статті розглядаються аспекти соціальної адаптації хворих жінок з підтвердженим онкологічним діагнозом, соціально-психологічні особливості осіб цих хворих. Актуальність дослідження обґрунтовує положення про те, що є психологічні аспекти соціальної адаптації жінок хворих на онкологію, які впливають на ставлення до лікування, на трансформацію власного «Я», на якість життя після лікування. Рак для хворої людини – це одна з найскладніших, незрозумілих, таємничих і невизначених хвороб [3]. Хвороба змінює навколишній і внутрішній світ онкологічної пацієнтки, руйнуючи її картину світу. Простір хвороби це частина життя людини, хворої на онкологію, яка впливає на перебіг її життя в інших сферах і нерідко визначає якість життя і навіть кількість прожитих років [1]. Онкологічне захворювання несе в собі вітальну загрозу. Несподіванка і незрозумілість виникнення і перебігу хвороби

сприяють сприйняттю її хворою людиною як фатальної події її життя, її існування. При захворюванні актуалізуються екзистенціальні потреби (розуміння, що життя має кінець, самотності, сенсу життя), які здоровими людьми часто не усвідомлюються, і в звичайному житті, до хвороби, їм нерідко не приділяється увага [2]. Вони проявляються у вигляді душевного болю, який важко описати словами.

Екзистенційна самотність переплітається з соціальною ізоляцією: оточуючі люди часто не знають, як себе вести, хоча і мають готовність надати допомогу. При цьому сама хвора людина часом не хоче прийняти запропоновану їй допомогу, оскільки знаходиться в стані заглибленості в свої переживання. Надсильні і болісні переживання руйнують уявлення про безпечне існування і є психологічною травмою, яка може тривати довгі роки і носити руйнівний характер для психіки і здоров'я людини [1].

Емпіричними методами дослідження були обрані «Методика вивчення особистісної ідентичності» та «Методика вивчення професійної ідентичності» Л.Б. Шнейдер, опитувальник «Шкала самотності» Д. Рассела, Л. Пепло, М. Фергюсона. Статистичні методи дослідження: методи математичної статистики, порівняльний аналіз, коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. У дослідженні взяли участь дві групи жінок. Загальний обсяг вибірки склав 40 осіб. У першу групу увійшли жінки, які працюють в «Херсонському обласному онкологічному диспансері», в другу увійшли пацієнтки гінекологічного та радіологічного відділення онкологічного диспансеру м. Херсону, які знаходяться на стаціонарному та амбулаторному лікуванні з тривалістю хвороби до 6-ти місяців з гінекологічною сферою ураження. У досліджених було проведено оперативне лікування. Жодна з досліджуваних не була в термінальному стані і з медичної точки зору хвороба мала позитивний прогноз.

Значущим у нашому дослідженні є те, що психологічні аспекти соціальної адаптації жінок хворих на онкологію проявляються вже на початкових термінах захворювання, крізь зміну міжособистісних відносин та прийняття соціальної ролі хворої, що може привести до зниження значення життя, звуження часової перспективи, переоцінці життєвих цінностей та зміні життєвої стратегії в цілому. Аналізуючи отримані результати, необхідно підкреслити, що жінки в ситуації онкологічного захворювання, які прийняли участь у нашому дослідженні, тільки нещодавно дізналися про своє захворювання. Тривалість захворювання з часу діагностики не перевищувала 6-ти місяців. Це дає нам змогу стверджувати, що в нашій групі досліджуваних процеси адаптації до нової

соціальної ситуації тільки починаються. Особистість на початковому етапі онкологічного захворювання знаходиться в ситуації найбільшої фрустрації, що у подальшому може перейти в більш продуктивний досвід ситуації, пов'язаний з розробкою нових поведінкових стратегій. У теперішньому становищі ці тенденції є показником концентрації людей, хворих на онкологію, на даний момент, і бажання компенсувати його негативний колорит за допомогою посилення на ресурсні складові їхнього життєвого досвіду. Хворі свідомо знижують кількість соціальних зв'язків, оскільки вважають, що, у першу чергу, їх будуть розглядати з позиції їх хвороби і високої ймовірності летального результату. З іншого боку, хвороба змінює відношення до хворого з боку суспільства, людина стикається з боязким, а іноді негативним ставленням на онкологічно хворих, з цілою плеядою міфів, пов'язаних з «інфекційністю» та смертністю онкопатології. Це призводить до навернення людини до аналізу свого внутрішнього світу, який тягне за собою психологічні зміни соціальної адаптації хворих на онкологію жінок, завдяки динаміці семантичного змісту життєвої стратегії.

За результатами нашого дослідження встановлено, що у жінок під час онкологічного захворювання порушується як біологічний аспект існування, так і соціальний контекст, в якому розгортається життя хворої людини. Порівнюючи ситуацію онкологічного захворювання з ситуацією норми, ми побачили, що хворі онкологічною хворобою оцінюють свій теперішній етап життя як негативний. Жінки, що опинилися в ситуації онкозахворювання, відчувають не тільки фізичні страждання, пов'язані з процесами терапії, соціальний дискомфорт, пов'язаний з порушенням соціальних відношень (сімейних, праці, суспільних), але і опиняються під впливом внутрішнього психологічного тиску. Наявність показників «дифузної ідентичності» за тестом «Вивчення особистої ідентичності» (20%) та «Вивчення професійної ідентичності» (15%) дає нам змогу побачити, що відбувається зменшення потреби в самореалізації, особистому зростанні та розвитку, що здаються незначними з погляду життєво важливої потреби.

Важливим є, що 45% досліджуваних жінок, з онкологічною патологією, мають середній та високий рівні самотності, що пов'язане з формуванням уявлення про онкологічне захворювання як кінцеву точку існування. Формується негативний погляд на майбутнє, яке сприймається з відсутністю сенсу. Разом з тим теперішнє розглядається як фаталістичне, що пояснюється впливом на свідомість хворої жінки соціальних міфів та

стереотипів про захворювання на рак, як невиліковну і смертельну хворобу, що формує у людини картину безнадії власного існування.

Отримані нами значення за шкалами тесту 16-PF Кеттела між хворими на онкологію жінками та здоровими жінками дозволяють нам виявити, що пацієнткам з злоякісними пухлинами властиве гіпертрофоване почуття провини, самодокір, депресія, підозрілість по відношенню до нових людей.

Отже, ми можемо підсумувати, що у хворих на онкологію жінок відбувається переосмислення особистого життя, що є етапом придбання нової ідентичності. Вже на початкових термінах захворювання починають простежуватися зміни в міжособистісних відношеннях та прийняття ролі хворої, що зменшує розуміння життя, дає негативний колір життєвій ситуації, звужує часові перспективи, змінює життєву стратегію в цілому. Зміна семантичних структур ідентичності проявляється в порушенні змісту майбутніх життєвих цілей, зменшення можливості розбудови майбутніх перспектив та особистого росту. У ситуації онкологічного захворювання відбувається порушення довжини часу та наступності подій життя, формується життєва перспектива з «фаталістичною» установкою в даний час.

### *Література*

1. Русина, Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях. *Мир психологии*. 2002. №6. С. 215-260.
2. Федоренко, З. П., Гулак Л. О., Михайлович Ю. Й. Рак в Україні. 2014-2015 [Електронний ресурс] / ред. О. О. Колеснік. К. : Національний ін-т раку, 2016. Режим доступу: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_17/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm)
3. Юркова, Г. А., Романова О. В. Психологические особенности смысловой сферы онкологических больных. *Будущее клинической психологии*. Пермь, 2008. С. 89-94.
4. Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, P. N. Butow (Eds.). Oxford University press, 2015. 772 p. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001



## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

**Ж. В. Сидоренко,**

*кандидат психологічних наук, доцент*

Останнім часом в Україні відбулося чимало стресогенних та травмуючих подій, що негативно вплинули на стан психічного та психологічного здоров'я населення. Сучасна людина стикається з широким спектром викликів, що потребує значних особистісних ресурсів, високої життєстійкості та здатності опановувати негативні емоційні стани.

Протягом останніх років в психології активно досліджуються адаптаційні можливості особистості, її особистісні ресурси, життєздатність, психологічна резилентність (В. Бодров, Л. Китаєв-Смик, С. Мадді, Д. Леонтьєв, О. Разказова, Т. Титаренко, Т. Ларіна). Водночас, науковці виявляють підвищений інтерес до такої інтегративної властивості особистості як життєстійкість (С. Мадді і Д. Кошаба, Д. О. Леонтьєв, О. І. Рассказова, Т. О. Ларіна, С. Л. Кравчук).

З іншого боку, зростає зацікавленість науковців проблемою співвідношення емоцій і розуму, їх взаємодії і взаємовпливу, досліджується феномен емоційного інтелекту (ЕІ). Зарубіжні вчені, зокрема, П. Саловей і Дж. Майер емоційний інтелект розглядають як важливу складову життєдіяльності людини і визначають його як здатність людини сприймати, виражати і розуміти емоції та керувати ними [2].

Завдання – виявити особливості прояву життєстійкості та емоційного інтелекту в осіб юнацького віку та встановити структуру взаємозв'язку між життєстійкістю та ЕІ.

На наш погляд, це дасть змогу оптимізувати процес розвитку емоційного інтелекту, життєстійкості та покращити психологічне здоров'я юнаків та дівчат.

Поняття життєстійкості було запропоновано С. Кобейса, розроблено в контексті екзистенційного підходу С. Мадді (англ. «hardiness») і вивчається на перетині теоретичних поглядів екзистенціальної психології та прикладної області психології стресу [4, с. 3]. Життєстійкість, за визначенням С. Мадді, – це фундаментальна особистісна характеристика, що лежить в основі здатності особистості долати несприятливі обставини життя [6]. ґрунтується на трьох настановах, які визначають взаємодію людини зі світом, це включеність, контроль та виклик [6, с. 90] .

Так, *включеність* трактується як «упевненість в тому, що включення у все, що відбувається дає максимальний шанс знайти дещо цінне та цікаве для особистості» [6, с. 90]. *Контроль* – це переконання в тому, що боротьба дозволяє людині вплинути на результат того, що відбувається, навіть коли цей вплив не є абсолютним і успіх зовсім не гарантовано [6, с.91–93].

*Прийняття ризику* – це переконання людини в тому, що все що з нею відбувається, слугує її розвитку. Прийняття ризику дозволяє людині вчитися на власному житті, власному досвіді, а не очікувати на легке безтурботне життя [6].

Розглянемо поняття емоційного інтелекту (ЕІ). Згідно Д. Гоулмену ЕІ – це «здатність людини розуміти власні емоції і емоції оточуючих щоб використати отриману інформацію для реалізації своїх цілей» [3, с. 112].

І. Н. Андреева визначає емоційний інтелект» як групу ментальних здібностей, що беруть участь в усвідомленні та розумінні власної емоційної сфери та емоційної сфери оточуючих. Емоційний інтелект є показником соціальної адаптації людини [1, с. 35].

Для вивчення взаємозв'язку життєстійкості та емоційного інтелекту в осіб юнацького віку були використані «Методика вимірювання життєстійкості» С. Мадді, адаптована О. І. Расказовою та Д. О. Леонтьєвим [5] та «Методика оцінки емоційного інтелекту» Н. Холла.

Теоретико-методологічну основу нашого дослідження становили концепція життєстійкості С. Мадді, розробки з питань життєстійкості Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіної, наукові положення вітчизняних та зарубіжних спеціалістів щодо проблеми сутності емоційного інтелекту (І. Н. Андреева, Д. Гоулман, Н. Холл, Дж. Мейер, П. Селовей). У дослідженні брали участь 60 студентів 1-х, 2-х курсів Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського.

Результати, отримані за методикою «Тест життєстійкості» вказують на те, що більшість досліджуваних демонструють середній рівень за субшкалою «Включеність» (60 %). Водночас, у 24% досліджуваних низький рівень за даною шкалою, що вказує на певне відчуження цих осіб в ставленні до світу, недостатню віру у власні сили. Високий рівень включеності мають лише 16%.

За субшкалою «Контроль» 27% респондентів виявляють низький рівень. Отже, цим юнакам та дівчатам бракує віри власну здатність впливати на наслідки подій, що відбуваються навколо них. Високі результати отримали 18 % опитаних. Можна стверджувати, що ці студенти

схильні приймати самостійні рішення та розв'язувати повсякденні завдання. Середні показники виявились у 55% опитаних.

За субшкалою «Прийняття ризику» посередні результати отримали 62%. Ці опитані готові отримувати новий досвід, хоча інколи їх зупиняє страх невдач. Натомість, 9% респондентів демонструють високі результати за субшкалою «Прийняття ризику», тобто відкритість новому досвіду, навіть якщо цей досвід виявиться негативним. Водночас, 29% досліджуваних мають низькі показники за субшкалою «Прийняття ризику». Це вказує на те, що їм важко рухатись вперед, робити життєвий вибір, оскільки вони блоковані страхом невдач та нездатні конструктивно ставитись до нового життєвого досвіду.

Дослідивши емоційний інтелект за методикою Н. Холла, ми отримали такі результати.

У більшості досліджуваних (45%) низький рівень емоційної обізнаності, тобто їм важко розуміти себе та свої емоції. 36 % мають середній рівень емоційної обізнаності, 19 юнаків та дівчат – високий. Опитувані з високим рівнем емоційної обізнаності здатні спостерігати зміну своїх переживань, розуміти джерело їх виникнення і проблеми, які їх спровокували.

Високий відсоток досліджуваних (81%) мають низький рівень здатності до управління своїми емоціями. Даний рівень характеризується тенденцією до зациклення на негативних емоціях. Набагато менше досліджуваних (19%) мають середній рівень управління своїми емоціями. Водночас, викликає стурбованість те, що відсутні студенти з високим рівнем керування емоціями.

У 53% опитаних середній рівень за шкалою «Самотивації», тобто в більшості випадків вони здатні розуміти мотиви власної поведінки в різних ситуаціях та бачити мотиви інших людей. У 47% досліджуваних низький рівень самотивації. Цим студентам важко діяти відповідно до запитів життя. Жоден досліджуваний не має високого рівня самотивації.

За шкалою «Емпатія» 61 % діагностованих має середній рівень. У 23% досліджуваних високий рівень, що характеризує їх як здатних до розуміння, співчуття та альтруїзму. Найменший відсоток досліджуваних (18%) мають низький рівень емпатії. Їх можна характеризувати як байдужих до переживань і думок інших.

За шкалою «Здатність розпізнавати емоції інших» 59% опитаних студентів має середній рівень показників. Натомість, у 26% – низький рівень. Дані досліджувані не здатні розуміти почуття і наміри інших

людей. Висока здатність до розпізнавання емоцій інших людей виражена у 15% досліджуваних. Вони можуть оцінити міру зацікавленості інших в процесі спілкування та надихнути їх власними ідеями.

Для виявлення зв'язку життєстійкості та емоційного інтелекту був використаний непараметричний критерій  $\chi^2$  Пірсона та скористались статистичною програмою SPSS 17.

