ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»

ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ

«РЕАБІЛІТАЦІЯ: ФІЗИЧНА, ПСИХОЛОГІЧНА, СОЦІАЛЬНА»

МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

17-18 травня 2024 року, м. Вінниця

Вінниця – 2024

УДК 159.98:616-036.86:364.62](063)

Відповідальний за випуск: Н.П.Лєсніченко

Редакційна група Вінницького інституту Університету «Україна»: Г.В. Давиденко (головний редактор), Н.І. Костенко (заступник головного редактора)

Рекомендовано до друку вченою радою Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна» Протокол № 6 від 03.07.2024р.).

Дизайн та верстка: Лєсніченко Н.П.

Реабілітація: фізична, психологічна, соціальна. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції,* м. Вінниця, 17-18 травня 2024р. За заг. ред. Г.В. Давиденко. Вінниця : ТОВ «ДРУК», 2024. 408 с.

ISBN 978-617-8406-12-7
DOI: 10.58521/978-617-8406-12-7

У збірнику вміщено матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Реабілітація: фізична, психологічна, соціальна», 17-18 травня 2024 р., та матеріали, які виконувались в рамках тематик наукових досліджень, що зареєстровані в УкрІНТЕІ, а саме: «Актуальні аспекти реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій» №0124U000735; «Інклюзія та трансформаційні соціальні інновації у період кризових змін» №124U000839; «Розвиток здібностей особистості як предиктора реалізації її особистісного потенціалу» №0124U000734.

Відповідальність за зміст матеріалів, несуть автори.

ISBN 978-617-8406-12-7
DOI: 10.58521/978-617-8406-12-7

УДК 159.98:616-036.86:364.62](063)

© Вінницький інститут
Університету «Україна», 2024

РОЗДІЛ 1. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В УКРАЇНІ – ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

АЛЕНІНА Н.В.
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 227 Терапія та реабілітація
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна
м. Вінниця
ВИШАР ЄВГЕНІЯ
старший викладач кафедри соціальної роботи та
спеціальної освіти
Полтавський інститут економіки і права ЗВО «Відкритий
міжнародний університет розвитку людини «Україна»

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ

Переломи кісток передпліччя складають більше половини переломів кісток верхніх кінцівок і до 25% переломів усіх довгих кісток. Епіфізарні та діафізарні переломи променевої кістки в типовому місці зустрічаються досить часто - 15-20% всіх переломів кісток верхньої кінцівки.

Саме перелом променевої кістки в типовому місці є найбільш частим пошкодженням кісток передпліччя і зазвичай виникає в результаті падіння на витягнуту руку. Частим ускладненням цього перелому є обмеження рухливості в суглобах пальців і в плечовому суглобі внаслідок недостатньої рухової активності хворого.

Аналіз використаних джерел дає змогу відзначити недостатню кількість спеціальної літератури з фізичної терапії пацієнтів з переломом променевої кістки в типовому місці, особливо серед вітчизняних видань, що й визначило тему нашого дослідження. Відновлення працездатності хворих з переломами променевої кістки у типовому місці, можна досягти лише при застосуванні комплексу, що доповнює один одного терапевтичними засобами, спрямованими на підвищення функціональних можливостей. Найбільш відновлювальний комплекс засобів має цінність у зв'язку з потужним патогенетичним впливом на функції різних систем організму, який включає різні види фізичних вправ, що використовуються в лікувальних цілях у поєднанні з медикаментозною терапією, фізичними факторами, санаторно-курортним лікуванням.

Функціональні порушення при даній травмі зумовили різноманітний підхід до методики занять лікувальною гімнастикою,

масажу та фізіотерапії. Дозування фізичних вправ проводили диференційовано шляхом вибору вихідних положень, характеру вправи та їх тривалість, темп виконання, кількість груп м'язів, які беруть участь у вправі, кількість перерв на відпочинок. Амплітуда рухів була обмежена появою болю.

Комплексна програма фізичної терапії пацієнтів з переломом променевої кістки включає: лікувальна гімнастика (процедуру проводили щодня протягом усього курсу реабілітації; 45 хв – у період відновлення спортивної працездатності. Перехід пацієнта з одного періоду в інший і, відповідно, кількість процедур залежить від індивідуальних особливостей пацієнта); ортопедичні заходи щодо методик лікувального закладу; фізіотерапія за методикою лікувального закладу (УВЦ №3, за поздовжнім методом електрофорезу новокаїну, кальцієво-фосфорні – 10 процедур по 10 хвилин, парафінові аплікації – 10 процедур по 10 хвилин); класичний масаж (процедуру проводили через день загалом 15 сеансів по 10 хвилин); нетрадиційний східний масаж (терапія) «Шіацу» (щоденно, 10 сеансів по 40-50 хв.).

Структура кожного заняття складалася з підготовчої, основної та заключної частини, тобто поділялася на тривалість, характер вправ, навантаження, щільність тощо. Фізкультхвилинка використовувалася в підготовчій частині заняття а також загальнорозвивальні вправи, корекційні вправи, вправи на координацію, вправи на рівновагу та дихання. В основній частині – призначалися спеціальні вправи для розробки суглобів і усунення атрофії м'язів, а також дихальні вправи у співвідношенні 2:1 або 3:1. У заключній частині вправи на увагу, координацію рухів, дихання та вправи на розслаблення. Тривалість кожного заняття становила приблизно 40 ± 5 хвилин.

Лікувальний масаж розпочали за класичною технікою, запропонованою для пацієнтів з травмами верхньої кінцівки - гіпертрофією та скутістю м'язів, контрактурою в суглобах.

При розробці та обґрунтуванні програми фізичної реабілітації пацієнтів після перелому променевої кістки в типовому місці ми враховували, що найбільш відновний комплекс засобів має цінність у зв'язку з потужним патогенетичним впливом на функції різних систем організму, який включає різні види фізичних вправ, що використовуються в лікувальних цілях у поєднанні з медикаментозною терапією, фізіотерапія та масаж, які були запропоновані. Що стосується фізіопроцедур і масажу, то їх використовували як традиційні методи лікування переломів. Крім того, в запропонованій програмі фізичної реабілітації використано нетрадиційну японську методику – «Шіацу». Усі запропоновані засоби та методи фізичної

реабілітації дозволяли зняти напругу, зробити глибокі м'язи більш еластичними, поліпшити кровопостачання, кровообіг, зняти м'язову напругу, забезпечили дію через біологічно активні точки на рефлекторному рівні у пацієнтів після перелому променевої кістки в типовому місці.

БОЗНЯК М.С.
здобувач 4-го курсу підготовки бакалаврату
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м. Вінниця

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ПЛАСТИНИ В КОЛІННОМУ СУГЛОБІ

Збалансованість навантаження на зв'язки, м'язи порушується. У них так само настає зміни, не кажучи про вплив і на них хвороби. Поступово в процес залучаються всі тканини суглоба. Все це призводить до хворобливих і обмеженим рухам в суглобі, його деформації.

Ендопротезування – хірургічне лікування, спрямоване на відновлення суглоба, пошкодженого дегенеративно-дистрофічними процесами.

Головне завдання відновного періоду після операції – поступове повернення пацієнтові можливості самостійно пересуватися. Реабілітація після заміни колінного суглоба складається з трьох етапів: раннього (3 тижні), пізнього (до 6 місяців) і віддаленого (до року).

Курс лікувальної фізкультури післяопераційної реабілітації повинен по черзі зачіпати всі ділянки нижньої кінцівки й включати такі вправи:

1.Згинання та розгинання гомілковостопного суглоба. Спочатку носок тягнуть на себе, а потім-в протилежну сторону. Вправу повторюють 10 разів. Його рекомендується робити кожні 10 хвилин протягом дня.

2.Відведення ноги в сторону, лежачи в ліжку. Кінцівку відводять в бік, ковзаючи по поверхні, потім повертають на місце. При цьому носок стопи повинен бути спрямований вгору.

3.Згинання коліна до 90° з подальшим розгинанням. Вправа виконується в горизонтальному положенні. Ногу плавно тягнуть на себе, поки не досягнуть в коліні прямого кута. Потім кінцівку

повертають у вихідне положення – витягають вперед, ковзаючи по поверхні. Починають з малої амплітуди, поступово її збільшуючи.

4.Напруга чотириголового стегнового м'яза і активізація кінцівки. В положенні лежачи ногу підіймають вгору до рівня 30 см від поверхні. У такому положенні її затримують 5-8 секунд. Роблять 10 підходів з інтервалом 2 хвилини.

5.Попереміння скорочення сідничних, задніх і передніх м'язів стегна. Такий гімнастичний прийом нормалізує трофіку тканин, підвищує м'язовий тонус.

Через 5-6 днів після операції починають освоювати ходьбу на брусах, біговій доріжці або ступінчастому тренажеру. Застосовують велоергометр, оснащений електронною системою для контролю над ходом тренування. Вбудований комп'ютер дозволяє налаштовувати швидкість руху, час і дистанцію. Кількість підходів визначається лікарем. Поступово збільшують тривалість перебування на ногах.

Після виписки пацієнт користується милицями 5-7 тижнів, потім починає вчитися ходити самостійно. В положенні лежачи можна виконувати наступне:

* згинати ноги в колінах, розташувавшись на животі;

* лягти на спину і зробити планку, спираючись на здорову стопу і лопатки.

У положенні сидячи рекомендується робити такі вправи:

* одночасне згинання та розгинання пальців ніг;

* обертання стопами за і проти годинникової стрілки;

* підняття ноги, не згинаючи коліна;

* розгойдування кінцівок в повітрі протягом декількох секунд.

Вправи, що виконуються стоячи:

* згинання ноги вперед і назад, спершись на стілець;

* підйоми на носочки;

* "сповзання" по стіні;

* напівприсідання з опорою;

* випади назад;

* перекати з п'яти на носок [4, с. 79].

Через 1,5 місяця після операції по заміні суглоба можна розпочинати заняття ЛФК.