За результатами дослідження було встановлено, що існує зв'язок між життєстійкістю та емоційною обізнаністю:  $\chi^2=6,400^a$ ;  $p=0,041$ ; між життєстійкістю та самомотивацією  $\chi^2=6,700^a$ ;  $p=0,039$ ; між життєстійкістю та керуванням емоціями  $\chi^2=5,700^a$ ;  $p=0,045$  між включеністю та емпатією  $\chi^2=6,100^a$ ;  $p=0,043$ ; між керуванням емоціями та ризиком:  $\chi^2=5,900^a$ ;  $p=0,046$ .

Отже, в результаті дослідження було встановлено, що в опитаних переважають середні показники з життєстійкості та емоційного інтелекту. Проте, значна частина досліджуваних юнаків та дівчат демонструє низьку схильність до включеності, контролю, ризику, тобто має труднощі в протистоянні життєвим негараздам та в набутті нового досвіду. Водночас, викликає стурбованість те, що більшості опитаним притаманний низький рівень здатності до управління своїми емоціями: значна частина діагностованих не здатна до самомотивації та має низький рівень емоційної обізнаності, що може створювати труднощі у взаємодії з оточенням. Виявлений зв'язок між життєстійкістю та такими складовими ЕІ як емоційною обізнаністю, самомотивацією, керуванням емоціями. Підтверджено зв'язок між включеністю та емпатією, між керуванням емоціями та схильністю до ризику. Виявлені особливості можуть бути враховані при розробці психокорекційної програми, спрямованої на гармонізацію стану психологічного здоров'я студентів.

### *Література*

1. Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект: исследование феномена / Вопросы психологии. 2006. № 3., С. 78–86.
2. Бреслав Г.М. Психология эмоций М., Смысл; «Академия», 2004. 544 с.
3. Гоулман Д., Бояцис Р., Макки Э. Эмоциональное лидерство: Искусство управления людьми. М., 1989. 403с.
4. Ларіна Т. О. Життєстійкість як життєве завдання особистості / Актуальні проблеми психології. Т. 2. Психологічна герменевтика [За ред. Н. В. Чепелевої] К., 2007. Вип. 5. С. 131–137.

5. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М. Смысл, 2006. 63 с.
6. Островская Л. Д. Смыслообразование в процессе принятия решений Сальваторе Р. Мадди / Психологический журнал. № 6. 2005. С. 90-97.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ВІКОВИМ КРИТЕРІЄМ**

*Ю. О. Тентюк,  
аспірант,*

*Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова*

Під впливом надмірних навантажень у фахівця можуть розвиватися психофізіологічні порушення і нервово-психічні розлади, при цьому міра функціональних і патологічних змін детермінована стійкістю до стресу. Стресостійкість є властивістю особистості, що сприяє підтримці функціональних резервів, збереженню ментального здоров'я, як сприяють продуктивності професійної діяльності.

Ефективність професійної діяльності людини на 65% обумовлена функціональним станом організму [1]. Сучасні дослідження вказують на комплексний характер стресостійкості [2; 3 та ін.]. Від успішного вирішення питань розвитку стресостійкості залежить ефективність професійної діяльності фахівців соціономічних професій, у тому числі і соціальних працівників, здатних підтримувати високу опірність негативним діям, доцільність поведінки, зберігаючи психофізичне благополуччя, здійснюючи пошук шляхів забезпечення успішного функціонування та підвищення безпеки своєї праці.

Для визначення рівня стійкості до стресу соціальних працівників у період ранньої дорослості було використано Тест самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Вілліансона та Тест на визначення стресостійкості особистості В. А. Семіченко [4].

*Специфіка становлення стресостійкості у соціальних працівників у період середньої дорослості (від 20-ка до 39-ти років).* Не зважаючи на незначну різницю між кількістю обстежуваних із різним рівнем стійкості до стресу за обома методиками (максимальне відхилення 5%), зберігається певна єдина тенденція. Низький рівень стійкості до стресу притаманний

1,67% обстежуваних, середній рівень – 61,67%, а високий – 36,67%. Низький рівень стресостійкості пов'язаний із нерозвинутою здатністю контролювати та свідомо впливати на власний емоційний стан у різноманітних стресових ситуаціях, що можуть виникати під час виконання професійних завдань, суттєво знижуючи працездатність соціального працівника, що, у гіршому випадку, може призвести до дезінтеграції особистості.

Високий рівень стресостійкості притаманний більш ніж третині соціальних працівників, які відрізняються емоційною врівноваженістю, швидким темпом поновлення втрачених ресурсів стресостійкості, стабільною адаптивністю до різноманітних стресових ситуацій у професійній діяльності, як наслідок – високою працездатністю та відсутністю психосоматичних розладів, пов'язаних зі стресом. Це означає, що такі працівники успішно реалізують себе у соціальній сфері, вміють безконфліктно спілкуватись із клієнтами, колегами та керівництвом, що забезпечує високу ефективність їхньої професійної діяльності загалом. Переважна більшість соціальних працівників раннього дорослого віку не вважають, що їх недооцінюють у колективі. Також більше половини обстежуваних вказали, що рідко бувають налаштовані агресивно та опиняються у конфліктних ситуаціях, що позитивно впливає не лише на взаємовідносини із колегами, а і на рівень їхньої стресостійкості. Тобто, можна зробити висновок, що у більшості працівників соціальної сфери віком від 20-ти до 39-ти років спілкування із клієнтами, колегами та керівництвом не викликає систематичного стресу та суттєво не знижує їхньої рівень стійкості до нього.

За одержаними результатами можна відстежити певну негативну тенденцію, про що вказує той факт, що майже половина обстежуваних часто працює навіть тоді, коли погано себе почуває та багатьом не вистачає часу для повноцінного відпочинку. Хоча у віці до 40 років багато працівників характеризуються задовільним станом фізичного здоров'я (дві треті рідко страждають від безсоння), систематичне порушення оптимального режиму праці/відпочинку із часом може не лише знизити рівень стресостійкості, а і викликати різноманітні психосоматичні та хронічні захворювання.

Більше половини обстежуваних вказали, що їх часто вважають наполегливими робітниками та виявили впевненість у тому, що зможуть дати відсіч опонентам та проявити лідерські якості у випадку необхідності. Також лише 13,33% молодих соціальних працівників регулярно

відчувають, що їм не вистачає влади для самореалізації. Такі результати вказують на високий рівень оптимізму більшості фахівців соціальної сфери віком від 20-ти до 39-ти років щодо власних можливостей впоратися із труднощами та проявити необхідні для цього особистісні якості, що, у свою чергу, позитивно впливає на рівень їхньої стресостійкості. Хоча більшість соціальних працівників раннього дорослого віку зазначили, що часто усе роблять у швидкому темпі, небагато хто із них переживає щодо власних дій, які були вчинені зопалу (обстежувані відчувають дефіцит часу для відпочинку та усвідомлюють наявність великого обсягу роботи).

*Специфіка становлення стресостійкості у соціальних працівників у період середньої дорослості (від 40-ка до 59-ти років.* Рівень стресостійкості переважної більшості працівників соціальної сфери у період середньої дорослості середній (86,67%), що на 25% вище, ніж у представників цієї професії молодшої вікової категорії. Також суттєвим є зменшення кількості досліджуваних з високим рівнем розвитку стійкості до стресу у порівнянні з молодшими колегами на 28,33%. Таким чином, можна зробити висновок, що спостерігається загальна несприятлива тенденція зниження рівня стресостійкості соціальних працівників з віком. Більш детальний аналіз показників частоти прояву різних стресогенних чинників у професійній діяльності допоможе знайти можливі причини такого суттєвого зниження рівня стійкості до стресу працівників соціальної сфери віком від 40-ка до 59-ти років. Переважна більшість соціальних працівників рідко або інколи відчувають, що їх недооцінюють у колективі (91,66%), не в змозі адекватно сприймати критику на свою адресу (91,66%), бувають роздратованими (95%) або налаштованими агресивно (96,67%), спричиняють конфліктні ситуації (95%) та діють зопалу і потім шкодують щодо своїх вчинків (86,66%). Такі результати вказують на вміння більшості досліджуваних у віці середньої дорослості будувати та підтримувати конструктивні відносини з клієнтами, колегами та керівництвом, що є сприятливим фактором стійкості до стресу.

У порівнянні з колегами віком від 20-ти до 39-ти років, то можна помітити, що з віком соціальні працівники рідше бувають налаштовані агресивно, що демонструє позитивні зміни щодо самоконтролю поведінки. Як і молодші колеги, соціальні працівники віком від 40-ка до 59-ти досить часто намагаються вчитись чи працювати, навіть у випадку поганого самопочуття (41,67%) та відчувають брак часу для відпочинку (40,0%). Така ситуація може призвести до розвитку хронічного стресу та погіршення фізичного стану загалом. Також слідкуючи за динамікою

популярності стресорів, то у порівнянні з молодшою групою досліджуваних, у працівників соціальної сфери періоду середньої дорослості значно зростає кількість скарг на безсоння, що є результатом переживання хронічного стресу, та на емоційне і хворобливе переживання щодо неприємностей, що негативно впливає на розвиток стресостійкості працівників.

Майже половина соціальних працівників вказали на те, що колеги вважають їх наполегливими робітниками (46,67%), вони відчують свою здатність дати відсіч ворогам (46,67%), їм рідко не вистачає влади для самореалізації (48,33%). Досліджувані у період середньої дорослості значно рідше, ніж їх колеги віком до 39-ти років, намагаються бути лідером у кожній можливій ситуації та дати відсіч суперникам, що можна трактувати, з одного боку, як більш адекватну оцінку своїх особистісних та професійних якостей, а з іншого, як бажання уникати відповідальності та зменшення особистої зацікавленості у результаті праці. Отримані результати загалом демонструють позитивну тенденцію щодо самооцінки себе як конкурентоспроможних спеціалістів.

Можна зробити висновок, що хоча переважній більшості соціальних працівників властивий середній рівень стійкості до стресу, що означає те, що у більшості стресогенних ситуацій у професійній діяльності вони можуть регулювати власні емоції та контролювати поведінку, що дасть можливість виконувати на належному рівні професійні задачі та підтримувати оптимальний рівень працездатності, була виявлена тенденція зниження загального рівня стресостійкості працівників соціальної сфери у період середньої дорослості у порівнянні з їх молодшими колегами. Досліджувані віком від 40-ка до 59-ти років значно рідше, ніж соціальні працівники молодшої вікової групи, бувають налаштовані агресивно, намагаються дати відсіч ворогам та бути лідером у всіх можливих ситуаціях, що можна трактувати як ознаки розвитку навичок самоконтролю та адекватної самооцінки. Також було виявлено зростання ознак переживання хронічного стресу, а саме значне збільшення кількості скарг на безсоння та емоційне і хворобливе переживання неприємностей, що може бути причинами зниження загального рівня стресостійкості соціальних працівників у період середньої дорослості.

Отже, найсуттєвішим чинником зниження рівня стійкості до стресу соціальних працівників раннього дорослого віку було визначено систематичне порушення оптимального режиму праці/відпочинку, для подолання якого необхідним є своєчасне навчання молодих спеціалістів,



що надають соціальні послуги населенню, навичкам планування ефективного режиму дня та регулярне слідування за станом власного здоров'я загалом.

### *Література*

1. Психология деятельности в экстремальных условиях: учебное пособие для студентов высших учебных заведений [В.Н. Непопалов, В.Ф. Сопов, А.В. Родионов и др.: под ред. А.Н. Блеера]. М.: Издательский центр «Академия». 2008. 256 с.
2. Дубчак Г.М. Психологія становлення професійної стресостійкості майбутніх фахівців соціономічних професій: дис. д-ра психол. н. К., 2018. 387 с.
3. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: Монографія. К.: Ніка-Центр, 2007. 432 с.
4. Семиченко В.А. Психические состояния. К.: «Магистр – S», 1998. 104 с.

## **КЕЙСИ СІМЕЙНОЇ СОЦІОГРАМИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ, ЩО МАЮТЬ ПРОБЛЕМИ З ІДЕНТИФІКАЦІЮ ТІЛЕСНОГО Я**

*Д. М. Туркова,  
кандидат психологічних наук,  
Харківський національний педагогічний  
університет імені Г. С. Сковороди*

Опікуючись проблемами організації психологічного супроводу при забезпеченні паліативної допомоги сім'ям із дітьми з невиліковним діагнозом [1-7] ми зосередили нашу увагу на гормонізації психологічного стану близького оточення безпосереднього пацієнта. У системі взаємовідносин сімей з хворим членом родини відбувається спотворення власної ідентичності, переважно страждає емоційна сфера проблематика якої соматизується й локалізується у порушенні зв'язку з тілесним Я особистості.

Щодо розуміння тілесного Я й загальної методології психосоматичного напрямку ми виходимо з авторських засад

Т. Б. Хомуленко [6]. З метою дослідження соціограми родин з дітьми із особливими потребами нами було використано методику «Сімейна соціограма» Е. Ейдемйлера [7, с. 49-58]. Випробовуваним дають бланк з намальованим колом діаметром 110 мм з наступною інструкцією: «На листі перед вами зображено коло. Намалюйте в нім самого себе і членів своєї сім'ї у формі кіл і підпишіть їх іменами». Через переважання серед родин із заявленою проблематикою неповних сімей, нашу увагу було зосереджено на соціограмах матерів.

У результаті проведеного дослідження нами було отримано якісні результати, що розкривають специфіку взаємин матері і дитини в родині, що кардинально різниться від проблем звичних нам дисфункціональних сімей.

Приклади отриманих соціограм та кейсів до них подаються на рис. 1-3.

За результатами діагностики з використанням методики «Сімейна соціограма» вдалося виявити сприймання ілюзорної родини. На аркуші зображено людей, що не проживають разом з піддослідною (рис.1).

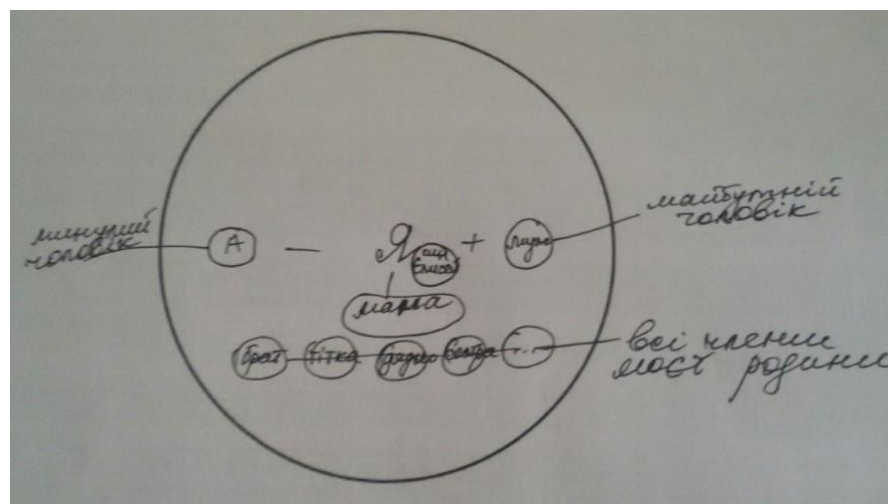


Рис.1. Сімейна соціограма клієнта 1

Фактична родина – це вона з дитиною. Цікавим є те, що всіх людей зображено кружками окрім себе! У центрі кола зображення себе та дитини, достатньо тісне, проте дитина обведена кружечком (як того вимагає інструкція), а позначка себе – ні. Варіантом ставлення може бути, що сприймання «родини» та родичів відбувається, проте немає відчуття спільності і що клієнт являється частиною цих відносин. Або, вона просто

не хоче бути частиною цих відносин. Клієнт виділяє себе на фоні інших, вона різниться від них, або хоче щоб було так. Не бути схожою!

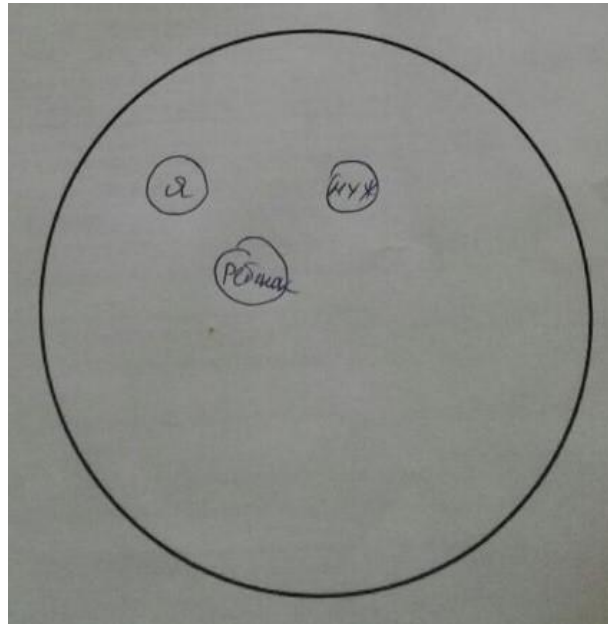


Рис.2. Сімейна соціограма клієнта 2

В якості порівняння нами було взято результати клієнтки, що мала повну нуклеарну родину із дитиною з особливими потребами. Так, за результатами діагностики (рис. 2.) можемо констатувати позитивне сприймання сімейної системи, адже всі реальні члени родини представлені й на графічному зображенні. Проте, відстань між намальованими колами говорить про дистанційованість у взаємостосунках в родині. Всі члени родини ніби поруч, але не разом. Найбільша дистанція виникає між чоловіком та дружиною. Фактично, спілкування подружньої пари виникає опосередковано через дитину. Можливо, теми виховання й догляду — це те що найбільше об'єднує пару, а то й єдине...

Всі об'єкти зміщено вгору аркуша, до середини тяжіє лише дитина. За стандартних умов це могла би бути класична схема зображення дитини всередині, як дітоцентрована родина.

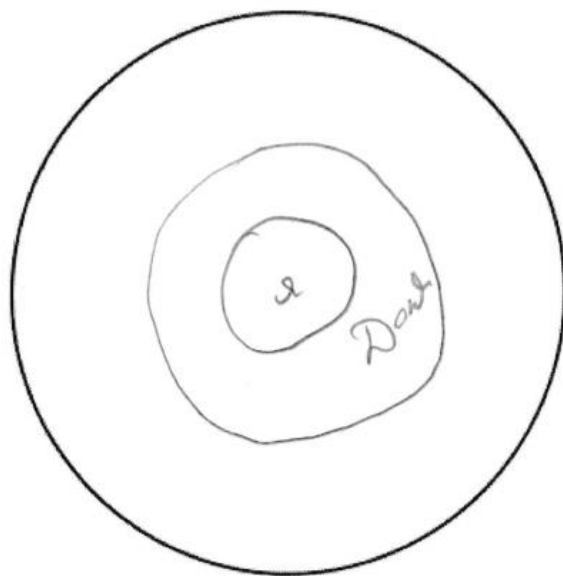


Рис.3. Сімейна соціограма клієнта 3

Як бачимо з рис. 3. є наявність «зліпання», тобто кола, що знаходяться один в одному. Це свідчить про недиференційованість «Я» у членів родини, наявність симбіотичних зав'язків. Такий результат умовно названий Ейдемільером «матрьошкою,» та зустрічається в 3% випадків тестування здорових та соціально адаптованих батьків. Цікавим є те, що подібну конфігурацію кругів Ейдемільер наводить у випадку намальованої сімейної соціограми мамою у якої дитина хвора на шизофренію. Коло дитини розташовано в центрі, а коло матері описує його зовні. У нашому випадку дитина хвора на ДЦП описує коло матері.

Описані кейси свідчать про наявність хворобливого вогнища взаємин матері й дитини. Через особливий статус дитини виникають «особливі» психологічні проблеми в таких родин: ілюзорне сприймання родинних взаємин (випадок клієнта 1), дистанційований контакт з чоловіком, опосередкований дитиною (випадок клієнта 2) й взаємини по типу «матрьошки» (випадок клієнта 3). У попередніх дослідженнях нами було вже встановлено проблеми пов'язані з тілесним Я матері [1; 2; 5]. Результати даного дослідження уможливають побудувати адекватний план корекційно-відновлювальної та розвивальної роботи з матерями. Саме у випадку родин із дітьми з особливими потребами проблеми тілесності є наслідком, а причини у дисгармонійних поведінкових патернах, що створюють «особливі» взаємини з особливою дитиною. Проте, як показує досвід роботи з такими родинами, особливих умов

догляду вимагає лише дисфункція дитини пов'язана із її діагнозом (хворобою), всі інші взаємини мають будуватися за класичними законами психології, а саме цього і не відбувається в родинях що розглядаються.

### *Література*

1. Туркова Д. М. Жіночність, привабливість та сексуальність у сприйманні образу жінки паліативними клієнтами. *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологія сексуальності та міждисциплінарні підходи до практики збереження сексуального здоров'я» (11 березня 2016 р., м. Кривий Ріг)* / за ред. З. М. Мірошник, Є. Л. Гергеля, М. С. Великодної. Кривий Ріг: КПІ ДВНЗ «КНУ», 2016. С.22.
2. Туркова Д. М. Рекреаційні засади відновлення тілесного Я матері паліативної дитини. *Актуальні проблеми рекреаційної психології та педагогіки дитинства: матеріали V Міжнар. Наук.-практ.конференції 14-15 вересня 2018*. Одеса: видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2018 С.121-124.
3. Туркова Д. М. Фахові можливості соціальних працівників у процесі розвитку психосоматичної компетентності паліативних клієнтів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Випуск 6. Том 2. Херсон, 2017. С.180–185.
4. Туркова Д. М. Фрустрація вікових потреб у підлітків з особливими потребами. *Proceedings of International scientific–practical conference «Actual questions and problems of development of social sciences»*. Kielce, 2016. June 28–30. С.143–145.
5. Туркова Д. М., Гончарова Т. Ю. Індивідуальні відмінності тілесного Я матері паліативної дитини. *Теорія і практика сучасної психології*, 2019, №1. Т.2. С.134-138.
6. Хомуленко Т. Б. Психотехнології саморегуляції тілесного. Харків: «Діса плюс», 2017. 44с.
7. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учеб. пос. для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 352с.

## **АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ ТА НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ РИЗИКОНЕБЕЗПЕЧНИХ ПРОФЕСІЙ**

***М. В. Фомич,***

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Черкаський інститут пожежної безпеки  
ім. Героїв Чорнобиля НУЦЗ України*

Війни і локальні збройні конфлікти, катастрофи й різноманітні небезпечні події, терористичні акти та протиправні дії несуть у собі не лише ускладнення процесів життєдіяльності цивільного населення, але й загрозу життю та здоров'ю працівників ризиконебезпечних професій, таких як: військовослужбовці, рятувальники, поліцейські, прикордонники та ін., чия діяльність належить до екстремальних і психологічно напружених видів.

Звертаючись до змісту діяльності працівників ризиконебезпечних професій, можна стверджувати, що вона пов'язана із раптовим виникненням різних небезпечних ситуацій, невизначеністю обстановки, надмірністю інформації або її нестачею, дефіцитом часу, високою відповідальністю за результати діяльності, тривалими труднощами і дискомфортом, значними фізичними навантаженнями.

Психологічний аналіз різних видів ризиконебезпечних професій показує, що ризиконебезпечна діяльність – суворо нормована, регламентована і контрольована діяльність особистості, яка проходить із певними моральними, соціальними, часовими, просторовими та іншими обмеженнями та має специфічні соціально-психологічні особливості, які значною мірою детермінують ускладнення психологічної структури суб'єкта такої діяльності висувають підвищені вимоги до стану його психічного здоров'я [1, 7].

Проведений огляд наукових праць [4-8] засвідчує, що психічне здоров'я працівників ризиконебезпечних професій є однією із центральних проблем у сучасній психології, і водночас має давні традиції вивчення. Однією з найперших згадок про бойову психічну травму, можна вважати розповідь давньогрецького історика Геродота про афінського воїна Епізелосе [3], який осліпнув від надмірних переживань після Марафонської битви (490 рік до н.е.).

Актуальні питання психічного здоров'я матросів в імперській армії Росії піднімав військово-морський лікар А. Бахерт, який за даними М.С. Корольчука, у книзі, що присвячена «збереженню здоров'я морських служителів» (1780), описав вимоги до психічного здоров'я матросів [4].

Вивчення проблем психічного здоров'я на початку ХХ століття безсумнівно пов'язано із Першою та Другою світовими війнами. Незважаючи на те, що психологічна (психіатрична) допомога у радянських військах розглядалася керуючою номенклатурою як рудимент, що зрештою негативно відбивалося на психічному здоров'ю солдат, яких госпіталізували з поля бою із єдиним медичним діагнозом «контузія», при тому що клінічна картина психічних порушень цілком відповідала сучасним діагностичним критеріям ПТСР [8]. Суттєвий внесок у розвиток проблеми психічного здоров'я зробили військові психологи Г. Є. Шумков, С. В. Гольман, Б. К. Осіпов, які нагромадили великий емпіричний матеріал та практичний досвід того часу.

Середина та кінець ХХ століття ознаменувалися низкою військових кампаній міжнародної коаліції. Наземна війна США у В'єтнамі (1965-1972), військові дії у Перській затоці (операції «Щит пустелі» і «Буря в пустелі», 1990-1991 рр.), військові операції в Іраку «Іракська свобода» (2003-2011) та Афганістані «Непохитна свобода» (2001-2014) збудили науковий інтерес зарубіжних дослідників до питання психічного здоров'я військових.

У американській літературі увага науковців сфокусувалась на проблемах діагностики та лікування бойового стресу, профілактики поведінкових розладів як основних чинників збереження психічного здоров'я військовослужбовців (А. Глас, Ф. Дел Джонс, А. В. Джонсон, К. Артис); повоєнної адаптації ветеранів (Н. Е. Зінберг, Б. Боман, В. Террі, Г. Шварц); способів підвищення психологічної стійкості воїнів в умовах бойових дій (П. Уотсон, Б. Літц, С. Саусвік, Е. К. Річі).

Британській дослідники занурились у питання відбору кадрів для командного складу військ (Д. Епплгейт), скринінгу психічного здоров'я особового складу британських збройних сил (Р. Рона, М. Фертут).

Канадській вчені зосередились на вивченні особливостей профілактики бойового та військово-професійного стресу (Г. С. Алі, Д. Булос).

Аналіз вітчизняної наукової літератури показує, що проблема дослідження психічного здоров'я працівників ризиконебезпечних галузей останніми роками не те, що набуває своєї актуальності – вона просто її не втрачає. Предметна сфера психічного здоров'я професіоналів

екстремального профілю відображена у низці наукових праць присвячених: психічній саморегуляції військовослужбовців-прикордонників (М. І. Королюк, 1992); формуванню емоційної стійкості спеціалістів пожежної охорони до дії стрес-факторів підвищеної інтенсивності (А. І. Черкашин, 1995); емоційній стійкості працівників органів внутрішніх справ (З. Р. Шайхлісламов, 1997); збереженню психічного здоров'я військовослужбовців (Є. М. Потапчук, 2004); негативним психічним станам та реакціям працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України в умовах надзвичайної ситуації (С. М. Миронець, 2007); регуляції психічної напруженості курсантів-льотчиків у період наземної підготовки до польотів (Д. П. Приходько, 2010); психологічним умовам розвитку мотивації збереження здоров'я у керівників органів внутрішніх справ (Д. М. Супрун, 2011); впливу умов соціальної ізоляції на психічне здоров'я курсантів прикордонних навчальних центрів (Т. В. Вербанова, 2012); соціально-психологічним чинникам збереження психологічного здоров'я працівників МНС (Н. О. Світлична, 2013); психологічній профілактиці професійного вигорання військовослужбовців Державної прикордонної служби України (О. М. Хайрулін, 2013); психологічним особливостям емоційної стійкості рятувальників (А. Б. Неурова, 2016).

З березня 2014 року проблема психічного здоров'я працівників ризиконебезпечних професій, набуває для українських вчених особливого сенсу і нового змісту, що звичайно пов'язано із незаконною анексією Криму та збройною агресією на Сході України. Попри численні спроби припинити вогонь, лінія фронту до нині залишається смертельно небезпечною. Українські захисники гинуть, а також отримують численні фізичні й психічні травми. На загрозливі військові виклики вітчизняне наукове співтовариство відповідає низкою наукових розвідок, поміж яких варто виділити розвідку З. Комара «Психологічна стійкість воїнів» (2017 р.); працю аторського колективу у складі Н. А. Агаєва, О. М. Кокуна, М. В. Герасименко, І. О. Пішко, Н. С. Лозінської «Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням» (2018 р.). Дисертаційне дослідження В. О. Тімченка «Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції (2019 р.) та ін.

Проведений нами аналіз психологічної практики та наукових досліджень проблеми психічного здоров'я працівників ризиконебезпечних



професій засвідчив актуальність та давність традицій вивчення порушеної проблеми. Засадовими мотивами щодо цього є нові військові конфлікти та великомасштабні надзвичайні ситуації, що супроводжуються не лише ускладнення процесів життєдіяльності цивільного населення, але й загрозою життю та здоров'ю працівників ризиконебезпечних професій, діяльність яких належить до екстремальних і психологічно напружених видів, а отже висуває особливі вимоги до їхнього психічного здоров'я. Проведена розвідка засвідчила, що предметна сфера психічного здоров'я професіоналів екстремального профілю відображена у широкому діапазоні наукових праць: від проблем професійного добору до психологічної реабілітації суб'єктів екстремальної діяльності. Незважаючи на численні дослідження проблеми психічного здоров'я працівників ризиконебезпечних професій, вона й досі не втратила своє практичної значущості та наукової актуальності. А існуючі наукові думки щодо психічного здоров'я окремих категорій екстремальних працівників, зокрема ДСНС України є недостатньо повними та науково-обґрунтованими і тому потребують подальшого вивчення.