Висновки. Завдяки застосуванню сучасних методів та засобів фізичної реабілітації при ендопротезуванні суглобів, можливо уникнути ряду ускладнень: пневмонії, тромбозу, контрактур та гіпотрофії м’язів. З кожним роком з’являються нові технічні засоби, які доцільно включати до програми фізичної реабілітації таких хворих. Вони здатні не тільки пришвидшити процес відновлення хворого, але

й полегшити роботу фізичного терапевта. В навчальному підручнику розкриті аспекти підготовки хворого до ендопротезування та детально наведені дії фізичного терапевта під час кожного періоду відновлення

Список використаної літератури

1. Глиняна О.О. Основні принципи фізичної реабілітації після хірургічного лікування переломів опорно-рухового апарату. Фіз. вих., спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. Львів, 2018. Вип.27, С. 115–119.

2. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: Навч. посіб... Київ: Центр учбової літератури, 2018. 300 с.

3. Попадюха Ю.А. Сучасні роботизовані комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: Навч. посіб. .. Київ: Центр учбової літератури, 2017. 324 с.

4. Цимбалюк А.О., Мисула І.Р. Ефективність використання лікувальної фізкультури у реабілітації хворих з артрозом колінних суглобів / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги» 23-24 вересня 2021 р. С. 79-80.

5. Цимбалюк А.О. Ефективність використання лікувальної фізкультури в 7 реабілітації хворих з артрозом колінних суглобів. Медсестринство. 2022. №1. С.48-50.

6. Шищук В.Д. Переломи кісток нижньої кінцівки:клініка, діагностика, лікування, реабілітація: навчальний посібник. Суми: ТОВ «ВПП «Фабрика друку», 2015. 152 с.

БОРТНІК Л.В.
студент 2-го року підготовки
спеціальність «Терапія та Реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Згідно з визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), захворювання серцево-судинної системи стали однією з основних проблем охорони здоров'я у XXI столітті, що негативно впливають на стійкий розвиток і соціально-економічну

структуру країн світу. Вони також є найпоширенішою причиною смертності [1]. Найбільш розповсюдженим захворюванням серцево-судинної системи є гіпертонічна хвороба (ГХ), від якої страждає близько 15% населення та майже половина осіб старше 50 років. Приблизно у кожного п'ятого дорослого спостерігається підвищений артеріальний тиск. Зокрема, підвищений артеріальний тиск фіксується у 4% осіб віком 20–23 роки та досягає 50% і більше серед осіб віком 50–70 років [1]. З віком також з'являються супутні захворювання та стани, що можуть впливати на ефективність антигіпертензивної терапії.

Метою лікування гіпертонічної хвороби є зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Підвищений артеріальний тиск асоціюється з підвищеним ризиком мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця та передчасної смерті. Тривала артеріальна гіпертензія призводить до ураження органів-мішеней, зокрема до гіпертрофії лівого шлуночка, серцевої недостатності та ураження нирок, що може призвести до розвитку ниркової недостатності. Навіть незначне підвищення артеріального тиску несе суттєвий ризик для здоров'я. Зокрема, 60% серцево-судинних ускладнень спостерігається у пацієнтів з помірним підвищенням діастолічного артеріального тиску, не вище 95 мм рт. ст., оскільки саме ця група складає більшість серед осіб з підвищеним артеріальним тиском [2].

Важливим заходом немедикаментозної корекції є регулярне виконання динамічних фізичних вправ [2]. Фізична реабілітація відіграє значну роль у лікуванні гіпертонічної хвороби. Вона включає відновлювальну терапію в умовах лікувально-профілактичних закладів, використовуючи активні методи впливу на функціональні системи організму, такі як лікувальна фізична культура (ЛФК), фізіотерапевтичне лікування, ерготерапія, лікувальний масаж та фітотерапія. Своєчасні заходи адекватної активізації пацієнтів за допомогою дозованих тренувальних режимів, що впливають як безпосередньо, так і опосередковано на серцево-судинну систему, сприяють тренуванню і зміцненню органів кровообігу. Це підвищує толерантність до фізичного навантаження і відновлює фізичну працездатність у хворих на гіпертонічну хворобу. Особливості перебігу гіпертонічної хвороби, які потребують тривалого профілактичного лікування, визначають необхідність більш широкого застосування засобів фізичної реабілітації [1].

Методологія занять фізичними вправами при гіпертонічній хворобі залежить від характеру патологічних змін, викликаних

захворюванням, стадії захворювання, ступеня недостатності кровообігу та стану коронарного кровообігу. Реабілітація пацієнтів з гіпертонічною хворобою повинна бути строго індивідуалізованою та плануватися відповідно до наступних принципів:

1. Основну роль у лікуванні гіпертонічної хвороби I стадії відіграють дієтотерапія, засоби фізичної культури та медикаментозна терапія.

2. Фізичне навантаження пацієнтів повинне відповідати їхньому стану, стадії захворювання та формі патології.

3. У процесі фізичної реабілітації необхідне цілеспрямоване тренування пацієнтів для стимуляції відновних процесів в організмі та поступової адаптації до зростаючого фізичного навантаження.

4. Рухова активність пацієнтів повинна здійснюватися під ретельним та систематичним лікарським контролем.

5. Кінцевою метою фізичної реабілітації пацієнтів з гіпертонічною хворобою є підвищення їхньої фізичної працездатності.

Застосування вищезазначених принципів лікувальної фізичної культури є обов'язковим як при створенні лікувального комплексу для кожного окремого випадку, так і при розробці програми реабілітації для групи пацієнтів із подібними клінічними проявами.

Завданнями фізичної реабілітації при гіпертонічній хворобі є вплив на центральну нервову систему (ЦНС), відновлення порушених взаємовідносин між процесами збудження та гальмування, руйнування патологічних зв'язків та пригнічення вогнищ застійного збудження, що підтримують пресорну спрямованість судинно-рухових центрів. Важливими аспектами є також поліпшення психоемоційного стану хворого, поліпшення кровообігу, особливо периферичного, а також місцевого кровообігу в серці та нирках, і підвищення обмінних процесів у цих органах та організмі в цілому. Цілі реабілітації включають підвищення загальної витривалості та тренованості організму, ліквідацію застійних явищ у малому колі кровообігу та дискінезій травного тракту, а також профілактику супутніх захворювань (ожиріння, цукровий діабет, атеросклероз та інші). Завдання реабілітації включають також побутову та трудову реабілітацію [4].

У лікувальній фізичній культурі (ЛФК) для лікування гіпертонії застосовуються такі основні засоби: фізичні вправи (гімнастичні, спортивно-прикладні, ідеомоторні, вправи з посилкою імпульсів до скорочення м'язів), ігри, природні фактори та лікувальний масаж. На етапах відновного лікування основним засобом

ЛФК є фізичні вправи. Існує кілька форм проведення занять ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), лікувальна гімнастика (ЛГ), самостійні заняття фізичними вправами (СЗ), лікувальна дозована ходьба і сходження (теренкур), масові форми оздоровчої фізичної культури, дозовані плавання, веслування, біг тощо [3].

При гіпертонічній хворобі, завданнями лікувальної фізичної культури (ЛФК) є: нормалізація процесів збудження і гальмування в центральній нервовій системі (ЦНС); нормалізація судинного тонусу і моторно-судинних рефлексів; поліпшення периферичного кровообігу та артеріального тиску; стимуляція обміну речовин; зменшення реакції організму на несприятливі зовнішні впливи; зниження дози медикаментозних препаратів; підтримання працездатності хворого [1].

Заняття лікувальною гімнастикою (ЛГ) проводяться малогруповим методом, використовуючи вихідні положення "сидячи" і "стоячи". Призначаються вправи для великих і середніх м'язових груп у повільному і середньому темпі. Співвідношення загальнорозвивальних вправ (ЗРВ) до дихальних (ДВ) становить 3:1, а кількість повторень - 4-6 разів. У заняття також включаються вправи на розслаблення, рівновагу і координацію рухів. Тривалість заняття - 20-25 хвилин. При наявності тренажерів використовуються велотренажер, бігова доріжка (у повільному темпі) та крокуючий тренажер. При цьому артеріальний тиск не повинен перевищувати 180/110 мм рт. ст., а частота серцевих скорочень (ЧСС) - 110-120 ударів на хвилину [2].

Завдяки фізичним вправам активуються резервні капіляри, що сприяє зниженню артеріального тиску (при адекватній реакції на навантаження), зменшенню периферичного опору та зниженню навантаження на серце. Розвиток екстракардіальних факторів кровообігу, який виникає при дозованому фізичному навантаженні, також сприяє поліпшенню периферичного кровообігу. Використання різних методів для зниження підвищеного м'язового тонусу (елементи масажу, пасивні вправи, ізометричні вправи з подальшим розслабленням) може сприяти зниженню судинного тонусу [4].

Отже, гіпертонічна хвороба є поширеним захворюванням, що вимагає комплексного підходу до лікування, яке повинне включати дієтотерапію, медикаментозну терапію, фітотерапію і лікувальну фізичну культуру. У науковій літературі зустрічаються суперечливі дані щодо дозування, інтенсивності та вибору методів лікувальної фізичної культури у фізичній реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу.

Список використаної літератури

1.Калмикова Ю. С. Особливості застосування методик лікувальної фізичної культури при гіпертонічній хворобі І стадії / Ю. С. Калмикова, Л. Ю. Яковенко // Фізична культура, спорт та здоров'я : матеріали ІІ Всеукраїнської студентської наукової інтернет-конференції, 10–11 грудня 2015 року. – Х.: ХДАФК, 2015. – С. 195–197.

2.Коваленко В. М. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні / В. М. Коваленко, А. П. Дорогой // Матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 21–23 вересня 2016 р.). К., 2016. – С. 5–14.

3.Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема (аналітично-статистичний посібник) / під ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – К., 2014. – 280 с

БУРЛАКА Д.Р., ВІНТОНОВИЧ Т.С.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 227 Терапія та реабілітація
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м. Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ АНКІЛОЗУЮЧОМУ СПОНДІЛОАРТРИТІ

Хвороба Бехтерєва(анкілозуючий спондилоартрит) – це хронічне аутоімунне захворювання, яке характеризується ураженням хребта. В нашій країні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція до збільшення захворюваності людей на анкілозуючий спондилоартрит, особливо серед чоловіків працездатного віку (18 – 35 років), що сприяє розвитку не тільки медичних проблем, але і соціально-економічних. Патологію також називають анкілозуючим спондилітом. Імунна система вражає клітини хребта, в результаті розвивається запальний процес. На його фоні хребці поступово зростаються, тому з'являється анкілоз (нерухомість суглобів). У міру прогресування захворювання анкілоз посилюється, що призводить до зниження рухливості хребта та негативно позначається на руховій активності пацієнта.Запідозрити розвиток захворювання можна по болях, які виникають в області попереку та крижів, особливо в стані спокою. Рухова активність зменшує больові відчуття. Симптом турбує частіше під ранок.У міру прогресування хвороби Бехтерєва з'являються й інші симптоми: обмеження рухливості хребта, швидка стомлюваність;поява сутулості,

болі в п'ятах під час ходьби, болі в кульшових суглобах, які віддають у сідниці, зміна ходи тощо.Пізніше до перелічених симптомів додається дискомфорт і біль у грудній клітці під час кашлю та чхання, втрата ваги при звичному раціоні. Поступово хребці зростаються дедалі більше, тому хребет стає менш рухливим, що ускладнює будь-яку рухову активність. Пацієнт приймає позу прохача – постійно нахилений, має напівзігнуті руки та злегка зігнуті ноги. При хворобі Бехтерєва часто спостерігаються також порушення зору.

Оскільки хвороба Бехтерєва належить до невиліковних захворювань, терапія спрямована на зменшення прояву симптомів, покращення якості життя та уповільнення прогресування патології. Для медикаментозної терапії анкілозуючого спондиліту застосовують такі препарати: нестероїдні протизапальні засоби, глюкокортикостероїди, імунодепресанти, цитостатики, імуносупресанти тощо.Також ефективно застосовуються різні фізіотерапевтичні методики (теплотерапія, ультразвукова терапія, магнітотерапія тощо). Комплексне лікування також може включати масаж, лікувальну фізкультуру. Фізична активність і регулярні вправи відіграють важливу роль у зменшенні появи симптомів та уповільненні прогресування патології. Ось деякі рекомендації щодо фізичних вправ при хворобі Бехтерєва:

1. Регулярні вправи на розтяжку допоможуть зняти напругу в м'язах і суглобах. Гнучкість можна розвивати за допомогою йоги, пілатесу або інших подібних програм.
2. Важливо включити в програму тренувань вправи на зміцнення м'язів, оскільки їх слабкість може посилити симптоми хвороби Бехтерєва. Фізична терапія або індивідуальні заняття з професійним тренером можуть допомогти створити відповідну програму для зміцнення м'язів і підвищення стабільності хребта.
3. Вправи, спрямовані на зміцнення серцево-судинної системи, такі як ходьба, плавання, їзда на велосипеді або аеробіка у воді, дозволяють підтримувати загальну фізичну форму та покращують витривалість
4. Важливо виконувати фізичні вправи регулярно, поступово збільшуючи інтенсивність та обсяг тренувань. Починати слід із легких вправ і поступово просуватися до інтенсивніших
5. Дихальні вправи, такі як глибоке діафрагмальне дихання або техніки, що застосовуються при йозі, можуть допомогти зняти напругу, покращити кисневе забезпечення організму та знизити стрес.

Пацієнтам із хворобою Бехтерєва рекомендується стежити за раціоном та при необхідності змінити його.Намагайтеся споживати різноманітні продукти, які забезпечують організму доступ до всіх необхідних поживних речовин. Вживайте свіжі фрукти та овочі, цільнозернові продукти, нежирні джерела білка (рибу, курячу грудку, морепродукти), горіхи, насіння та «здорові» жири (авокадо, оливкова олія). Омега-3 жирні кислоти мають протизапальні властивості та можуть бути корисні при хворобі Бехтерєва. Риб'ячий жир, лляне насіння, чіа та волоські горіхи є відмінними джерелами жирних кислот омега-Деякі продукти можуть сприяти розвитку запального процесу в організмі. Намагайтеся обмежити вживання жирного м'яса, напівфабрикатів, солодощів і газованих напоїв. Намагайтеся пити достатню кількість води протягом дня для збереження рухливості хребта та здоров'я в цілому. Рекомендована добова доза – 30 мл на 1 кг маси тіла. Підтримка здорової ваги допоможе знизити навантаження на хребет і суглоби, покращити рухливість і загальний стан при хворобі Бехтерєва. Намагайтеся збалансовано харчуватися та займатися регулярною фізичною активністю, щоб не допускати появи зайвої ваги.

Щоб знизити ризик розвитку захворювання та попередити його швидке прогресування, важливо вести активний спосіб життя, регулярно виконувати фізичні вправи, щоб зміцнювати м'язи, зберігати рухливість суглобів, підтримувати вагу в нормі. Особливо корисними є піші прогулянки, плавання, їзда на велосипеді.Необхідно правильно та збалансовано харчуватися, щоб організм отримував життєво важливі для хребта мікроелементи та вітаміни.Слід відмовитися від куріння та інших шкідливих звичок.Варто зміцнювати імунітет, уникати інфекцій, а у разі зараження не займатися самолікуванням, а одразу звертатися до лікаря.При наявності спадкового фактора рекомендується 1 раз на півроку проходити профілактичне обстеження. Це допоможе виявити захворювання на ранній стадії та вчасно розпочати лікування.

БУЦАН КАРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м. Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ФУНКЦІЙ КІНЦІВОК УНАСЛІДОК ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Актуальність дослідження. Після 24 лютого 2022 року життя мільйонів українців розділилося на "до" і "після" повномасштабного вторгнення, а особливо військових. Вони кожен день ризикують своїм життям і отримують тяжкі поранення, одними з яких є вогнепальні. Вогнепальна рана — це ушкодження тканин і органів, що спричинене вогнепальною зброєю, при якому порушується цілісність покриву (шкіри, слизової або серозної оболонки). Тулуб захищений бронежилетом, голова захищена каскою, яка виготовлена з міцних матеріалів. Тож частіше відбувається вогнепальне поранення кінцівок, так як вони найменше захищені частини тіла військового.

Мета дослідження: Проаналізувати фізичну реабілітацію після вогнепального поранення та дослідити особливості відновлення функцій уражених кінцівок або їх частин.

Найчастішим ускладненням після вогнепального поранення є контрактура, яка може бути викликана довгою іммобілізацією. Контрактурою називають тимчасову або стійку обмеженість амплітуди руху суглобів. Причини виникнення можуть бути внутрішньосуглобові або позасуглобові механічні порушення. Контрактури викликають відносне вкорочення кінцівок і призводять до певних порушень. Контрактура нижніх кінцівок призводить до порушення ходи, як наслідок пацієнт вимушений використовувати палиці, милиці та ін. Контрактура верхніх кінцівок призводить до труднощів у самообслуговуванні.

Часто застосовується комплексна фізична терапія пацієнтів з вогнепальним пораненням. До неї входять різні фізіотерапевтичні процедури: гальванізація та медичний електрофорез, електростимуляція, ультразвукова терапія та фонофорез лікарських речовин; ультрафіолетове та інфрачервоне опромінення; гідротерапія; теплолікування (грязе-, парафінолікування та ін.). До основних методів і засобів при контрактурі ще належать масаж, суглобова гра, постізометрична релаксація, активні й пасивні вправи. Вони допомагають відновити амплітуду руху.

Від виду та структури контрактури, що спричиняє обмеження, залежить вибір методу лікування. Активні та пасивні фізичні вправи

можуть допомогти усунути всі види контрактур. Іммобілізація при вогнепальних пораненнях може призвести до значної втрати м'язової сили. Тому рекомендовано використовувати вправи з обтяженням (гантелі, пружинні еспандери та ін.), які допомагають відновити силу м'язів. Для зменшення суглобової болі та усунення різних контрактур застосовують суглобову гру. Застосовують тракцію суглоба та навколосуглобових тканин, яка забезпечується коливальними рухами два-три рази на секунду протягом двох-трьох хвилин. Для великих суглобів частота менша. Зменшенню болю у м'язах, який виникає через зміну тонусу м'яза, сприяє постізометрична релаксація.

Висновки: Фізична реабілітація буде ефективнішою за умови раннього початку реабілітаційних втручань та комплексності реабілітаційних методів та засобів. Комбінація правильно підібраних засобів та методів, з урахуванням особливостей кожного пацієнта, надає можливість поступово відновлювати втрачені функції та рівень фізичної працездатності військовослужбовців у відповідні терміни. Отже, головне завдання фізичної терапії після вогнепального поранення є запобігання контрактурам суглобів та втраті м'язового тонусу, а також впровадити засоби ерготерапії, які допоможуть пацієнтам адаптуватися після поранення або хірургічного втручання.

Список використаної літератури:

1. Грін С. О. Усунення основних ускладнень вогнепальних переломів кінцівок засобами фізичної реабілітації в постіммобілізаційному періоді. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова* : зб. наук. пр. Київ. НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2016. 3К1(70). 352 с.

2. Крук І.М., Григус І.М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Rehabilitation and Recreation*. 2022. № 12. С. 44–51.

ГЕРАСИМЕНКО ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально- економічного інституту
Університету «Україна»
м. Вінниця

ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ПОСТАВИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДИКИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ФОТОМЕТРІЇ

Актуаліть дослідження. Аналізуючи статистичні дані за 2020-2021 роки, вражає рівень зростання патології опорно-рухової,

серцево-судинної та нервової систем у дітей та підлітків. За даними звітів служби медичної статистики в Україні, порівняно з останніми десятиліттями, на 72% зросла захворюваність дітей, у 16 разів зменшилася кількість здорових дітей, утричі зросла кількість новоутворень, уражень системи кровотворення та органів травлення.