### *Література*

1. Військова психологія та педагогіка : інноваційний підхід : підручник : у 2 ч. Ч. 1 / колектив авторів ; за заг. ред. С. Д. Максименка. – К. : НУОУ, 2012. – 472 с.
2. Вплив катастроф і війн на психічне здоров'я особистості та суспільства (досвід АТО) / О.В. Богомолець, І.С. Трінька, Ю.П. Романенко, А.В.Сергієнко та ін. // Військова медицина України, 2015. – Т.15. – С. 70-79.
3. Геродот. История в девяти книгах / перевод и примечания Г. А. Стратановского. – Л. : Изд-во «Наука», 1972. – 600 с.
4. Корольчук М. С. Теорія і практика професійного психологічного відбору: навч. посіб. / М. С Корольчук, В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2006. – 536 с.
5. Кохан В. Г. Діяльність військового керівника по збереженню психічного здоров'я військовослужбовців : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В. Г. Кохан. – Хмельницький, 2003. – 15 с.

6. Потапчук Є.М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: монографія / Є.М. Потапчук. – Хмельницький, 2004. – 322 с.
7. Світлична Н.О. Соціально-психологічні чинники збереження психологічного здоров'я працівників МНС: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата психол. наук : спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / Н.О. Світлична. – Харків, 2013. – 18 с.
8. Щербинин П.П. Особенности социальной защиты ветеранов военной службы в Российской империи в XVIII-начале XX в. [Электронный ресурс] / П.П. Щербинин // The Journal of Power Institutions in Post-Soviet Societies. – 2007. – №6-7. – Режим доступа: <http://pipss.revues.org/973> [http://mil.ru/files/morf/2015-12-11\\_MoD\\_board\\_extended\\_session\\_RUS](http://mil.ru/files/morf/2015-12-11_MoD_board_extended_session_RUS).

## **ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ФІТНЕС-ЙОГОЮ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СТУДЕНТОК СМГ**

***О. В. Хуртенко***

*кандидат психологічних наук, доцент*

*доцент кафедри ТМФВ*

*Вінницький державний педагогічний університет*

*імені Михайла Коцюбинського*

Аналізуючи стан фізичного виховання студентів, українські фахівці стверджують, що серед більшості з них зазвичай не сформована потреба піклуватися про власне здоров'я. Вони покладаються на діяльність лікувальних закладів і нехтують ефективними, економічно вигідними засобами оздоровлення – фізичними вправами.

Відомо, що використання різноманітних видів фізкультурної діяльності сприяє профілактиці захворювань, підвищенню тривалості життя, організації повноцінного дозвілля. Боротьба зі шкідливими звичками створює умови пізнання власних можливостей і забезпечує оптимальні обсяги рухової активності.

Проблема фізичного виховання студентів спеціальних медичних груп є доволі актуальною й вагомою під час навчання у вищому навчальному закладі [5].

Процес фізичного виховання ослаблених хворобою студентів дуже складний. Лише глибоко осмислюючи цей процес, можна ефективно й правильно використовувати ті можливості, які є в навчальних закладах для успішної роботи з такими студентами. У наш час особливо необхідне поновлення форм і методів цієї роботи.

Згідно наказу Міністерства освіти і науки України та положення про організацію фізичного виховання і масового спорту у вищих навчальних закладах фізичне виховання у студентів спеціальних медичних груп спеціалізований напрям процесу фізичного виховання людини з відхиленнями в стані здоров'я [3].

Метою фізичного виховання студентів СМГ – є зміцнення здоров'я, покращення фізичного стану. Основний зміст занять по фізичній культурі зі студентами спеціальної медичної групи спрямовано на забезпечення загальної фізичної підготовки, усунення функціональних відхилень і недоліків у фізичному розвитку, на ліквідацію відставання у розвитку рухової функції і виховання фізичних якостей, а також на формування професійно-прикладних навичок і умінь, необхідних для майбутньої професійної діяльності.

Ми погоджуємося з вітчизняними науковцями [1], що фізичне виховання студентів не повинне обмежуватися тільки учбовими заняттями за розкладом. Вони повинні включати позаурочні форми занять, які включають у себе різноманітні заняття фізичними вправами.

Аналізуючи науково-методичну літературу ми прийшли до висновку, що найбільш ефективними методами оздоровчої і колекційної роботи зі студентами СМГ є: оздоровча гімнастика з використанням спеціального м'яча (футболу), аеробіка, рухливі ігри, плавання, як системи прямого соматичного впливу і активізації опорно-рухового апарату, що призводить до поліпшення стану здоров'я студентів.

З нетрадиційних засобів фізичного виховання для студентської молоді в спеціальній медичній групі представляють особливий інтерес гімнастичні вправи фітнес-йоги - асани і дихальні вправи, виконання яких вимагає прояву сили, гнучкості, уваги і зосередженості [4]. Сучасна фітнес-йога об'єднує рух і стабільність, баланс і координацію, концентрацію і розслаблення, для формування тіла в більш сильне і

гнучке, яке легко пристосовується, здатне протистояти травмам і надмірній втомі.

Програма сучасної фітнес йоги спроектована визначати і не блокувати нефункціональні моменти і створювати більш функціональне тіло за допомогою спільної роботи всіх його частин. Програма вимагає роботи правої і лівої сторін тіла, рук і ніг, передньої і задньої частини, верхньої і нижньої його половини. Комплекс навантажень у фітнес-йозі побудований так, щоб задіяти всі групи м'язів. Для фітнес-йоги не потрібно спеціальних тренажерів, основна маса вправ являє собою потягування і розтягування і проходить в положеннях стоячи, сидячи або лежачи [2].

Однак, потрібно зауважити, що під час занять фітнес-йогою необхідно уникати різкого перепаду температур, прямого сонячного світла і протягів. Для занять потрібні неслизькі килимки, а також покривало, щоб під час розслаблення можна було вкритися, якщо холодно, щоб не відчувати дискомфорт. Одяг не повинен обмежувати рухів, вправи краще робити босоніж або в шкарпетках.

На підставі аналізу та узагальнення даних літератури ми розробили комплексну оздоровчу програму з фітнес-йоги для студенток СМГ, яка складалась з трьох частин.

Перша частина починається з глибоких, ритмічних вправ на дихання «пранаям», які дозволяють сконцентрувати своє тіло і мислення, наситити киснем кров, що необхідно для зняття стресу. Одним словом відбувається поліпшення настрою, а це і є мета «пранаям».

Друга частина це динамічна, активна розминка яка складається з силових і хореографічних вправ на роботу м'язів і розтяжку. У цей комплекс входять вишукані рухи, що дозволяють випрямити спину, навчати граціозно рухатися, відчути радість від спокійної музики і легкого танцю.

Заключна частина це статична частина. Вона складається з поз «асан». Це вправи в йозі на затримування пози в рівновазі. Вони допомагають активно працювати м'язам при навантаженнях і розтяжках, а на скручування або так звані «перевернуті пози» (коли становище таза знаходиться вище голови) допоможуть хребту збільшити гнучкість. Все це сприятливо діє на імунну, нервову і захисну систему організму.

Відзначимо, що послідовність позицій в фітнес-йозі не позбавлена логіки: асани часто пов'язані між собою, і кожне наступне навантаження спрямоване на компенсацію попереднього.

Для оцінки функціонального стану студенток СМГ ми використовували гіпоксичні проби, які дають оцінку стану дихальної системи і здатність внутрішнього середовища організму насичуватися киснем.

В пробі Штанге та пробі Генчи у дівчат, що займались по програмі фітнес-йоги приріст цих показників був досить значний (проба Штанге – 9,62%, проба Генчи – 15,55%).

Також в процесі дослідження ми зробили порівняльний аналіз показників функціонального стану учасниць експерименту на початку і в кінці програми тренувань.

Аналізуючи динаміку функціональних показників серцево-судинної системи, ми бачимо, що ці показники і на початку, і на кінець періоду дослідження знаходилися у проміжку норми. Але під кінець дослідження, за рахунок програми, показники покращилися. А це, в свою чергу, свідчить про її ефективність.

Оцінка функціонального стану серцево-судинної системи за допомогою проби Руф'є допомогла визначити динаміку змін: після впровадження програми з фітнес-йоги показники працездатності покращилися.

Отже, після впровадження вправ фітнес – йоги у фізкультурно-оздоровчий процес студенток СМГ, нами відзначено позитивний вплив вправ фітнес-йоги на загальне фізичне самопочуття, функціональний стан та фізичну підготовленість.

### *Література*

1. Биба Л. М. Самостійні заняття з фізичного виховання для студентів спеціальної медичної групи / Л. М. Биба, О. О. Бабанін. Ужгород: ЗакДУ, 2008. 59 с.
2. Скурихина Н. В. Фитнес-йога как эффективное средство влияния на состояние здоровья студентов специальных медицинских групп // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 7. – С. 115-119.
3. Про затвердження Положення про організацію фізичного виховання і масового спорту у вищих навчальних закладах [Електронний ресурс]. – 2006. – Режим доступу до ресурсу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0249-06>.
4. Хуртенко О. Застосування оздоровчих технологій у фізичному вихованні студентів ВНЗ / О. Хуртенко, С. Дмитренко, В. Мельник. // Science Review. 2018. №1. С. 56–59.

5. Шинкарьов С. І. Фізичне виховання студентів спеціальних медичних груп. *Освіта та педагогічна наука*. 2012. №5. С. 31–36.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ**

*Н. І. Чепелєва,  
аспірантка,*

*Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди*

Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок і чоловіків – одна з мало висвітлених тем як в психологічній так і в медичній сферах досліджень. В цілому медицина стверджує, що, якщо немає деформацій і інших фізіологічних порушень репродуктивної системи, то будь-яка людина (жінка і чоловік) здатна до репродукції в парі з іншою людиною. Психологія цей «оптимізм» часто не поділяє, так само як і не поділяє песимізм «вироків» в практиці сучасної медицини. Адже в системі знань про репродуктивне здоров'я жінок і чоловіків існує поняття «сумісність», однак воно не описує всі психологічно важливі аспекти здоров'я, а також не вивчено настільки, щоб зробити будь-які обґрунтовані остаточні висновки. Але, не зважаючи на це, доведено, що психологічний фактор не менш важливий за фізіологічний.

Проблема збереження репродуктивного здоров'я за своєю значущістю, масштабністю, перспективністю, стратегічним характером на сьогодні є однією з найбільш актуальних. Провідна роль у її вивченні належить не тільки медицині, а й іншим галузям, що стосуються репродуктивного формування, перш за все психології, соціології, економіці [3].

Мета роботи – визначення психологічних аспектів репродуктивного здоров'я чоловіків і жінок, через теоретичний аналіз питань їх формування, збереження і зміцнення.

Репродуктивне здоров'я визначають як стан повного фізіологічного, психічного та соціального благополуччя, яке має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку як людини так і суспільства в цілому. У широкому сенсі репродуктивне здоров'я складається з декількох

компонентів: соціальний та психологічний аспекти особистості, сексуальне здоров'я, планування сім'ї тощо, тому питанням репродуктивного здоров'я населення цікавляться не тільки медики, а й соціологи та психологи. Що ж до сутності самого поняття «репродуктивне здоров'я», то його часто розуміють у вузькому сенсі – як фізіологічні та фізичні умови, що дають змогу відтворювати здорове потомство.

Але нажаль, за даними Міністерства охорони здоров'я України, нині кожна шоста дитина народжується з відхиленнями здоров'я, перш за все, внаслідок поганої спадковості. Часто на початок репродуктивного віку майбутні батьки вже мають низку захворювань – лише за останні 5 років загальна захворюваність жінок молодого віку зросла на 20,6% [7]. Значний вплив на репродуктивне здоров'я молоді має її репродуктивна поведінка. З медичної точки зору можна виділити декілька аспектів порушень у репродуктивному здоров'ї, що є результатом впливу безпосередньо на чоловічу і жіночу статеву функцію і розвиток потомства. Це такі зміни, як уповільнення статевого розвитку, зниження плодючості і лібідо, стійкі порушення менструального циклу і сперматогенезу, гінекологічні захворювання, порушення перебігу вагітності, пологів і лактації, передчасне репродуктивне старіння. До найбільш розповсюджених патологій органів репродуктивної сфери належать і запальні процеси, новоутворення, непліддя, гормональні дисфункції [6, с. 57].

Паралельно з цим діють складні соціально-економічні умови, обмежене фінансування, несприятливі житлові умови, рівень матеріального забезпечення, які сприяють відкладанню народження дитини «на потім». Соціально-економічні аспекти мають великий вплив на народжуваність, а відтак – на стан репродуктивного здоров'я, яке погіршується з роками. До факторів, які мають значний вплив на останню, належать і пропаганда сексуального насильства, значне поширення шкідливих звичок (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії), страх не знайти або втратити роботу та фінансова залежність від батьків.

Ми розглянули фізіологічні, а також соціально-економічні особливості репродуктивного здоров'я, але сучасні дослідження підтверджують значний вплив психологічного фактору на репродуктивні функції партнерів. Під психологічним аспектом розуміють ті сторони репродуктивного здоров'я, які пов'язані з особистісними рисами та станами. Негативне мислення, важкі стреси: втрата роботи, розлучення або розрив із близькою людиною – усе, що підриває почуття власної значимості часто є причиною або ж провокує розлади у репродуктивному

здоров'ї. Важливо відзначити, що уявлення про тісний взаємозв'язок самопочуття людини з її психічним, насамперед емоційним станом є одним з найважливіших у сучасній психології.

Однією з своєрідних причин є непліддя, яке належить до числа тих патологічних станів, які можуть суттєво впливати на психоемоційний статус, викликаючи стан хронічного стресу і мати природу «несумісності» як фізіологічної так і психологічної. У відповідь на тривалу психогенію виникає велика кількість психосоматичних захворювань із залученням інших органів і систем [1, с. 74-77]. Вплив соматичних факторів на психіку ще недостатньо вивчено, але серед численних форм непліддя особливу групу становить непліддя «нез'ясованої етіології» [3, с. 51-53; 5, с. 460].

Необхідно зазначити, що з психологічної точки зору свідоме відкладання народження дітей може бути результатом наявності у партнерів внутрішніх проблем, пов'язаних з їх особистісною незрілістю та неготовністю до прийняття відповідальності за життя й благополуччя власної дитини.

Досліджуючи особливості свідомого відкладання народження дитини на пізній репродуктивний вік, можна виокремити не тільки негативні сторони, але й позитивні. Так, з психологічних позицій прийнято вважати, що жінки та чоловіки, які народжують першу дитину вже у зрілому віці, є більш психологічно підготовленими до батьківська. У більшості випадків вагітність і материнство в цілому стають для них усвідомленим рішенням і результатом глибоких роздумів, що, безперечно, має позитивний вплив на формування адекватного ставлення до дитини, яка вже не сприймається перешкодою на шляху до реалізації життєвих планів.