На сьогодні зареєстровано понад 150 тисяч дітей з інвалідністю[4]. Згідно даних звітів по Рівненській області, стан захворюваності на сколіоз у шестирічних учнів загальноосвітніх шкіл складав 7,9 %, порушення постави мають понад 20 %, а у школярів 2–8 класів названі відхилення спостерігаються відповідно у 15,8 % та 40,9 % [1].

Мета дослідження. Вищенаведені дані статистичних звітів спонукали нас розробити метод скринінгового обстеження дитини, який був би швидким за часом виконання, захоплював би велику кількість обстежуваних і при цьому мав би ознаки об'єктивного та економічно-виправданого.

Таким чином, з метою вдосконалення динамічного контролю за станом постави в ході реабілітаційних фізіотерапевтичних програм, підвищення об'єктивізації вимірювальних показників, скорочення часу антропометричного обстеження та спрощення статистичної обробки матеріалу, нами було розроблено та впроваджено у практичну медичну діяльність програмний комплекс діагностики порушень постави методом комп'ютерної фотометрії [2]. Методика класичного антропометричного обстеження в результаті цього збагатилась можливостями цифрової обробки фотографій тулуба дитини з наступним створенням біометричного профілю, який виражає цифрові показники постави в градусах та міліметрах. Діагностичний вимірювальний алгоритм є універсальним та дозволяє проводити точні вимірювання будь-яких завантажених в діалогове вікно програми медичних зображень, включаючи оцифровані рентгенограми, СКТ- та МРТ-сканограми.

Однією з особливостей програми є можливість створювати алгоритми вимірювань, згідно яких програма вираховує необхідні лінійні розміри між двома вказаними точками і кутові показники між трьома точками, відміченими в площині фотозображення. Комп'ютерна програма функціонує як діалогова система, під час роботи якої оператору вказується послідовність розміщення пунктів курсором на графічному об'єкті.

Етапність в процесі графічної обробки полягає у цифровій ідентифікації промаркованих заздалегідь на тілі пацієнта маркером кісткових орієнтирів. В кінцевому етапі обробки отримаємо цифрові

значення лінійних та кутових параметрів. В результаті, обчислені за допомогою фотометричної програми антропометричні параметри автоматично фіксуються в рамках протоколу фотометричного дослідження [3].

Висновки. Оптимальний діагностичний результат при антропометричних та клінічних обстеженнях дітей з порушеннями постави можна досягнути за допомогою комплексного впровадження клінічних, рентгенологічних, соматоскопічних та соматометричних методів дослідження.

В якості засобу інструментального методу дослідження, цифрова фотометрія, як засіб сучасної діагностики, має високий рівень доказовості та достовірності, який дозволяє максимально швидко і точно виміряти лінійні та кутові антропометричні параметри тіла дитини і виступає ефективним інструментом своєчасного виявлення порушень постави при профілактичних оглядах дітей та підлітків.

Список використаної літератури :

1. Галіздра А. А. Взаємозв'язок функціональних порушень постави і фізичної підготовленості школярів / А. А. Галіздра // Теорія та методика фізичного виховання. – 2005.– № 2 (18). – С. 25-27

2. Герасименко В.В., Колісник П.Ф., Григор'єв А.С.. (2004) Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 10007 Програма діагностики порушень постави методом комп'ютерної фотометрії / Видане Державним департаментом інтелектуальної власності 17.05.2004

3. Герасименко В.В. Соматометрична програмна оцінка змін при порушеній поставі та сколіозах першого і другого ступенів, розробка методів їх ефективної корекції / В.В. Герасименко, П.Ф. Колісник // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2006. – № 10(2).– С. 330-331.

4. Глядя С.О., Борейко Н.Ю., Юшко О.В. Антропометричні вимірювання і оцінка функціонального стану: метод. рекомендації для студентів НТУ «ХПІ» до практичної роботи з дисципліни «Фізичне виховання». Харків: Нац. техн. унт «Харків. політехн. ін-т». 2021.23 с.

ГЛУШКО ДІАНА ВІТАЛІЇВНА
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м. Вінниця

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Актуальність дослідження. На сьогоднішній день, у світі та в Україні зокрема, спостерігається тенденція до зростання показника захворюваності та летальності від серцево-судинних патологій. Одним із важливих факторів виникнення даних захворювань є низька фізична активність таких пацієнтів. Саме тому введення методів фізичної терапії та ерготерапії у реабілітаційні заходи під час лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями є досить ефективним та потребує більш детального вивчення.

Актуальним також є розробка та впровадження новітніх програм фізичної терапії та ерготерапії з урахуванням особливостей даної патології.

Мета дослідження: Дослідити реабілітаційні методи та засоби при серцево-судинних захворюваннях. Зокрема, ознайомитися із анатомо-фізіологічними особливостями серцево-судинної системи. Розглянути синдроми та визначити основні методи та засоби фізичної терапії, ерготерапії при даних патологіях.

Нами було проведено огляд доступної наукової літератури, проаналізовано та узагальнено результати різноманітних досліджень у даній галузі.

Під час занять із пацієнтами, які страждають на серцево-судинні захворювання важливим є правильність підбору лікувальних вправ та їх дозування. Під час усього курсу лікувальної гімнастики важливу роль приділяється дихальним вправам. У більшості кардіологічних хворих не має навичок раціонального дихання чи воно є втраченим внаслідок тривалого обмеження рухової активності. Саме тому такі вправи сприяють удосконаленню функції самого дихального апарату та мають вплив на весь організм.

Також таким пацієнтам рекомендується проведення масажу. В комплексному лікуванні серцево-судинних захворювань масаж впливає на нормалізацію функціонального стану нервової, судинної та симпатико-адреналової системи. Завдяки масажу відбувається: усунення застійних явищ, покращення в малому та великому колі кровообігу, активізування обміну та трофічних процесів в тканинах, підвищення тонусу серцевого м'яза і його скоротливої функції.

Застосування даного методу сприяє розвитку функціональних можливостей серцево-судинної системи.

Висновки: За наявності серцево-судинних патологій заняття фізичними вправами мають лікувальний ефект і припиняють подальший його розвиток. Одним із головних засобів реабілітації є суворо дозовані, поступово зростаючі фізичні навантаження, які підвищують функціональні можливості серцево-судинної системи.

При хронічних захворюваннях серця, після досягнення стійкого покращення, коли подальше покращення функцій серцево-судинної системи неможливе, фізичні вправи застосовуються як метод підтримуючої терапії. Отже, застосування фізичних вправ, лікувальної гімнастики є важливим засобом профілактики, лікування, реабілітації та підтримки досягнутих результатів.

Список використаної літератури:

1. European Society of Hypertension — European Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension // J.Hypertension. —2007. — Vol. 25. — P. 1105-1187.

2. Балаж М. Обґрунтування застосування фізичної реабілітації у комплексній терапії ішемічної хвороби серця у поєднанні з метаболічним синдромом / Марія Балаж, Ольга Марченко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 2. – С. 47–49.

ГОНЧАРОВА О.С.
Здобувач магістратури 1 курсу
Спеціальність 227 «фізична терапія , ерготерапія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: кандидат медичних наук ***ЛОМИНОГА С.І***
професор кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна».
м.Вінниця

ВИКОРИСТАННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ НЕЙРОВПРАВ ПРИ АФАЗІЇ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕННЯХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Слід зазначити, що нейровправи, які можна також йменувати нейрореабілітацією, застосовувані при афазії та когнітивних порушеннях після перенесеного інсульту, − це комплекс методів та процедур, спрямованих на відновлення або поліпшення функцій

нервової системи пацієнтів, який базується на принципах нейробіології та мозкової активності. Нейровправи включають фізичну терапію, заняття з логопедом, психотерапію, інші методи та вправи, спрямовані на максимальне відновлення функцій та підтримку якості життя пацієнтів.

Афазія, як одна з безпосередніх причин інвалідизації, виникає в середньому у 21-37% пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт. Афазія після інсульту потребує медикаментозного та логопедичного лікування. Найкраще, коли лікар логопед, із хворим займається особисто, такі вправи дозволять максимально покращити ефект [2, с. 28].

Виокремлюють два періоди в роботі з особами з афазією: гострий − до двох місяців після захворювання; резидуальний − після двох і далі. Основними принципами нейрореабілітації при афазії та когнітивних порушеннях після перенесеного інсульту є ранній початок, мультидисциплінарний підхід, обґрунтованість і комплексність заходів, що проводяться, наступність, а також максимальне долучення пацієнта до реабілітаційного процесу [3, с. 90].

Мовний апарат відновлюється тривалий час. Цей період проходить під ретельним наглядом логопеда та невропатолога, саме вони контролюють перебіг реабілітації. Порушення мовлення піддається кращій корекції, якщо зайнятися лікуванням через короткий час після нападу (1−2 тижні). Комплексний підхід до лікування хворих з постінсультною афазією, містить у собі кілька складових. Це логопедична терапія, когнітивно-поведінкова терапія, лікувальна фізкультура, і фармакологічна підтримка, причому для досягнення найкращого ефекту, стратегія лікування повинна охоплювати всі ці методи [2, с. 33]. За наявності мовних порушень, зокрема, афазії, до комплексу реабілітаційних заходів мають бути включені логопедичні заняття (артикуляційна гімнастика, логопедичний масаж, дихальні та голосові вправи), спрямовані на підвищення функціональної активності м’язів, що беруть участь у мовленнєвому акті. Наприклад, ефективною буде програма, яка містить низку вправ для відновлення тих чи інших порушень мовлення залежно від випадку та стану пацієнта. Вправи: повторення та проговорювання автоматизмів на початку та в кінці кожного заняття; називання картинок; обрання зайвого; розповідь за сюжетним малюнком. Вправи на розвиток граматичної та лексичної сторін мовлення; артикуляційна гімнастика (для розвитку артикуляційного та орального праксису); написання певної кількості слів на задану букву тощо [3, с. 90].