Отже, репродуктивне здоров'я жінок і чоловіків – комплексний феномен, важливу роль у формуванні та розвитку якого грають не тільки фізіологічне здоров'я, соціально-економічні, духовно-моральні, а й психологічні аспекти. При наявності і гармонії виділених вище аспектів репродуктивне здоров'я довго зберігається і швидко відновлюється: людина послідовно ставиться до себе і життя. Оптимальне формування, збереження і зміцнення виділених характеристик здоров'я дозволяє використати репродуктивний потенціал кожної окремої особистості, успішно здійснити психологічну допомогу особам, які бажають мати дітей.



### *Література*

1. Олександров О.О. Психотерапія: Підручник для вузів / О.О. Олександров. СПб.: Пітер, 2004. 480 с.
2. Бобова Ж.В., Савенішева С.С. Відношення вагітних жінок до вагітності і майбутньої дитини у зв'язку з особливостями подружніх стосунків // Наукові дослідження випускників факультету психології СПбГУ. СПб., 2013. С. 36-42.
3. Васильєва В.В, Орлів В.І., Сагамонова К.Ю., Черносітов А.В. Психологічні особливості жінок з безпліддям // Питання психології. 2003. № 6. 97 с.
4. Гаєвська Г.В. Психосоматичні особливості вагітних жінок / Г. В. Гаєвська // Гендерна медицина. 2009. №3 (09). С.43-45.
5. Клінічна психологія / Под ред. Б. Д. Карвасарського. СПб.: Пітер, 2002. С. 498-793.
6. Насирова Р.Ф. Психічне здоров'я жінок з гінекологічною патологією (клініко-патогенетичні, соціально-психологічні та реабілітаційні аспекти): автореф. дис. док. мед. наук Насирова Р.Ф. Томськ, 2012. 57с.
7. Устінов О.В. Збереження репродуктивного здоров'я починається з дитячого віку. URL: <https://www.umj.com.ua/article/105644/zberzhennya-reproduktivnogo-zdorov-ya-pochinayetsya-z-dityachogo-viku> (дата звернення: 27.10.2019).

## **КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ПРИ СПАЙКОВІЙ ХВОРОБИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ**

***П.Ф. Шаганов,***

*асистент кафедри акушерства та гінекології,  
Донецький національний медичний університет  
МОЗ України*

Відповідно до даних ВООЗ, у кожної п'ятої людини в світі спостерігається хронічний тазовий біль різної етіології. В останні роки, незважаючи на досягнення сучасної медицини, діагноз «хронічний тазовий біль» часто ставиться жінкам після оперативних втручань на органах репродуктивної системи [2]. Найбільш яскраво клініка цього синдрому

проявляється в пізньому постопераційному періоді і супроводжується різким зниженням якості життя жінки [3, 4, 5].

Будучи найбільш розповсюдженою скаргою серед жінок спайковою хворобою, біль є дуже неспецифічним симптомом, оскільки анатомічно в ділянці малого тазу концентрація чутливих гангліїв вегетативної нервової системи є досить малою і сенсорні імпульси одразу від декількох органів поступають в один і той же сегмент спинного мозку та погано диференціюються у центральній нервовій системі [1].

Метою нашого дослідження стала оцінка ефективності запропонованого методу комплексної терапії хронічного тазового болю.

Під спостереженням знаходилися 17 жінок у віці від 21 до 32 років, яким було проведено оперативне лікування ендоскопічним доступом з приводу хронічного сальпінгофориту, що супроводжується спайковим процесом у малому тазу. Проводилась комплексна терапія, що включає в себе протизапальну терапію (дістрептаза в формі ректальних супозиторіїв на ніч), абдомінальну і трансвагінальну декомпресію (апарат «Локад», 15 кПа по 15-20 хвилин), седативну терапію; також використовувалися елементи раціональної психокорекції та аутогенного тренування. Курс лікування становив 10 днів. В якості контролю ефективності запропонованої терапії використовувалися: оцінка суб'єктивних скарг, сонографічний метод (доплерометрія маткових артерій), суб'єктивна оцінка больового синдрому, яка проводилася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ); рівень психоемоційного напруження визначався за спеціально розробленою методикою [1]. Дослідження проводилися до початку і після закінчення терапії.

За результатами проведеного дослідження виявлено, що всі жінки, які входили до групи спостереження, на початку лікування мали скарги на постійні, протягом 3-4 років, болі внизу живота з іррадіацією в пряму кишку, поперек, нижні кінцівки з різним ступенем інтенсивності; у всіх жінок було діагностовано психоемоційне напруження різного ступеню. В анамнезі всіх жінок відмічено проходження від 2 до 4 стандартних курсів протизапальної терапії з нетривалим ефектом. Всім жінкам з діагностичною і лікувальною метою проводилася діагностична лапароскопія, вісцеролізис. В результаті проведення запропонованої комплексної терапії у 14 жінок спостерігалася стійка ремісія та повне зникнення больового синдрому, у 3 – знизилася інтенсивність больових відчуттів; у 15 жінок діагностована стабілізація психоемоційного фону.

Таким чином, використання представленої комплексної терапії тазового болю, пов'язаного з наявністю спайкової хвороби після проведеного оперативного втручання, показало високу ефективність та дає підстави говорити, що поєднання сучасних оперативних технік, протизапальної терапії (з низьким фармакологічним навантаженням), функціональних методів (абдомінальна і трансвагінальна декомпресія) та елементів психокорекції є доцільним та може бути запропонована для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

### *Література*

1. Психосоматичні аспекти больового синдрому у жінок з генітальним ендометріозом / Астахов В. М. / International scientific professional periodical journal «THE UNITY OF SCIENCE». June 2019 / publishing office Veranových str., 130, Czech Republic – Prague, 2019. P. 59-60.
2. Злукова хвороба в гінекології: від патогенезу до профілактики (методичні рекомендації) / В.К. Кондратюк, Н.О.Ємець, Н.Д.Коблош [та спіавт.]. – К. – 2010. – 4 с.
3. Волянська А. Г. Патогенетичне обґрунтування профілактики спайкового процесу при гінекологічних операціях у жінок репродуктивного віку (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис. ... канд. мед. н. Київ, 2016. 21 с.
4. Мацынин А.Н., Шаганов П.Ф., Гребельная Н.В. Структура причин спечного процесса органов малого таза при гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста. *Медиико-соціальні проблеми сім'ї*. 2014. Том 19, № 4. С.40-43.
5. Чермак І. І. Емпірична протизапальна терапія гострого сальпінгофориту. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2015. №2. С.187-190.

## ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ У ЗОНІ ООС

*К. І. Шведова*

*лікар-інтерн акушер-гінеколог I року навчання,*

*Є. О. Шевченко*

*асистент кафедри акушерства і гінекології*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Порушення репродуктивного здоров'я стають однією з головних проблем сучасного суспільства. У розвинених країнах налічується від 15 до 20% безплідних пар. У сучасному суспільстві, яке набуло високої конкурентності та агресивності, тобто жорстких вимог до людини в умовах відсутності соціальної захищеності, особливо великі проблеми відчувають жінки. Практика соціально-психологічної допомоги вимагає побудови теоретичного обґрунтування і вибору способів вирішення проблеми адаптації жінок у суспільстві.

Отже, жінці необхідно адаптуватися до зовнішніх і внутрішніх змін одночасно, що ускладнює процес адаптації. Наслідки соціалізації жінок породжують тендерні проблеми їх життєдіяльності. Серед них: боязнь невдачі, втрати жіночності, суспільного відкидання, невпевненість у собі, зниження наполегливості в досягненні мети. Постійний вибір жінкою звичних способів реагування в новій ситуації, тендерний патерн поведінки, обумовлений прагненням до комфорту і безпеки, через деякий час призводить до однозначності її відношення зі світом, до життєвого застою, відчуття власного безсилля.

Недостатньо на сьогоднішній день вивчені особливості і специфіка життєдіяльності жінок, що знаходяться в адаптаційному процесі, вплив соціально-рольового репертуару, гендерності на ефективність процесу адаптації. Слабо визначені психологічні особливості жінок, що впливають на успішність соціально-психологічної адаптації; не досліджені повною мірою специфіка адаптивних реакцій жінок і суб'єктивне відношення до змін, що відбуваються, в соціальному середовищі. Роботи, що є на даний момент, вельми фрагментарні з точки зору системного підходу. У них або розглядаються психологічні чинники даної проблеми в рамках завдань медичного, загальнопсихологічного або соціологічного підходів, або фокусується увага на окремих соціально-психологічних аспектах, таких як

професійна сфера, кар'єра, життєдіяльність жінок, без врахування їх вікових і фізіологічних особливостей.

Метою даного дослідження було виявлення особистісних і психосоціальних характеристик жінок з порушеннями репродуктивного здоров'я на етапі планування вагітності в зв'язку з завданням оптимізації лікування і поліпшення якості життя. Визначити рівневі і змістовні характеристики особистісної тривожності і ситуативної тривоги у пацієнток.

*Порівняльний аналіз розуміння адаптації особи в психології.* Термін «адаптація» спочатку широко використовувався в біологічних науках для опису феномену і механізму пристосувальної поведінки індивідів на тваринному світі, еволюції різних форм життя. У наукову сферу даний термін був введений німецьким фізіологом Г. Аубертом і позначав «зміни (пристосувального характеру) чутливості шкірних аналізаторів до дії зовнішніх подразників».

Ряд авторів розглядає феномен адаптації, як процес перебудови психофізіологічних характеристик для того, щоб індивід, під впливом чинників зовнішнього середовища, пристосовувався до нових умов існування і життєдіяльності, зберігши необхідні функціональні стани. Зокрема, С. І. Степанова, розглядаючи адаптацію людини до несприятливих умов життєдіяльності середовища, виділяє основні протиріччя феномену адаптації і його ритмічну основу: «Фактично адаптація є безперервне вирішення протиріч між зміною і збереженням, динамікою і статикою, іншими словами, основне протиріччя адаптаційного процесу є основними протиріччями всякого руху».

Проведено обстеження 162 жінок репродуктивного віку, які проживають в м. Краматорськ, м. Авдіївка, м. Костянтинівка з метою визначення стану психоемоційної сфери.

Ми використовували такі методики: «Диференційна діагностика депресивних станів» В. Зунге, самооцінка психічних станів (САН) Ганса Айзенка, шкала реактивної і особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна.

*«Диференційна діагностика депресивних станів» В.Зунге:* Діагностика психічних станів та властивостей особистості здійснювалась за «Шкалою депресії». Опитувальник розроблений для диференційної діагностики депресивних станів та станів близьких до депресій, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях. Досліджуваний відмічає

відповіді на бланку. Рівень депресії (РД) розраховується за формулою:  
 $РД = \Sigma \text{ пр.} + \Sigma \text{ прот.},$

де  $\Sigma \text{ пр.}$  – сума закреслених цифр до «прямих» відповідей за № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;  $\Sigma \text{ прот.}$  – сума цифр «протилежа» закресленим, до відповідей № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

*Самооцінка психічних станів (САН) Ганса Айзенка:* Тест дозволяє оцінити деякі не адаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність, ригідність). Пацієнт уважно читає опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з її станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться 1 бал. Якщо не збігається – 0 балів.

*Шкала реактивної і особистісної тривожності Ч.Д Спілбергера-Ю.Л.Ханіна:* Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів. Реактивна тривожність – це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала «Як ви себе відчуваєте в даний момент?») та 21-40 – для визначення особистісної тривожності (шкала «Як Ви себе відчуваєте звичайно?»). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) – для шкали реактивної тривожності та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) – для шкали особистісної тривожності.

Після інтерпретації результатів було виявлено: методика «Диференційна діагностика депресивних станів» В.Зунге: рівень депресії не більше 50 балів (стан без депресії) – 55 (33,95%) жінок; більше 50 балів і менше 59 (легка депресія ситуативного або невротичного генезу) – 88 (54,32%); від 60 до 69 балів (субдепресивний стан або маскована депресія) – 12 (7,4%); більш ніж 70 балів (справжній депресивний стан) – 7 (4,33%).

Тест самооцінки психічних станів Айзенка: від 20 до 34 одиниць (меланхолія) - 21 ( 12,96%) жінка; від 35 до 49 (флегматія) – 45 (27,78%); від 50 до 64 (сангвінія) – 50 (30,86%) і в інтервалі від 65 до 80 (холерія) – 46(28,4%).

Шкала тривоги Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна: при аналізі результатів треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому, чим вище підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної). При інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів (низька) – 34 (20,99%) пацієнток; 31-44 бали (помірна) – 88 (54,32%); 45 і більше (висока) – 40 (24,69%).

Таким чином, аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок, що існує прямий взаємозв'язок між особистісними і психосоціальними характеристиками жінок і порушеннями репродуктивного здоров'я, джерелом якого є особистісні суб'єктивні переживання і соціально-психологічні характеристики представників приймаючого суспільства.

### *Література*

1. Психодіагностика в репродуктивній медицині / В. М. Астахов, О. В. Бацилева, И. В. Пузь – Вінниця: ООО «Нилан-ЛТД», 2017. – 412 с.
2. Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3 (5). – С. 6 [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp>.
3. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. СПб.: Сотис, 2001. - 320 с.
4. Филиппова Г. Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности / Г. Г. Филиппова, И. Н. Черткова, И. М. Сатарова и др. // Журнал практического психолога. 2003, № 4-5, с. 64-82.
5. Хорни К. Психология женщины: пер. с англ. / К. Хорни. М.: Академический проект, 2007. - 240 с.

## **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ. РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ЯК ФАКТОР БЕЗПЛІДДЯ.**

**Є.О. Шевченко**

*асистент кафедри акушерства та гінекології  
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Здоров'я – багатовимірне явище і багатоаспектне поняття. Існує ряд концептуальних моделей визначення поняття здоров'я.

*Медична модель здоров'я.* Вона припускає таке визначення здоров'я, яке передбачає лише медичні ознаки й характеристики здоров'я, тобто здоров'ям вважається відсутність хвороб, їхніх симптомів.

*Біомедична модель здоров'я.* Здоров'я розглядається як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я. Увага акцентується на природно-біологічній сутності людини, підкреслюється домінуюче значення біологічних закономірностей у життєдіяльності людини та її здоров'ї.

*Біосоціальна модель здоров'я.* Поняття «здоров'я» охоплює біологічні та соціальні ознаки, що розглядаються в єдності, але при цьому соціальним ознаками надається пріоритетне значення.

*Ціннісно-соціальна модель здоров'я.* Здоров'я – цінність для людини, необхідна передумова повноцінного життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, участі в праці та соціальному житті, економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності. Саме цій моделі найбільше відповідає визначення здоров'я, сформульоване ВООЗ.

*Фізичне здоров'я* – це найважливіший компонент у складній структурі стану здоров'я людини. Він зумовлений властивостями організму як складної біологічної системи. Організм як система має інтегральні якості, які не характерні для її окремих складових елементів (клітин, тканин, органів та систем органів). Ці елементи не можуть підтримувати індивідуальне існування без взаємозв'язку. Крім того, організм має здатність зберігати індивідуальне існування за рахунок самоорганізації. До проявів самоорганізації відносять здатність до самооновлення, саморегулювання і самовідновлення.

*Психічне здоров'я* – це стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, може протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок у своє співтовариство. У цьому



позитивному сенсі психічне здоров'я є основою благополуччя людини та ефективного функціонування спільноти (за визначенням ВООЗ).

Питання психологічної стійкості особистості має величезне практичне значення, оскільки стійкість охороняє особистість від дезінтеграції та особистісних розладів, створює основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров'я, високої працездатності.

*Психологічну стійкість* можна розглядати як складну якість особистості, синтез окремих якостей і здібностей. Її складові такі: здатність до особистісного зростання зі вчасним та адекватним вирішенням конфліктів (ціннісних, мотиваційних, рольових); відносна (не абсолютна) стабільність емоційного фону і сприятливого настрою; розвинена волева регуляція. Стійкість у подоланні труднощів, збереження віри в себе, впевненості в собі, своїх можливостях, досконалість психічної саморегуляції, постійний досить високий рівень настрою - ось невід'ємні складові психічного життя.

Важливою проблемою України є збереження репродуктивного потенціалу і народження здорового потомства. Особливе занепокоєння викликає відсутність ознак демовідтворення, що створює певну небезпеку для держави. За даними ВООЗ, сьогодні Україна займає одне з останніх місць серед країн Євросоюзу за показниками природного приросту населення. Така ситуація зумовлена особливостями репродуктивної поведінки та репродуктивної мотивації населення, яка залежить від економічного та соціально-психологічного стану населення держави. Суттєве значення для здійснення дітородної функції має стан репродуктивного здоров'я.

За визначенням ВООЗ, репродуктивне (репродукція-відтворення) здоров'я – це стан повного фізичного, психологічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань у всьому, що стосується репродуктивної системи, її функцій і процесів у ній. За цим визначенням, репродуктивне здоров'я тісно пов'язане із загальним станом здоров'я людини.

На репродуктивне здоров'я впливає багато факторів: екологічні, соціальні, економічні, небезпечні й шкідливі виробництва тощо.

Основними факторами негативного впливу на репродуктивне здоров'я є стрес, порушення режиму сну і харчування, часті та хронічні захворювання, аборт, шкідливі звички, такі як куріння, вживання алкоголю, наркотиків, безладні статеві стосунки, азартні та комп'ютерні ігри тощо.

Мета даного дослідження полягає у виявленні та розумінні закономірного зв'язку між порушенням психосоматичної адаптації у жінок репродуктивного віку та безпліддям.

Оцінки різних дослідників, соціологічних обстежень свідчать, що на різні форми безпліддя в Україні страждає 10-15% сімейних пар.

Причини безпліддя надзвичайно різноманітні, але найчастіше спостерігається сукупний вплив 2-5 факторів. Зв'язок порушень репродуктивного здоров'я з розладами психоемоційної сфери відомий давно, а безпліддя відносять до психосоматичних захворювань.

Досвід безпліддя суттєво погіршує психологічне життя людини, що проявляється емоційними реакціям, психологічним стресом, почуттям втрати контролю, впливом на самооцінку, ідентичність та соціальні стосунки. Депресивні симптоми зустрічаються у жінок з безпліддям вдвічі частіше ніж у жінок з дітьми. Вплив безпліддя пов'язаний з такими факторами, як депресія, соматизація та тривога.

Проведено обстеження 143 жінок репродуктивного віку, які страждали на різні форми безпліддя. Було використано анамнестичні, загальноклінічні, інструментальні, біохімічні, статистичні методи дослідження.

За результатами анкетування переважаюча більшість жінок (101 – 70,6%) з безпліддям мала психосоматичні розлади різного ступеня тяжкості, при цьому у 34 (23,7%) пацієнток ці розлади були вираженими. Серед жінок з вираженими психосоматичними розладами більшою була більша частка пацієнток у віці старше 35 років (29,4%), відсоток військовослужбовців склав – 26,4%.

У жінок з безпліддям переважали порушення психологічної адаптації, що проявляються порушенням сну (55 – 38,4%), підвищеним рівнем стресу (74 – 51,7%), підвищеною реактивною тривожністю (72 – 50,3%), депресивними станами (22 – 15,8%). Серед психогенних факторів сімейно-побутового життя усі респондентки перше місце відводили проблемі ненастання вагітності, далі проблеми матеріально-побутової невлаштованості, конфлікти на роботі та в сім'ї. Для пацієнток з безпліддям характерні порушення нейровегетативної регуляції, що підтверджено наявністю синдрому вегетативної дисфункції у 85 (59,4%) жінок, при цьому найчастіше відмічались такі симптоми як головні болі, почуття втоми при пробудженні вранці, серцебиття, труднощі засинання.

Гормональний статус жінок з безпліддям та психосоматичними розладами характеризувався дисбалансом гонадотропних та статевих

гормонів, який проявлявся відносною прогестероновою недостатністю (22 – 15,3%), ознаками гіперестрогенемії, гіперандрогенемії (18 – 12,5%) та гіперпролактинемії (12 – 8,3%).

Таким чином досліджуючи і тестуючи психологічні особливості жінок із безпліддям, вдалося визначити, що пацієнтки мають різні форми психосоматичних розладів (підвищений рівень тривоги, порушення сну, депресивні стани, порушення нейровегетативної регуляції, тощо) на фоні зміненого гормонального статусу (прогестеронова недостатність, відносна гіперестрогенемія, гіперандрогенемія та гіперпролактинемія). Також відстежується зв'язок між особистісно-психологічними рисами сімейних відносин, матеріально-побутовим благополуччям, які виступають у ролі патогенетичних факторів у розвитку хронічного стресу, та безпліддям.

### *Література*

1. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П. И. Калью // ВНИИМИ. — 1988. — 69 с.
2. Психология здоровья : учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб. : Питер, 2006. — 607 с.
3. Камінський А. В. Психологічні та соціальні аспекти пацієнток з безпліддям в циклах допоміжних репродуктивних технологій / А. В. Камінський // Вісник морської медицини. –2017. – № 2 (75). – С. 73-79.
4. Камінський А. В. Клініко-анамнестичні особливості жінок з безпліддям та психосоматичними розладами / А. В. Камінський // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2018. – № 1 (41).
5. Психодиагностика в репродуктивной медицине/ В.М. Астахов, О.В.Бацилева, И.В.Пузь – Винница: ООО «Нилан-ЛТД», 2017. – 412 с.
6. Филиппова Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы. Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2010. № 1. С. 101-119.
7. Набеева Д.А. Некоторые психологические аспекты невынашивания беременности и бесплодия. Пермский медицинский журнал. 2014. №3. С. 79-82.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ (ЗА ДАНИМИ ВЛАСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

**О. М. Шпортун,**  
*доктор психологічних наук, доцент,*  
**Н. А Гнатенко,**  
*магістрант спеціальності «Психологія»*  
*Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Дослідження сучасних психологів фіксують невпинне зростання тривожності в різних групах та соціальних прошарках населення України. В певній мірі це зростання корелює із підвищенням на протязі останніх десятиріч рівня захворюваності нервовою патологією, зокрема невротозами. Для компенсації невротозів використовують медикаментозну терапію, психотерапевтичні методики (зокрема, метод символдрами) та комбіновану методику одночасного використання медикаментозних та психотерапевтичних принципів лікування.

*Метою роботи є вивчення стану тривожності осіб з невротичними розладами.*

У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, на відміну від 9-го перегляду, термін «невроз» не вживається зовсім, а поняття невротозу зникає з класифікації відповідної групи психічних захворювань [2]. І, хоча саме поняття «невроз» поступово зникає з клінічної практики, але воно все ще лишається широкоживаним у практикуючих психологів та теоретичних працях багатьох авторів. Концепція невротозу і досі вживається при клінічних та наукових дослідженнях, статистичних матеріалах. Термін «невр́оз» має такі синоніми: тривожний розлад, тривожно-фобічний розлад, психоневр́оз, невроті́чний розлад і містить в собі захворювання, в основі яких лежать тимчасові зворотні порушення психічного стану функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів – збудження та гальмування [5, с. 17].

О. Захаров у класичній праці «Невротозу у дітей і підлітків» надає наступний перелік невротозів: невроз страху, неврастенія, істеричний невроз та невроз нав'язливих станів [1, с. 24]. Як ми бачимо із синонімів невротозів, страх та тривожність є важливим або чи не найважливішим чинником формування невротичних розладів. При чому дослідники як розділяють ці терміни, так і вважають їх одним цілим [3, с. 112].

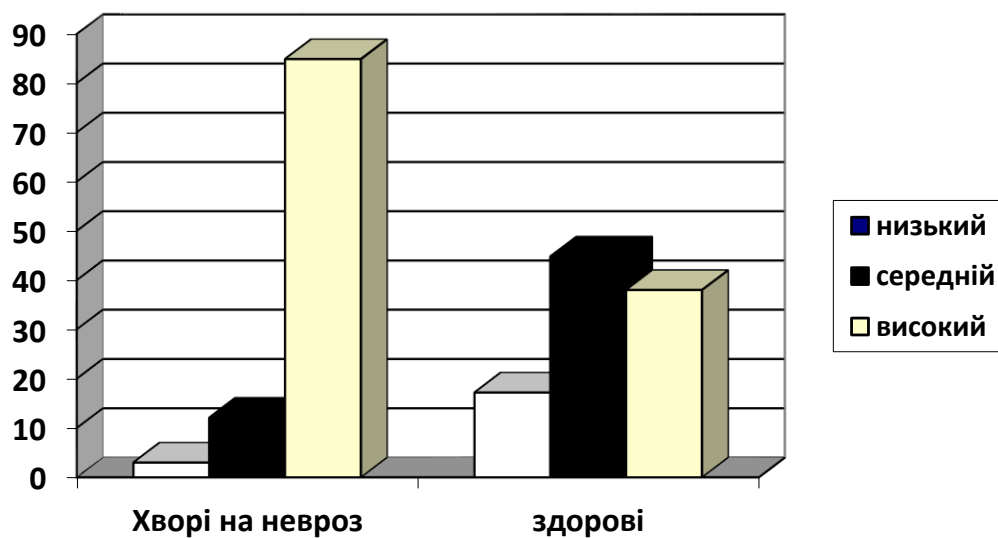
Отже, вивчаючи психічні стани хворих на неврози, ми не мали можливості обійти питання наявності тривожності у досліджуваних пацієнтів.

В досліджувану групу увійшли 33 особи, хворі на невротичні розлади, в групу контролю – 29 осіб без неврологічної патології.

Щоб дослідити стан тривожності ми обрали два тести: «Самооцінку психічних станів» Г.Айзенка, як тест первинної оцінки стану тривожності, та «Шкалу соціально-ситуативної тривоги О. Кондаша» для більш детального дослідження тривожності в наших групах. При цьому тест «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком дозволяє виміряти показники не тільки тривожності, а ще й фрустрацію, агресивність та ригідність. *Тривожність* – переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. *Фрустрація* – психічний стан, що виникає в ситуації розчарування, нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. *Ригідність* – утрудненість, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. *Агресивність* – стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його відношення до поведінки, метою якої є спричинення шкоди оточенню, або подібний афективний стан (гнів, злість). Для виявлення рівня тривожності нами була використана методика «Шкала соціально-ситуативної тривоги О.Кондаша». Особливість шкал такого типу полягає в тому, що в них людина оцінює не наявність або відсутність в себе яких-небудь переживань, симптомів тривожності, а ситуацію з погляду того, наскільки вона може викликати тривогу. Ми вивчаємо в цьому тесті два типи тривожності – професійну та міжособистісну та їх взаємодію із рівнем самооцінки. Таким чином, ми маємо більш точну картину виду тривожності та маємо можливість прогнозувати шляхи компенсації цього стану, що не дає нам тест Г.Айзенка [4].

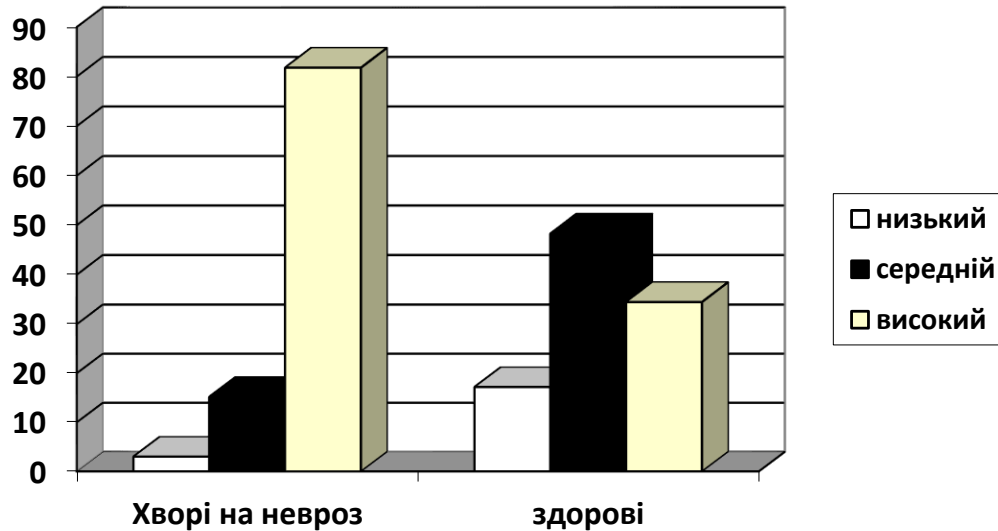
За результатами нашого дослідження ми отримали наступні дані:

Результати тесту «Самооцінка психічних станів» відображена на рис. 1. Як ми бачимо, у хворих на невротичні розлади переважає високий рівень тривожності (84,9%), він є досить великим і у групі здорових (38,0%), що говорить, що присутній певний фактор, що викликає тривогу не тільки у хворих на невротичні розлади, а й у звичайних, здорових людей. Цей фактор може бути підсиленим певними стресовими умовами та призводити до виникнення неврозоподібних захворювань.