Серед усіх неврологічних порушень, що є наслідком інсульту, особливе значення мають когнітивні порушення. Найбільш ефективними відновні процеси є протягом першого місяця після перенесеного інсульту із поступовим зниженням їх активності впродовж року, проте і через рік після перенесеного інсульту питання відновлення когнітивних та моторних функцій залишається актуальним [1, с. 17]. З одного боку, це зумовлено високою поширеністю зниження когнітивних функцій судинного генезу, а з іншого − важливістю збереження когнітивного статусу хворого з метою планування процесу реабілітації для конкретного пацієнта. Наявність когнітивних порушень не лише знижує ефективність лікування та реабілітації, погіршує прогноз відновлення, а й знижує якість життя хворого. Лише 6−7% хворих повністю відновляться. Є можливість швидкого відновлення когнітивних функцій, однак це зустрічається лише у хворих, які перенесли інсульт у молодшому віці. Щоб допомогти літнім людям відновитися, потрібна когнітивна реабілітація. Вона спрямована як на усунення дефектів, так і на адаптацію до життя при незворотних когнітивних порушеннях.

Нейровправи при когнітивних порушеннях після перенесеного інсульту поділяються на два види. Перший – модально-неспецифічні спрямовані на тренування нейродинамічних параметрів та мислення, вербальний та невербальний вплив. За необхідності залучаються спеціальне програмне забезпечення, спрямоване на стимуляцію нейродинамічних параметрів. Другий − модально-специфічні, які базуються на відновленні когнітивних функцій за допомогою збереженої модальності з поступовим дозованим ускладненням програми процесів. Нейровправи при когнітивних порушеннях після перенесеного інсульту включають когнітивну гімнастику; когнітивний тренінг; психологічні та поведінкові корекційні методики корекції, де зусилля здебільшого спрямовані на покращення сну, духовний стан за допомогою спеціальних практик, арт-, музикотерапії; психотерапевтичні методики; медитацію та заняття йогою. Також з метою корекції психоемоційного фону з пацієнтами з когнітивними порушеннями після перенесеного інсульту проводиться психотерапія, освітні заняття із родичами пацієнтів тощо [1, с. 17].

Отже, нейровправи при афазії та когнітивних порушеннях після перенесеного інсульту передбачають застосування комплексного підходу до відновлення функцій та підтримки якості життя пацієнтів, який включає фізичну терапію, логопедичні заняття, психотерапію та інші методи і вправи. Ці заходи спрямовані на максимальне поліпшення стану та підтримку хворих.

Список використаної літератури

1. Герасимчук В. Р. Стан когнітивних функцій у пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту. *Прикарпатський вісник НТШ.* 2019. №5. С. 16-21.
2. Некрасова Н. О. Постінсультна афазія у контексті сучасних поглядів на нейрофізіологію мовної функції. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2021. № 5 (33). С. 28-37.
3. Сулятицький І. В. Соціопсихологічні засади роботи з афазією як типовим порушенням мовлення після інсульту. *Педагогічна освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка.* 2018. №30. С. 86-93.

ДВОРЕЦЬКА Т. П.
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м. Вінниця

ПОКРАЩЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ДЦП

Мабуть, для кожного в світі з батьків, здоров'я власних дітей значно важливіше за своє особисте. Але часто життя вносить свої корективи. Відлунням звучить у вухах, як вирок, що в твоєї дитини ДЦП. Але як би гірко не було, життя продовжується і потрібно з цим жити і рухатися далі.

Одним з ефективних методів покращення рухової активності при ДЦП є ортезування та фізична терапія. Це допомагає знизити м'язовий тонус – це спастичність, дистонія. До первинних порушень відноситься: баланс, сила, пізнавальний вплив. До вторинних порушень відноситься – контрактури, деформації.

ДЦП – не прогресуюче ураження незрілого мозку, що призводить до моторної дисфункції.

- Ураження не прогресує, але клінічні прояви змінюються з часом.
- Найпоширеніша причина фізичної вади в ранньому дитинстві.
- Рівень поширеності: 2-3 дитини на 1000 новонароджених.

В Швеції, Норвегії, Данії, Шотландії, Ісландії та Австралії для дітей з ДЦП або підозрою на нього розроблено програму профілактичного спостереження – CPUP.

ЇЇ метою є раннє виявлення та якомога раніше лікування дітей із ризиком розвитку або вивиху стегна.

- Мета полягає в тому, щоб жодна дитина не страждала від важких контрактур – вивиху стегна і досягла найкращої можливої функції.

- Програма була створена у співпраці з членами місцевої мультидисциплінарної команди.

- Фізіотерапевти та ерготерапевти проводять оцінку м'язового тонуса, рухливості суглобів та рухової функції.

Фізична терапія має тривати не менше 5-6 годин на добу. Хоча батьки часто дивуються, як це так, ми ж приводимо дитину до реабілітаційного центру на 1,5 год., але при цьому часто забувають про своє залучення в процес реабілітації, який має продовжуватися ще й в домашніх умовах. Адже, сім'я також є частиною команди.

До лікування можна віднести: фізіотерапію, ортезування, контроль спастичності, ортопедичну хірургію. Ортопедичне обладнання підвищує функцію, запобігає деформації, забезпечує основну підтримку.. Сюди можна віднести і ортези для хребта, щоб не було сколіозу і відповідно не розвивалося вкорочення кінцівки. Устілки, спеціальне взуття, ортези на ногу, гомілковостопні ортези, на руку, кисть, великий палець.

Гомілковостопні ортези допомагають тримати стопу в горизонтальному положенні, забезпечують стабільну підтримку, попереджують контрактури, захищають стопу. При використанні важливою є комбінація вибору ортезу та взуття, бо якщо взуття змінюється то це може впливати на сам ортез. Потрібно правильно одягати ортез, щоб запобігти проблемам.

Потрібна мультидисциплінарна команда для лікування та спостереження за дитиною. Цей підхід абсолютно необхідний, однак, часто його складно реалізувати на практиці. Це командна робота медичного, педагогічного та соціального профілю, що звертають увагу на потреби самого пацієнта та членів його родини, приймають рішення про щоденну реабілітацію та соціальну адаптацію. До цієї команди фахівців входять: невролог, нейрохірург, ортопед, психолог, фізичний терапевт, ерготерапевт, педіатр та масажист.

У поєднанні з ортезом можна використовувати ботокс. Ботокс – це ін'єкції, що допомагають розслабити м'язи, а також блокують нервові імпульси. Завдяки цьому дитина може пересуватися самостійно, крок за кроком, не відчуваючи при цьому болю.

Дуже важливо розпочати лікування порушень вчасно, якомога раніше. Своєчасна корекція, використання спеціальних ортопедичних апаратів та подушок можуть бути досить ефективними.

Дитину варто показати ортопеду у віці 3 місяців, адже, діти з ДЦП народжуються зі здоровими кульшовими суглобами, але в процесі спастики та росту дитини м'язи спазмуються і як наслідок десь у віці 5 років діти вже мають вивих.

Отже, батькам таких дітей варто розуміти, що це хвороба особлива, тому прогнози в лікуванні будуть різні. Тут потрібен комплекс адекватних індивідуально підібраних методів, щоб якнайкраще та найшвидше повернути дитину в соціум та максимально покращити рухову активність.

Список використаної літератури

1. Нервові хвороби, за ред. С.М.Віничука, Є.Г.Дубенка. – К.:Здоров'я, 2001. – 696 с.

2. Неврологія, за ред. С.М.Віничука. – К.:Здоров'я, 2008. – 664 с.

3. Міщенко Т.С. Сучасна діагностика і лікування в неврології та психіатрії //За ред.. д.мед.н., професора Т.С.Міщенко та д.мед.н., проф.. В.С.Підкоритова //Довідник лікаря «Невролог.психіатр».-К.: Тов. «Доктор-Медіа», 2008. – 624с. – (Серія «Бібліотека Здоров'я України»).

4. Шевага В.М. Неврологія: підручник / В.М.Шевага, А.В.Паєнок, Б.В.Задорожна. – 2-е вид., перероб. І доп.-К.: Медицина, 2009.-. 656с.

ВАЙДА ОЛЕНА, ДЕМ'ЯНЧУК АНТОН

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

м. Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ УРАЖЕННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Актуальність дослідження. Обмеження рухів в колінному суглобі залишається на сьогоднішній день актуальною проблемою. Дана патологія може бути результатом травми, хвороби або дегенеративно - дистрофічних змін. Ураження хрестоподібних зв'язок посідає друге місце серед усіх випадків травмування коліна. Сімдесят відсотків становлять патологія меніска і передньої хрестоподібної зв'язки. Ця травма належить до найбільш серйозних пошкоджень, оскільки порушуються опороспроможність кінцівки і процес ходи, що веде в подальшому до зниження активності повсякденного життя та рухової активності пацієнта. Відновлення після травми триває, зазвичай, до року часу. Однак, високий відсоток ускладнень залишається і після відновлення функції. Як приклад, ймовірність розвитку гонартрозу збільшується на 13-42% після ураження зв'язкового апарату колінного суглобу. Навіть при відновленні рухової активності пацієнта і поверненні його до занять, є ймовірність вторинної травми при навантаженнях.

Тому пошук наукового обґрунтування, розробка та впровадження нових програм фізичної терапії з урахуванням її впливу на фізичне, соціальне та психологічне здоров'я пацієнтів є актуальним.

Мета дослідження: Проаналізувати особливості фізичної реабілітації в пацієнтів з ураженням колінного суглобу та дослідити вплив застосування терапевтичних вправ на динаміку відновлення після оперативного втручання.

В нашому дослідженні приймали участь чоловіки віком від 18-35 років після оперативного втручання з приводу розриву хрестоподібної зв'язки. Із загальної кількості учасників дослідження було сформовано дві групи: основна та контрольна.

Клініко-функціональне обстеження пацієнтів включало функціональні тести та шкали, специфічні для даної патології.

Ми використовували шкалу Лішхолма(The Lysholm Knee Scoring Scale), що дає змогу оцінити активність повсякденного життя пацієнта з травмою коліна. Визначення обсягу рухів у колінному суглобі проводилась за допомогою гоніометрії. Соматометрія (вимір об'єму стегна та гомілки) проводилась за допомогою сантиметрової стрічки.

Вибір терапевтичних вправ. Для пацієнтів з обмеженням рухів в колінному суглобі були рекомендовані вправи на розтягнення м'язів стегна та м'язів гомілки, вправи на зміцнення м'язів стегна та гомілки, вправи на покращення рухомості колінного суглобу.

Розробка індивідуальної програми терапії, проводилась з врахуванням особливості функціонального стану пацієнта та обсягу рухів у колінному суглобі. Послідовність вправ була залежною від ступеня складності та можливостей пацієнта. При проведенні терапії ми контролювали рівеньнавантаження та реакцію пацієнта на нього.

Висновки: Терапевтичні вправи є важливим елементом комплексної реабілітації пацієнтів з обмеженням рухів в колінному суглобі. Такі вправидопомагають зменшити біль і запалення, покращити кровообіг і розслабити м'язи, що допомагає зберегти та відновити рухливість суглобу.

Терапевтична гімнастика є ефективним та безпечним методом лікування обмежень руху в колінному суглобі, який може покращувати якість життя пацієнтів: Застосування терапевтичних вправ в комбінації з іншими методами може максимізувати позитивний ефект у реабілітації пацієнтів.

Покращення функціональності та зниженні болю у пацієнтів з обмеженням рухів в колінному суглобі вимагає мультидисциплінарного підходу в лікуванні та реабілітації та вимагає

подальших досліджень з метою розширення розуміння оптимального набору терапевтичних вправ для конкретних випадків при обмеженні рухів в колінному суглобі.

Список використаної літератури:

1. Kocher MS, Steadman JR, Briggs KK, Sterett WI, Hawkins RJ. Relationships between objective assessment of ligament stability and subjective assessment of symptoms and function after anterior cruciate ligament reconstruction. Am J Sports Med. 2004 Apr-May;32(3):629-34.

2. Фізична реабілітація при патології опорно-рухового апарату / В. А. Левченко, І. П. Вакалюк, Д. В. Сарабай, В. М. Бондаренко. - ІваноФранківськ: Плай, 2008. - 410 с.

ДМИТРЕВСЬКА ЮЛІЯ ПАВЛІВНА
Спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м. Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ ШИЙНОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ

Актуальність теми. Остеохондроз хребта є однією з розповсюджених хвороб, яка може впливати на якість життя та працездатність людини та спричинити її втрату, крім того, порушення роботи опорно-рухового апарату можуть стати причиною різноманітних неврологічних ускладнень, розладів у функціонуванні внутрішніх органів, що може призвести до інвалідизації. Даний патологічний процес проявляється не лише у людей похилого віку, а і у молодих людей та підлітків. Зниження порогу за віком пов'язане зі зниженням фізичної активності людей, їх навчальною та трудовою діяльністю (наприклад, сидяча робота), збільшенням проведеного часу за комп'ютером, телефоном тощо, незбалансованим харчуванням, збільшенням стресових чинників.

Отже, широка поширеність шийного остеохондрозу серед осіб працездатного віку та молоді, схильність до стійкого та хронічного перебігу та виникнення рецидивів і, відповідно, питання покращення стану здоров'я хворих із зазначеною патологією обумовлюють актуальність досліджуваної теми.

Мета дослідження: теоретичний огляд сучасних методів фізичної терапії та ерготерапії у реабілітації хворих з шийним остеохондрозом.

Викладення основного матеріалу. Остеохондроз – захворювання хребетного стовпа, якому притаманні процеси дистрофії, дегенерації та деструкції міжхребцевих дисків з послідовним ураженням всіх елементів хребетно-рухового сегмента.

До основних немедикаментозних методів терапії при остеохондрозі шийного відділу хребта належать ЛФК, масаж, фізіотерапія, кінезіотейпування. Комплексний підхід у застосуванні зазначених засобів спрямований на зменшення больових відчуттів та запальних процесів міжхребцевих суглобів та зв'язкового апарату, зменшення їх набряку, покращення обміну сполучної тканини зв'язкового апарату, зменшення м'язового напруження, розвантаження хребта.

Лікувальна фізична культура (ЛФК) – метод, який передбачає застосування засобів фізичної культури для пришвидшення одужання та профілактики розвитку ускладнень захворювання. Основним засобом ЛФК є фізичні вправи.

Заняття ЛФК при остеохондрозі шийного відділу хребта поділяються на два періоди. Для першого періоду характерні гострі больові відчуття, захисне м'язове напруження, обмеження рухливості в комірцевій зоні. У другому періоді відбувається зникнення запальних явищ в ураженому сегменті, що супроводжується зниженням больових відчуттів та усунення м'язового гіпертонусу.

Головні завдання лікувальної фізичної культури в першому періоді полягають у нормалізації тонусу ЦНС, поліпшенні крово- і лімфообігу в шийному відділі хребта, релаксації напружених м'язів, збільшенні висоти міжхребцевих отворів, запобіганні розвитку злукових процесів у хребетному каналі та поліпшення загального стану і самопочуття хворого.

Завдання другого періоду занять ЛФК при остеохондрозі шийного відділу хребта полягають в укріпленні м'язів шиї та плечового поясу, стимулюванні рубцювання фіброзного кільця, покращенні рухливості шийного відділу та адаптація пацієнта до побутових та трудових навантажень.

Масаж при остеохондрозі шийного відділу хребта спрямований на зменшення больових відчуттів, нормалізацію лімфо- та кровообігу, стимулювання припливів крові до м'яких тканин і головного мозку, зміцнення тонусу м'язів, нормалізацію амплітуди

рухів голови та шиї, розслаблення та усунення спазмів м'язів шиї та спини.

При остеохондрозі шийного відділу хребта використовують класичні прийоми масажу, які направлені на розвантаження, розтягування спазмованих м'язів шиї, спини, усунення больових відчуттів. На початку масажних сеансів всі прийоми виконуються ніжно, не інтенсивно. По мірі стихання больових відчуттів масаж виконується більш енергійно. При використанні масажу важливо враховувати вік масажованого, його супутні захворювання і диференціювати масажні прийоми відповідно до індивідуальних особливостей хворого.

Одним із методів фізичної терапії при остеохондрозі шийного відділу хребта є фізіотерапевтичне лікування. Використання фізіотерапевтичних методів дозволяє широко впливати на організм, значно підвищуючи ефективність комплексного лікування остеохондрозу шийного відділу хребта. Позитивний ефект використання фізичних факторів полягає у покращенні загального функціонального стану органів та систем, стимулюванні регенерації, посиленні компенсації та імуномодуляції. Фізіотерапія спрямована на зменшення больового синдрому, покращення крово-/лімфообігу та мікроциркуляції в ураженій ділянці, зниження метаболічних та дистрофічних порушень, зниження рухових розладів.

Основними фізіотерапевтичними методами, які використовуються у лікуванні остеохондрозу шийного відділу хребта є: ультразвуковий вплив на уражену зону високочастотними звуковими хвилями – ультразвукова терапія, магнітотерапія, лазеротерапія, дарсонвалізація, детензор-терапія, ударно-хвильова терапія, ультрафіолетове опромінення (УФО), електротерапія, бальнеотерапія та грязелікування.

Кінезіотейпування – метод лікування різноманітних захворювань і травм шляхом застосування спеціальних еластичних стрічок (кінезіотейпів). Застосування тейпів спрямоване на зменшення болю, покращення кровообігу в тканинах, зняття напруження з ураженої ділянки та розслаблення м'язів. Кінезіотейпування є допоміжним методом в комплексному лікуванні остеохондрозу шийного відділу хребта. При шийному остеохондрозі кінезіотейпування застосовується після масажу або фізіотерапевтичних процедур і направлене на усунення больового синдрому завдяки розвантаженню напружених і підвищенні тонусу ослаблених м'язів.

Висновки: Терапія при остеохондрозі шийного відділу хребта залежить від локалізації процесу ураження, клінічної картини захворювання (синдромів), стадії патологічного процесу, вираженості больових синдромів. Основною метою фізичної реабілітації при шийному остеохондрозі є покращення якості життя та відновлення фізичної працездатності хворого, що можливо досягнути шляхом розроблення індивідуальної програми, яка має враховувати тяжкість патологічного процесу та індивідуальні потреби і особливості хворого. До основних методів фізичної терапії та ерготерапії при шийному остеохондрозі включають ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури та кінезіотейпування як допоміжний метод.

Список використаної літератури:

1. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації / фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату: монографія / Андрій Герцик. - Львів : ЛДУФК, 2018. – 388 с.
2. Калмикова Ю. С., Федорова, Р.І. Оцінка ефективності застосування засобів фізичної реабілітації при шийному остеохондрозі. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2016. № 2. С. 29–33.
3. Кінезіологічне тейпування: метод. вказ. до проведення практичного заняття магістрів 2-го курсу IV мед. фак-ту / упоряд. А. Г. Істомін, А. С. Сушецька, О. В. Резуненко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 24 с.
4. Лівак П.Є., Корженко І.О., Смирнова О. Визначення ефективності методик фізичної реабілітації при остеохондрозі // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. - 2022. - Випуск 2(146) – С. 79-83.

ЗАКОРДОНЕЦЬ В. Р.
спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету "Україна"
м. Вінниця

ЗАСТОСУВАННЯ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДІВ ПРИ ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

За статистичними даними МОЗ України, цереброваскулярні захворювання посідають друге місце за причиною смертності (100 000–110 000 смертей, близько 14% усіх померлих). Щороку стається

100 000–110 000 інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку), 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% — протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від стороннього допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя.