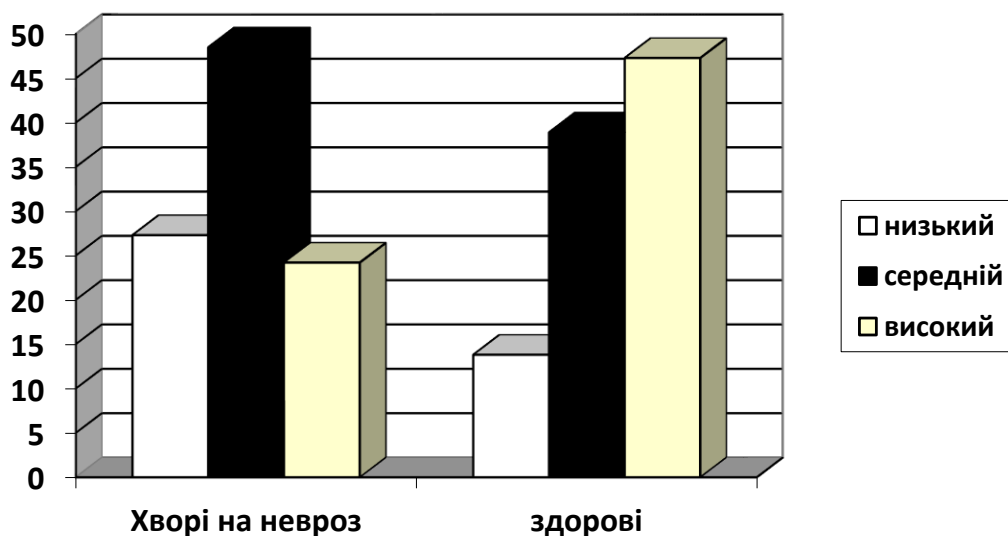


**Рис.1.** Рівні тривожності за тестом «Самооцінка психічних станів Г.Айзенка у хворих на невроз в порівнянні із здоровими людьми.

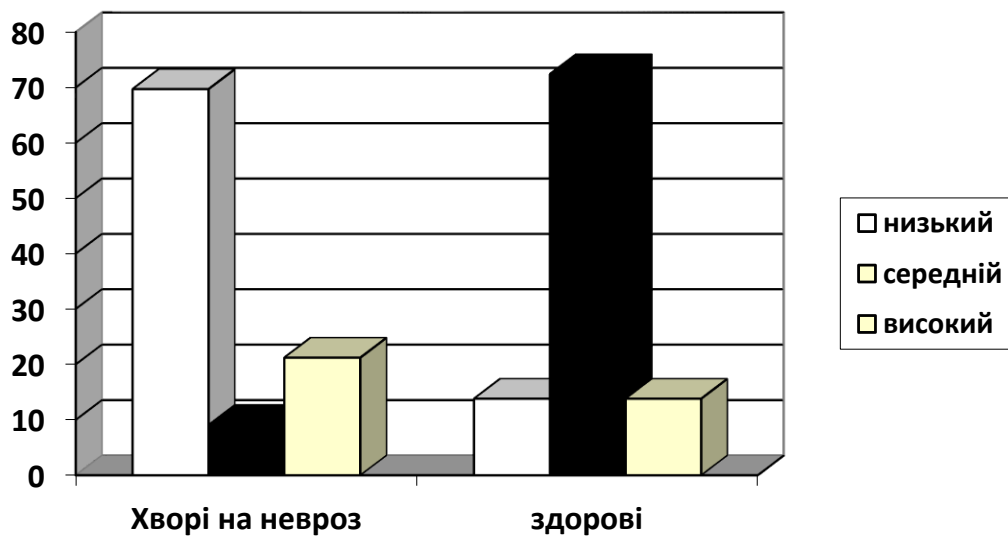
За даними «Шкала соціально-ситуативної тривоги О.Кондаша» ми отримали наступні результати:



**Рис.2.** Рівні професійної тривожності за шкалою О. Кондаша



**Рис.3.** Рівні міжособистісної тривожності за шкалою О.Кондаша



**Рис.4.** Рівні самооцінки за шкалою О. Кондаша

За нашими даними у хворих на невротичні розлади превалює професійна тривожність, неможливість реалізувати свій потенціал, цей рівень високий (81,8%). В той же час він корелює з заниженою самооцінкою у 69,7% обстежених цієї групи та середнім рівнем міжособистісної тривожності. У здорових же навпаки, превалює високий рівень міжособистісної тривожності (у 48,3% респондентів) на тлі середніх показників самооцінки та професійної тривожності. Високий рівень

самооцінки у 21,2% респондентів з групи хворих на невроз ми вважаємо за прояв патологічних змін особистості.

Висновки: У хворих на невротичні розлади спостерігається високий рівень тривожності, насамперед, в сфері професійної тривожності при понижених показниках самооцінки та середніх показниках міжособистіної тривожності. Тому наш головний вектор компенсації на початковому етапі буде полягати саме у зменшенні симптомів тривожності, відновлення психологічної рівноваги особистості.

### *Література*

1. Захаров И.А. Психотерапия невротиков у детей и подростков: монография. М., 1982. 162 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер. К.: Сфера, 2000. 416 с.
3. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
4. Практикум з психології : психодіагностичні методики для самопізнання / упорядник Періг І.М. Тернопіль : СМП «Тайп», 2017. 116 с.
5. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию : монография. СПб., 1997. 207с.
6. Robert M. A. Hirschfeld, M.D. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2001. №3(6). P.244–254.



## СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

*Н. В. Шудрікова,  
аспірант кафедри акушерства та гінекології,  
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Проблема невиношування вагітності є однією з центральних в сучасному практичному акушерстві. У числі інших найбільш актуальних проблем, вона займає одне з перших місць, оскільки, негативно впливаючи на рівень народжуваності, має не тільки медичне, а й соціально-економічне значення, знижуючи демографічний потенціал суспільства.

Слід зазначити, що до теперішнього часу частота невиявлених причин передчасного переривання вагітності залишається високою. Пошуки вирішення цього важливого питання актуалізують дослідницькі завдання, пов'язані з раннім виявленням симптомокомплексів, які свідчать про порушення природного (фізіологічного) процесу вагітності і чинників, які їх обумовлюють. Серед таких чинників традиційно виокремлюють наявні проблеми зі здоров'ям жінки, вік, бажаність вагітності, емоційний стан жінки (депресивні стани, високий рівень тривожності, наявність страхів), сімейні дисгармонії, гострий і хронічний стрес тощо.

За результатами досліджень, частота переривання вагітності у I триместрі складає до 50% (25% з них припадає на звичне невиношування вагітності), у II триместрі становить близько 20%, а у III – до 30% [2]. Частота мимовільних викиднів становить приблизно 20% від усіх бажаних вагітностей як в нашій країні, так і за кордоном. Статистичні дані вказують, що за останні 50 років частота передчасних пологів не змінилася і становить 5-10%, причому в розвинених країнах в останні роки вона підвищується в результаті застосування нових репродуктивних технологій. Так, на початку XXI століття цей показник в США склав 10,1%, в Англії – 7,8%, у Франції – 7,2%, в Німеччині – 9-10%, в Угорщині – 10% [6].

Результати досліджень свідчать про тісний взаємозв'язок між особливостями протікання вагітності і особистісними якостями жінки, стилем її виховання та якістю реалізації нею материнських функцій. У той же час недостатньо вивченим є характер психологічних реакцій вагітної жінки на різні стресові і соматогенні впливи. Потребують уточнення й

взаємозв'язок особистісних особливостей і характеру патологічного перебігу вагітності [8].

За даними деяких авторів, при загрозі невиношування вагітності у жінки спостерігається конфліктне відношення між необхідністю стати матір'ю і мати дитину та можливістю це здійснити. Це може виражатися у особливостях психологічної або фізіологічної готовності жінки мати дітей, а також у мотиваційній готовності або конфлікті цінностей [7]. Необхідно відзначити, що емоційне напруження, що супроводжує вагітність, позначається на її плинні і змінює функціональний стан всіх систем організму жінки, у тому числі й вегетативної нервової системи жінки. Все це дає підстави стверджувати, що вагітність і пологи можна віднести до числа станів, що становлять додаткове навантаження на психоемоційний стан жінки, що може бути підґрунтям серйозних наслідками як для матері, так і для майбутньої дитини. Також слід звернути увагу на те, що при виникненні ситуації загрози своєму житті або життю плода від жінки потрібні великі адаптаційні зусилля. Через це виникає необхідність зміни способу життя, що у свою чергу призводить до ускладнення реалізації актуальних потреб. Така ситуація впливає на якість життя в силу як фізичних наслідків, так і психотравмуючих впливів [4].

Під час вагітності відбувається корінний злам і зміна всіх сторін життя жінки, вагітність провокує глибокі зміни самосвідомості, ставлення до інших і до світу, відбувається трансформація ціннісно-сміслових складових образу світу, власної ідентичності в нових умовах [3, 5].

Таким чином, для вирішення проблеми невиношування вагітності робить необхідним цілісний підхід, що враховує не тільки медичні, а й психологічні та соціальні аспекти в етіопатогенезі цього захворювання.

Метою дослідження стало оцінювання психоемоційного стану жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі. Під наглядом перебувало 42 жінки фертильного віку (від 24 до 35 років). З них 19 вагітних жінок з репродуктивними втратами в анамнезі на ранніх термінах гестації, а також 23 жінки з нормальним перебігом вагітності, які перебувають під наглядом у жіночій консультації.

Нами були проведено виявлення психоемоційного стану жінок – проводилась клінічна бесіда, яка включала в себе ретельний збір анамнезу життя і захворювання, клініко-лабораторні дослідження, а також використовувалися наступні методики: самооцінка психічних станів САН, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна,

методика вимірювання рівня тривожності Тейлора, тест відносин вагітної І. В. Добрякова [1].

В ході проведених нами досліджень були виявлені значні відмінності за показниками як особистісної, так реактивної тривожності: в експериментальній групі (у жінок, з репродуктивними втратами в анамнезі) – 73,7%, і в контрольній групі (жінки з нормальним перебігом вагітності) – 34,8%. Аналізуючи дані результати, можна зробити висновок про те, що висока тривожність у вагітних жінок зі звичним невиношуванням пов'язана скоріше з їх особистісними стійкими характеристиками, ніж із самою ситуацією загрози переривання. Ці жінки мають початкову схильність сприймати великий спектр ситуацій як загрозливі.

При оцінці власного самопочуття, активності, настрою (методика САН) жінки зі звичним невиношуванням вагітності частіше описують себе як малоактивних, більш повільних, розсіяних, в порівнянні зі здоровими вагітними, що можливо пов'язано з їх частим перебуванням в стаціонарних умовах.

При проведенні тесту вимірювання рівня тривожності Тейлора нами було виявлено, що 79% жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі страждають безсонням, відчувають себе непотрібними, частіше відчувають тривогу.

Ставлення до своєї вагітності тестувалося за допомогою методики І. В. Добрякова. У контрольній групі жінки частіше демонструють оптимальний тип психологічного компонента гестаційної домінанти – ПКГД – (даний компонент являє собою сукупність механізмів психічної саморегуляції, спрямованих на збереження гестації і створення умов для розвитку майбутньої дитини, формують ставлення жінки до своєї вагітності) – 82,6%. Що стосується експериментальної групи, то 84,2% жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі мають ейфорійний, гіпогестогнозичний, та тривожний типи ПКГД.

Таким чином, отримані дані свідчать про необхідність звернути особливу увагу на психоемоційний стан жінок з репродуктивними втратами в анамнезі. Проведене дослідження дає можливість говорити про необхідність психодіагностичного обстеження в практику роботи акушерів-гінекологів жіночих консультацій, а також лікарів сімейної медицини. Комплексний супровід таких жінок тріадою «акушер-гінеколог-психолог-сама вагітна» дасть можливість знизити частоту небажаних наслідків, оскільки від психоемоційного стану жінок залежить

не тільки її фізичне здоров'я, перебіг та актуальної вагітності, а й стан внутрішньоутробного плоду та подальший розвиток народженої дитини.

### *Література*

1. Психодиагностика в репродуктивной медицине / В. М. Астахов, О. В. Бацылева, И. В. Пузь. – Винница: ООО «Нилан-ЛТД», 2016. – С.76-164.
2. Мельникова С.Е. Невынашивание беременности. – СПб., 2006. – 72 с.
3. Куминская Е.А. Психологические особенности женщин, имеющих риск невынашивания беременности: обзор современных исследований. Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2013. – № 3(11).
4. Кузнецов В.И. Особенности локуса субъективного контроля у женщин с осложненной беременностью // Наука и освіта: наук. - практ. журн. Півд. наук. Центру АПН України. – 2010. – № Лют. (Спецвип.: Проект "Когнітивні процеси та творчість"). – С. 196–200..
5. Захарова Г.А. Психологическая готовность женщин к материнству // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. — № 3. – С.29–33.
6. Скрипченко Ю. П., Баранов И И., Токова З. З. Статистика преждевременных родов // Проблемы репродукции. – 2014. – № 4. – С. 11–14.
7. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 2. – С. 22–36.
8. Малыгина Н.Я. Психологические особенности женщин с патологическим протеканием беременности // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2011. – № 1–2. – С. 148–154 [Электронный ресурс]. – URL: [www.perinataljourn.ru](http://www.perinataljourn.ru)

## ТОЛЕРАНТНІСТЬ ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

*С. П. Яланська,*

*доктор психологічних наук, професор,  
Полтавський національний педагогічний університет  
імені В. Г. Короленка*

Студентська молодь повинна усвідомлювати необхідність розумного використання свого життєвого потенціалу, уникати чинників несумісних зі здоровим способом життя враховуючи соціальну, духовну, фізичну та психічну складові здоров'я людини.

М. П. Тимофієва, О. В. Двіжона визначають, що біопсихосоціальна природа людини зумовлює в структурі здоров'я людини наступні складові: фізичне (соматичне здоров'я) – природний стан організму, що забезпечує нормальне функціонування всіх органів і систем; здоров'я – біологічні якості особистості (працездатність, тривалість життя, репродуктивна здатність); соціальне здоров'я – характеристика людини і суспільства (активність, толерантність, конгруентність); духовне здоров'я – постійне прагнення до самовдосконалення, здатність до збагачення особистості; психічне здоров'я – злагоджена робота всіх психічних функцій, регуляція поведінки; психологічне здоров'я – динамічний стан суб'єктивного внутрішнього благополуччя особистості до якого вона прагне на будь-якому етапі свого розвитку, дозволяє їй вільно актуалізувати свої можливості, робить людину самодостатньою [4].

І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич зазначають, що психічне здоров'я забезпечується на різних, але взаємозалежних рівнях функціонування: біологічному, психологічному і соціальному. Людина є автором власного здоров'я, а в справі його збереження вона виконує основну роль, що визначається зрілою самосвідомістю індивіда й повагою до свого ества. Останнє виражається гармонійною стратегією поведінки, що прийнято називати – здоровим способом життя [3].

Важливою складовою гармонійної стратегії поведінки є толерантність. В.С. Бондар визначає, що толерантність передбачає установку на прийнятті особистості людини, на розуміння цієї людини, на відверте спілкування. Зазначає, що в основі толерантності є повага до особистості людини, терпляче ставлення до найрізноманітніших проявів цієї особистості, до її поглядів і навіть помилок та недоліків, тобто

ставлення до іншої людини, в якому немає осуду, але є співчуття, співпереживання, розуміння цінності людської особистості і бажання допомогти [1].