Питання фізичної реабілітації людей, які перенесли ішемічний інсульт детально описані в працях вітчизняних і закордонних учених. Проте ця проблема залишається актуальною й на сьогодні. Її розв'язання можливе за участі різних фахівців, і насамперед спеціалістів у галузі фізичної терапії, ерготерапії. Це підтверджує багаторічний досвід роботи з людьми, які перенесли ішемічний інсульт, тому що ерготерапія є дієвим методом їх реабілітації.

Міжнародно визнана найкраща практика лікування та реабілітації пацієнтів після інсульту на ранніх стадіях включає міждисциплінарну оцінку та лікування скоординованою командою медичних працівників, до складу якої входять ерготерапевти. Ерготерапевти оцінюють вплив змін у моторних функціях, відчуттях, координації, зоровому сприйнятті та пізнанні на здатність людини виконувати повсякденні життєві завдання. Втручання покращує участь у виконанні значущих ролей, завдань і діяльності; усуває недоліки; мінімізує вторинні ускладнення; а також забезпечує навчання та підтримку пацієнта та осіб, які доглядають за ним. Основним є орієнтація ерготерапевтів на незалежність і функції, індивідуальне цілепокладання та спеціальні навички адаптації пацієнтів до завдань і змін навколишнього середовища. Вагомий внесок ерготерапевта у міждисциплінарну команду реабілітації після інсульту безперечний.

Виходячи з проведеного аналізу науково-методичної літератури виявилися необхідними обґрунтування та розробка комплексної програми ерготерапії в фізичній терапії для хворих, які перенесли ішемічний інсульт, що і стало метою представленого дослідження. Метою цієї дисертації є вивчення внеску ерготерапії у програму фізичної терапії для пацієнтів, які перенесли інсульт.

Мета роботи: Оцінити вплив ерготерапевтичних втручань на функціональну здатність дорослих з ішемічним інсультом у сфері повсякденної діяльності порівняно з відсутністю втручання або стандартним доглядом/практикою, розробити програму ерготерапії в фізичній терапії для хворих на ішемічний інсульт та оцінити її ефективність.

Завдання: Вивчити досвід використаних сучасних засобів та методів діагностики в фізичної терапії для хворих, які перенесли

ішемічний інсульт за даними вітчизняних та закордоних літературих джерел; підібрати адекватні методи оцінки функціонального стану таких пацієнтів; розробити програму діагностики ерготерапії у фізичній терапії для хворих, які перенесли ішемічний інсульт та оцінити її ефективність.

Об'єкт дослідження: пацієнти, які перенесли ішемічний інсульт.

Предмет дослідження: зміст та структура ерготерапії в фізичної терапії для хворих, які перенесли ішемічний інсульт.

Методи дослідження: аналіз спеціальної науково-методичної літератури та інформаційних джерел; клінічні методи дослідження (контент-аналіз історій хвороби, огляд);інструментальні методи дослідження та методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів: вивчені особливості діагностики хворих, які перенесли ішемічний інсульт; проаналізовано існуючі програми фізичної терапії, ерготерапії для хворих, які перенесли ішемічний інсульт; вивчені функціональні особливості неврологічної системи у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, що відкрило можливості для розробки індивідуальної програми ерготерапії у фізичній терапії, що спрямована на більш скоріше та оптимальне відновлення хворих.

Практичне значення одержаних результатів. Можливість використання методів та засобів діагностики людей, які перенесли ішемічний інсульт за допомогою методів та засобів ерготерапії для побудови індивідуальних програми фізичної терапії для відновлення порушень, які спричинив ішемічний інсульт в умовах спеціалізованих реабілітаційних центрів для підвищення ефективності відновного лікування, а також амбулаторно приходячи на заняття, відповідно алгоритму лікування.

КАРДАШ М.В.
здобувач магістратури 1 курсу
Спеціальність 227 «фізична терапія, ерготерапія»
Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна»
м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕННЯХ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

У воєнний час вогнепальні ушкодження верхніх кінцівок є найпоширенішими пораненнями, які коливаються у діапазоні між 53%

та 70% всіх травматичних випадків. Це стосується як військовослужбовців, що беруть участь у бойових операціях, так і мирного населення, яке опиняється в зоні активних бойових дій. Такі травми призводять до втрати значної частини функцій верхніх кінцівок, що значно обмежує та погіршує якість життя постраждалих [3, с. 119].

Вогнепальні ушкодження верхніх кінцівок дуже різноманітні та визначаються, залежно від типу кулі та анатомічних особливостей кісток. Діагностика та лікування таких ушкоджень часто утруднені через складність визначення повної картини поранень та реакції організму на них. Супутні м'які тканини можуть бути серйозно пошкоджені, що посилює тяжкість реакції організму пацієнта на поранення. Проте, поранення верхніх кінцівок часто гояться краще, ніж рани нижніх кінцівок, і переломи консолідуються швидше. Однак, навіть у таких випадках існує ризик розвитку гнійних інфекцій та остеомієліту, особливо при використанні анаеробних куль або в умовах недостатньої гігієни. Зважаючи на наведене, реабілітація після вогнепальних ушкоджень верхніх кінцівок часто є тривалим процесом, що потребує терпіння та постійної праці. Пацієнту важливо зберігати мотивацію та налаштованість на відновлення протягом усього процесу реабілітації. Слід погодитися із П. Заславським, який доводить, що раннє впровадження комплексної реабілітації для пацієнтів з ураженнями верхніх кінцівок внаслідок вогнепальних поранень сприяє більш ефективному відновленню їх функціонального стану та поверненню до професійної або бойової дієздатності [2, с. 30].

У післяопераційному періоді особливо рекомендовано застосовувати засоби фізичної реабілітації (терапії), зважаючи на її неабиякий ефект у відновленні функціональності верхніх кінцівок та, відповідно, покращенні якості життя постраждалих. М. Балаж та Н. Шестопал зазначають, що сьогодні серед методів фізичної терапії при вогнепальних ураженнях верхніх кінцівок методом з найвищим рівнем доказовості слід вважати застосування терапевтичних вправ [1, с. 72]. Також слід зазначити, що фізична терапія при вогнепальних ушкодженнях верхніх кінцівок передбачає пасивні та активні вправи для зміцнення м'язів, відновлення діапазону руху, поліпшення координації та рівноваги, розтяжку, мануальну терапію та техніки релаксації. Проте, наприклад, не можна застосовувати ЛФК при шоці, великій крововтраті, небезпеках виникнення кровотечі або появі її під час виконання рухів, стійкому больовому синдромі.

Завданнями фізичної терапії при вогнепальних ушкодженнях верхніх кінцівок в іммобілізаційному періоді є такі: покращити

трофіку в місці травми; прискорити консолідацію уламків; профілактика ускладнень. Застосовують вправи для суглобів травмованої кінцівки, вільних від іммобілізації, ідеомоторні вправи, вправи на статичне напруженням м'язів (тільки за умови повної фіксації уламків). Окрім спеціальних вправ, до заняття включають загальнорозвивальні вправи, дихальні, вправи статичного та динамічного характеру, вправи на координацію, рівновагу, з опором і обтяженням. Спочатку використовують полегшені вихідні положення. Вправи не повинні викликати біль, посилювати його. На час постіммобілізаційного періоду у хворого утворюється звична кісткова мозоль, але в більшості випадків знижена сила м'язів, обмежена амплітуда рухів у суглобах. Завданнями фізичної терапії при вогнепальних ушкодженнях верхніх кінцівок в постіммобілізаційному періоді є такі: подальша нормалізація трофіки області травми для остаточного формування кісткової мозолі; ліквідація атрофії м'язів; відновлення нормального обсягу рухів у суглобах; ліквідація тимчасових компенсацій. У цьому періоді збільшують дозування загальнозміцнювальних вправ, тренують вестибулярний апарат. Для травмованої кінцівки застосовують активні гімнастичні вправи у облегшених вихідних положеннях, які чергують з розслабленням м'язів із підвищеним тонусом. Для відновлення сили м'язів використовуються вправи із обтяженнями тощо. Завданнями фізичної терапії при вогнепальних ушкодженнях верхніх кінцівок у завершальному періоді є: відновлення повної амплітуди рухів у суглобах; подальше зміцнення м'язів. Загальнорозвиваючі вправи застосовують з більшим дозуванням, доповнюють їх плаванням, гідрокінезотерапією, механотерапією. Окрім того, варто зазначити, що масаж при вогнепальних пораненнях верхніх кінцівок сприяє більш повній медичній реабілітації, попередженню інвалідності та швидкому поверненню хворих до звичайного способу життя. Проте, М. Балаж та Н. Шестопал стверджують, що з обережністю слід ставитися до застосування таких методів, як масаж і методи апаратної фізіотерапії [1, с. 72].

Отже, фізична терапія при вогнепальних ушкодженнях верхніх кінцівок − ефективний інструмент на шляху видужання пацієнтів. Проте, не зважаючи на її універсальний характер, слід враховувати те, що кожен випадок вогнепальної травми є унікальним, тому план реабілітації має бути розроблений з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та характеру його ушкоджень.

Список використаної літератури

1. Балаж М. С., Шестопал Н. О. Сучасні підходи до застосування заходів фізичної терапії осіб із вогнепальними ураженнями верхньої кінцівки. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія.* 2018. №2. С. 68-74.
2. Заславський П. С. Ефективність фізичної терапії, ерготерапії у процесі реабілітації військовослужбовців із наслідками вогнепального поліструктурного перелому кісток передпліччя за показниками залученості до виконання активностей повсякденного життя, психоемоційного статусу. *Rehabilitation and Recreation.* 2023. №16. С. 29-36.
3. Шестопал Н. О. Вплив засобів фізичної терапії на якість життя пацієнтів після поранення верхньої кінцівки. *International scientific conference*. Częstochowa, 2022. October 5-6. P. 119-121.