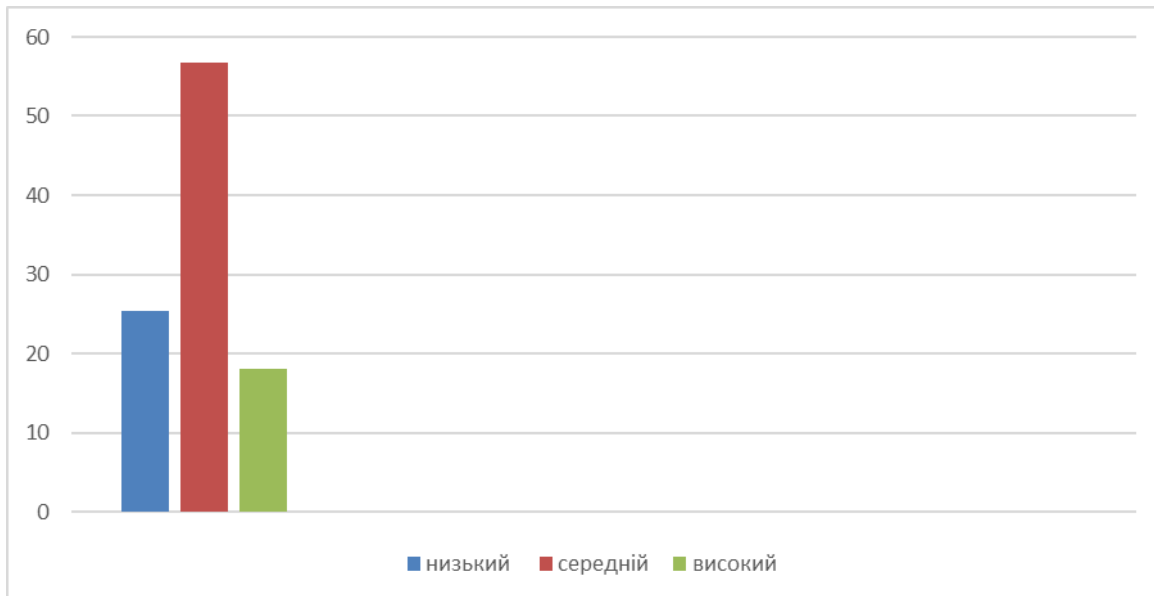
О.Я. Шаюк визначає толерантність як окрему онтофеноменальну даність, форму людського буття, особливого психодуховного стану-властивості людини, світоглядної універсалії і потужного теоретичного конструкту сучасного філософсько-наукового дискурсу, як усталений спосіб конструктивного співжиття людей, груп, етносів, націй [5].

За змістом, під толерантністю особистості, ми розуміємо доброзичливе та терпиме ставлення до оточуючих і навколишніх подій, що не порушують прав людини й не завдають шкоди навколишньому середовищу. Визначено, що структура толерантності особистості базується на основних структурних компонентах: когнітивному (знання про об'єкти і ситуації життєдіяльності, що є результатом набуття індивідуального досвіду); емоційному (емоційні стани, які передують виникненню поведінкового компоненту, сприяючи систематизації знань і появі певної поведінки); поведінковому (призводить до актуалізації елементарних фіксованих установок, ціннісних орієнтацій та етнічних цінностей. Установка, щодо толерантності, виявляється в діях і вчинках людини, оскільки вчинок є єдиною структурою, що відповідає реальним цілісним проявам самореалізації людини як особистості, індивіда, громадянина).

Зі студентами фізико-математичного факультету (307 осіб) Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка було проведено констатувальне дослідження результати якого представлено на рис. 1.

На основі проведеного тесту Є.М. Кайлюк «Чи можна вважати Вас толерантною людиною?» [2] 25,3 % респондентів (х) отримали від 0 до 4 балів (m), що свідчить про непоступливість, упертість особистості. Людина постійно старається нав'язати свою думку іншим будь-яким чином. Часто підвищує голос. Таким чином важко підтримувати тривалі стосунки з людьми, які думають по-іншому. 56,7 % студентів (х) отримали від 6 до 12 балів (m). Такі особистості здатні твердо відстоювати свої переконання, вести конструктивний діалог, змінювати свою думку, якщо для цього є об'єктивні підстави. Здатні іноді на зайву різкість, неповагу до співрозмовника. Від 14 до 18 балів (m) отримало 18,0 % студентів фізико-математичного факультету (х). Такі особистості можуть прийняти будь-яку ідею, з розумінням ставитися до парадоксального на перший погляд вчинку, навіть якщо його не схвалюють. Достатньо критично ставляться до

своїх думок і здатні з повагою і тактом по відношенню до співрозмовника відмовитися від поглядів, які, як з'ясувалося, помилкові.



**Рис.1.** Результати дослідження за методикою «Чи можна вважати Вас толерантною людиною?» (автор – Є.М. Кайлюк)

У рамках Міжнародного наукового проекту «Лідерство. Толерантність. Волонтерство» було створено програму розвитку толерантності студентської молоді, формування гармонійної стратегії поведінки на засадах здорового способу життя. Завданнями програми є розвиток особистісної відповідальності; емпатії; конструктивної взаємодії з оточуючими і природним середовищем [6]. Програма використовується в освітньому процесі ПНПУ імені В.Г. Короленка та в закладах середньої освіти під час проходження студентами виробничих педагогічних практик.

### *Література*

1. Бондар В. С. Особливості формування толерантності майбутніх психологів у вищих навчальних закладах / В. С. Бондар // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна», 2015. – №11 – С. 32-34.
2. Кайлюк Є. М. Методика «Чи можна вважати Вас толерантною людиною?» [Електронний ресурс] / Є. М. Кайлюк // Практикум:

- тестова психодіагностика. – Режим доступу: [eprints.kname.edu.ua/3121/8/Тести.doc](http://eprints.kname.edu.ua/3121/8/Тести.doc), 2017 – Назва з екрану.
3. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини / І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ – Вежа. – Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
  4. Тимофієва М. П. Психологія здоров'я / М. П. Тимофієва, О. В. Двіжона. – 2009 – 296 с.
  5. Shayuk O.Y. Vitacultural horizons of tolerance conceptual cognition / O.Y. Shayuk // Психологія і суспільство. – 2017. – №1 (67) – С.73-78.
  6. Tolerance, Volunteerism and Leadership : textbook / authors. : Inga Kapustian, Svitlana Yalanska, Tetiana Nikolashina et.al. – Poltava : Publishing House «Simon», 2016. – 50 p.

## **МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

**В. В. Ярецька,**  
*магістрант спеціальності «Психологія»  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

У сучасному студентському молодіжному середовищі значною мірою виражені фактори, які несприятливо впливають на здоров'я: постійна перевтома, пов'язана з високою інтенсивністю навчального навантаження та необхідністю працювати паралельно з навчанням, незбалансоване харчування, недостатня тривалість сну, низька рухова активність та пристрасть до шкідливих звичок. Усе це у свою чергу призводить до зниження рівня відповідальності молодих людей за збереження власного здоров'я та формування навичок здорового способу життя [2].

Актуальність дослідження обумовлена стійкою тенденцією до зниження рівня здоров'я населення України. Серйозну стурбованість суспільства викликає стан здоров'я і спосіб життя студентської молоді. Зважаючи на даний факт, орієнтація на здоров'я та його зміцнення повинна стати ціннісним мотивом, що формує, регулює і контролює спосіб життя молодої людини. Залучення студентів до здорового способу життя



слід починати з формування у них мотивації здоров'я. Тому так важливо визначити методи, за допомогою яких рівень цієї мотивації може бути вимірний та детально проаналізований.

Вивченням питань, що стосуються здорового способу життя студентів, а також створенням психодіагностичних методик з даної тематики займалися такі науковці, як: В. А. Ананьєв, О. А. Ахвердова, В. Н. Белєнов, Т. В. Белінська, Р. А. Березовська, О. С. Васильєва, І. Б. Вовина, Е. В. Водньова, В. І. Войтенко, С. Д. Дерябо, Е. В. Жданов, В. Є. Іванова, Д. А. Ізуткін, В. М. Кабаєва, В. Є. Каган, Е. Ю. Коржова, Е. М. Кудрявцев, В. С. Кучменко, Ю. П. Лисицин, В. А. Магін, О. Ю. Малоземов, І. І. Мамайчук, І. В. Миколаєв, Г. І. Муразбеков, О. О. Помазан, С. А. Романова, Н. Л. Русинов, В. А. Соломонів, Л. П. Сущенко, Ф. Р. Філатов, В. А. Ясвін.

Після огляду літератури стає зрозуміло, що наукових праць, спрямованих на вивчення саме мотивації до здорового способу життя у студентської молоді налічується небагато. Якщо ж говорити про наявні психодіагностичні методики, варто звернути увагу на те, що більшість з них має характер самооцінки здоров'я, а такий критерій не є особливо актуальним для студентів, адже вони молоді та почуваються добре, не мають вікових хвороб, використовують значні ресурси свого організму для виконання щоденних завдань. Більш практичними ми вважаємо методики, які передбачають виявлення сталих звичок студентів, що дають розуміння про те, ведуть вони здоровий спосіб життя чи ні.

У зв'язку зі сказаним вище, ми хочемо запропонувати батарею методик, що включає як сферу мотивації, так і сферу здорового способу життя, а також враховує вікові особливості осіб старшого юнацького віку (студентство припадає саме на цей віковий проміжок).

Насамперед оцінки потребує студентська вмотивованість, для її вивчення ми використовуємо адаптовану методика В. Е. Мільмана «Діагностика мотиваційної структури особистості». Методика дозволяє виявляти стійкі тенденції особистості, які складаються у сім шкал мотиваційного профілю, серед них: підтримка життєзабезпечення, комфорт, соціальний статус, спілкування, загальна та творча активність, суспільна корисність. Також у методиці присутня «шкали корекції» – перевірна шкала для деяких пунктів, за якими існує ймовірність, що студент міг прикрасити свій портрет, яка передбачає розгорнуті відповіді [3, с. 392-395]. У нашій адаптації акцент зроблений саме на рівень вираженості шкал мотиваційного профілю, що дозволяє використовувати

показники цих шкал для подальшого виявлення взаємозв'язку мотивації та прагнення вести здоровий спосіб життя.

Для подальшого дослідження ми вважаємо за потрібне брати до уваги такі об'єднання складових здорового способу життя.

Здорова харчова поведінка, передусім дотримання основних вимог щодо здорового харчування та відсутність порушень харчової поведінки. Для дослідження цього аспекту ми пропонуємо авторську методику «Сукупна оцінка харчової поведінки». За допомогою методики визначаємо наскільки повноцінним та регулярним є харчування студентів, у якій мірі воно відповідає основним засадам здорового харчування. Також ми зважаємо на психологічний аспект, а саме дізнаємося, якому мірою студенти задоволені своїм зовнішнім виглядом, адже це напряму залежить від харчування, окрім цього відзначаємо як студенти реагують на питання, пов'язані з можливими порушеннями харчової поведінки.

Дотримання оптимального режиму життя, зокрема таких його частин, як: регулярна фізична активність, загартовування та підтримання імунітету, здоровий сон, нормальне співвідношення часу, який витрачається на навчання (роботу) та на дозвілля. На виявлення цих складових спрямована авторська методика «Діагностика мотивації до реалізації рухової активності та дотримання оптимального режиму дня». Суть її полягає у тому, що студенти відзначають звичні для себе приклади поведінки, на основі яких робиться висновок про те, чи мають вони достатній рівень рухової активності та чи розподіляють оптимально свій час. Перед розробкою методики було опрацьовано наукову статтю Н. В.Москаленко [5].

Забезпечення психологічного здоров'я та здорової психосексуальної, для чого пропонуємо використовувати адаптовану нами методика Холмса-Раге «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації». Оригінальна методика спрямована на виявлення подій, які сталися з респондентом за останній рік та могли спричинити емоційну напругу різної сили, проте вона розрахована на людей, які вже працюють та мають сім'ї [1, с. 110-114]. У нашій адаптації твердження відповідають життєвим ситуаціям, які могли б статися зі студентами.

Відсутність шкідливих звичок та уникнення невиправдано ризикованих і небезпечних ситуацій. Авторська методика «Шкала схильності до здорової поведінки» розроблена для того, щоб з'ясувати чи виражена у студентів тяга до паління, вживання алкоголю та ризикованої поведінки. Виявлення хоча б однієї з цих шкал свідчить про те, що студент

не прагне вести здоровий спосіб життя. Для розроблення методики використовувалися дані з дослідження Е. Л. Луценко та О. Е. елкової [4].

Розроблена нами батарея методик дає можливість комплексно оцінити рівень студентської мотивації до ведення здорового способу життя. Саме такий підхід створює можливість в повній мірі проаналізувати такі важливі питання, як: зацікавленість студентів у збереженні та зміцненні власного здоров'я, наявний рівень фізичного, психоемоційного та соціального здоров'я сучасної молоді, актуальність методів, що сприяють підвищенню студентської орієнтації на здоров'я.

Таким чином, ми з'ясували, що мотивація до здорового способу життя у студентської молоді є надзвичайно важливою в контексті сталого розвитку українського суспільства. Тому психодіагностичні методики, запропоновані нами, можуть стати корисним інструментом у руках дослідників, за допомогою них можна побачити як загальну картину проблеми, так і окремі її компоненти, що створює додаткову цінність для подальших досліджень.

### *Література*

1. Водоп'янова Н.Є. Психодіагностика стресу. СПб.: Пітер, 2016. 336 с.
2. Гуліч М. П. Раціональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення. *Проблеми старіння і довголіття*. 2016. № 2. С. 128–132.
3. Іллін Є.П. Мотивація і мотиви переклад з рос. мови, передмова та примітки Т.В. Тадеєвої Тернопіль: Навчальна книга Богдан, 2015 512 с.
4. Луценко Е.Л., Габелкова О.Е. Опитувальник порушень здорової поведінки – новий інструмент для досліджень в психології здоров'я *Питання психології*. 2018. №5. С. 142-153.
5. Москаленко Н.В. Мотиваційні пріоритети студентів до занять фізичною культурою і спортом. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2015. № 2. С. 10-19.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА  
Кафедра психології  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА  
Лабораторія вікової психофізіології  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра акушерства та гінекології**

## **ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я**

**Матеріали  
IV Всеукраїнської науково-практичної конференції**

**22 листопада 2019 року**

**[Текст]**

*Матеріали подані в авторській редакції. Відповідальність за грамотність,  
науковий та літературний зміст, достовірність фактів і посилань  
несуть їх автори*

Головний редактор:  
**Ольга Валеріївна Бацилева**  
д-р психол. наук, професор

Відповідальний за випуск:  
**Ірина Володимирівна Пузь**  
канд. психол. наук, доцент