КЛЮЄВА Ю.М.
магістрантка другого року підготовки
спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький інститут Університету «Україна
Науковий керівник: ***КОРЧИНСЬКИЙ В.С., д.мед.н, професор***
професор кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»
м. Вінниця

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛІЗМУ

Венозний тромбоз і емболія – одне з найбільш тяжких за перебігом і життєвозагрозливих ускладнень у клінічний медицині. Масивний тромб, мігруючи переважно з системи нижньої порожнистої вени до легеневої артерії, спричиняє оклюзію судин її русла, що проявляється гострою серцево–судинною та легеневою недостатністю. Діагностика ембологенного венозного тромбозу та тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), яка не супроводжується тяжкими гемодинамічними розладами, складна з огляду на не специфічність симптомів. У той же час, раннє виявлення ускладнення та негайне адекватне лікування хворого, як правило, дають можливість врятувати йому життя і попередити віддалені несприятливі наслідки захворювання.

Фактори ризику:

1) індивідуальні особливості та клінічні стани — вік >40 р. (ризик зростає з віком), ожиріння (ІМТ >30 кг/м2), ВТЕ в анамнезі,

травми (особливо політравми, або перелом кісток тазу, проксимального відділу стегнової кістки та інших трубчастих кісток нижніх кінцівок), тривала іммобілізація нижньої кінцівки , інсульт, що спричинив парез нижньої кінцівки, злоякісні пухлини (особливо рак підшлункової залози, новоутворення головного мозку, рак легені, рак яєчника і рак нирки), ВТЕ у сімейному анамнезі, вроджена або набута тромбофілія (особливо дефіцит антитромбіну та антифосфоліпідний синдром).

2) діагностичні, лікувальні та профілактичні втручання — великі хірургічні операції, особливо на нижніх кінцівках, тазу і черевній порожнині; наявність катетеру у великих венах (особливо у стегновій вені); протипухлинне лікування (хіміотерапія, гормональне лікування і застосування інгібіторів ангіогенезу); прийом пероральних контрацептивів, замісної гормонотерапії або селективних модуляторів естрогенових рецепторів.

Частина факторів ризику мають тимчасовий характер (напр., операція, травма, тимчасова іммобілізація в гіпсовій пов'язці), інші ж є постійними (напр. вроджені тромбофілії).

У ТГВ нижніх кінцівок виділяють такі форми:

1) дистальна — зустрічається найчастіше; уражає передню і задню великогомілкові та малогомілкові вени; переважно протікає безсимптомно і минає спонтанно, пов'язана з малим ризиком клінічно значимої ТЕЛА, але може поширитись до проксимальної форми ТГВ;

2) проксимальна — уражаються підколінна вена, стегнові, клубові вени і нижня порожниста вена; зазвичай з клінічними проявами, створює високу загрозу масивної ТЕЛА, іноді з огляду на потребу в особливій тактиці дій вирізняють ілеофеморальну форму (при якій підколінна вена не є ураженою);

3) больова флегмазія — гостра форма венозного тромбозу більшості вен, по яких кров відтікає від кінцівки, з больовим синдромом і масивним набряком:

а) біла больова флегмазія — масивний набряк, спазм артеріол шкіри і порушення капілярного кровотоку;

б) синя больова флегмазія — найтяжча форма, з високим ризиком втрати кінцівки або смерті; оклюзія практично усіх вен кінцівки → значне підвищення венозного тиску, порушення притоку крові до переповненого русла → гіпоксія тканин.

Загальні положення з профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень:

Використання аспірину як засобу монопрофілактики ВТЕ не рекомендується (ступінь 1А). Приймаючи рішення про призначення і

дозування НМГ, фондапаринуксу чи інших антитромботичних засобів, які виводяться з сечею, слід брати до уваги функцію нирок, особливо у пацієнтів старшого віку, хворих на цукровий діабет або за високого ризику виникнення кровотечі (ступінь А). Залежно від ситуації рекомендовано: не призначати антикоагулянти, які накопичуються при нирковій недостатності, зменшити дозу препарату або контролювати вміст чи вплив препарату на зсідальну систему (ступінь 1В). У пацієнтів за тяжкої ниркової недостатності (рівень креатиніну понад 2 мг/дл) препаратом вибору є НФГ (ступінь 1С). Механічні методи профілактики ВТЕ застосовують у пацієнтів за високого ризику виникнення кровотечі (ступінь 1А) або як додатковий методу схемах профілактики ВТЕ на основі антикоагулянтів (ступінь 2А). При застосуванні механічних методів профілактики ВТЕ слід звертати особливу увагу на правильність їх використання і дотримання рекомендацій (ступінь 1А).

Компресійну терапію призначають для лікування симптомів ТГВ, при цьому тривале еластичне бинтування нижніх кінцівок за методом Fischer так само ефективне, як і підібрані компресійні панчохи. Як правило, під час лікування ТГВ достатньо компресійних панчіх II класу. Застосування компресійної терапії сприяє зменшенню ймовірності виникнення ПТХ майже на 50%. Тривалість компресійної терапії визначається результатами контрольних флебологічних досліджень, які проводять на момент завершення антикоагулянтної терапії та через 6 міс. За наявності порушення венозного відтоку зі схильністю до набряку компресійну терапію слід продовжувати. Збереження мобільності хворих при виникненні ТГВ є важливим й ефективним чинником відновлення кровообігу. «Контрольованою» вважають ходьбу по 20–30 хв тричі на день. Компресійна терапія забезпечує зменшення частоти і тяжкості ПТХ. Її слід розпочинати якомога раніше і поєднувати з контрольованою ходьбою.

Як свідчать дані кількох досліджень та трьох систематичних оглядів, використання компресійних панчіх сприяє зменшенню частоти виникнення асимптомного ТГВ майже на 50–60%, проте, кількість обстежених пацієнтів була надто мала, щоб оцінити ефективність профілактики ТЕЛА. Періодична пневматична компресія (ППК) сприяє зменшенню частоти виникнення асимптомного ТГВ на 69%, проте, кількість обстежених пацієнтів теж була недостатньою, щоб оцінити ефективність профілактики ТЕЛА.

Профілактика ВТЕ включає застосування немедикаментозних заходів:

- Максимально рання активізація хворих після операції, з приводу інфаркту міокарда, інсульту.
- Застосування компресійного лікувального трикотажу (гольфи, панчохи, колготи) або бинтування еластичними бинтами нижніх кінцівок перед операцією і після неї; носіння еластичних панчіх при варикозному ураженні вен.
- Переміжна пневматична компресія нижніх кінцівок з використанням спеціальних манжет при порушенні здатності вставати і ходити (паралізація, травма, тощо).
- Механічні заходи профілактики застосовують за наявності протипоказань до призначення антикоагулянтів і за високого ризику виникнення кровотечі.

Медикаментозна профілактика передбачає застосування антикоагулянтів (НФГ, НМГ, антагоністи вітаміну К, прямі і непрямі інгібітори фактора Ха). Для парентерального застосування (підшкірно) в Україні зареєстрована ціла низка препаратів:

- НФГ в дозі 5000 ОД через кожні 8–12 год,
- НМГ 1–2 рази на добу: дальтепарин (Фрагмін) – 2500–5000 МО, над ропарин (Фраксипарин) – у хворих загальнохірургічного профілю – 0,3 мл; у ортопедичних хворих – дозування залежно від маси тіла, еноксапарин (Клексан) – 20–40 мг, беміпарин натрію (Цибор) – 2500 – 3500 МО, а також непрямий інгібітор фактора Ха фондапаринукс (Арікстра) – 2,5 мг підшкірно 1 раз на добу не раніше ніж через 6 год після завершення операції.
- З антикоагулянтів для застосування всередину в Україні сьогодні використовують антагоніст вітаміну К (Варфарин) та перший представник класу прямих інгібіторів фактора Ха ривароксабан (Ксарелто), апіксабан, едоксабан.

Вибір методу профілактики і тривалості антикоагулянтної терапії визначають індивідуально, проте, мінімальна тривалість терапії має бути не менше 7 діб.

Низький ризик: пацієнти, у яких немає факторів ризику і здійснене мале хірургічне втручання. Даних недостатньо, щоб давати рекомендації. На основі співвідношення ризик/користь та екстраполяції з досліджень для пацієнтів за помірного ризику в деяких країнах є досвід використання СЕК, панчох на доповнення до ранньої мобілізації після операції та за умови адекватної гідратації (ступінь С).

Помірний ризик: пацієнти віком старше 40 років, яким виконане велике оперативне втручання з приводу непухлинного захворювання. НФГ по 5000 ОД починають застосовувати до операції і продовжують двічі або тричі на добу щоденно або НМГ дозують

залежно від рекомендацій виробника для пацієнтів з групи середнього ризику (ступінь А). Альтернативний метод, особливо у пацієнтів за високого ризику виникнення або за появи гострої кровотечі – ППК і СЕК застосовують постійно, до мобілізації пацієнта після операції (ступінь А).

Високий ризик: пацієнти віком старше 60 років за наявності додаткових факторів ризику. НФГ по 5000 ОД починають вводити за 2 год. до операції і продовжують після неї тричі на добу) (ступінь А) або НМГ(еноксапарин) призначають і дозують залежно від рекомендацій виробника (ступінь А). Обидва препарати можна поєднувати з механічними методами (СЕК або ППК) (ступінь В). Фондапаринукс – 2,5 мг підшкірно 1 раз на добу не раніше, ніж через 6 год після операції (ступінь А). Ривароксабан застосовують через 6 – 10 год після операції. Здійснення СЕК протипоказане у пацієнтів за критичної ішемії нижніх кінцівок (ступінь С). При використанні лапароскопічних втручань зменшується венозний кровоток у нижніх кінцівках, активізується коагуляція крові. Профілактичне підшкірне введення НФГ, НМГ або СЕК рекомендовані тільки у пацієнтів за наявності додаткових факторів ризику (ступінь С).

Список використаної літератури

1. Бісмак, О.В. Лікувальна фізична культура у фізичній реабілітації хворих на варикозне розширення вен // Міжнародний науковий журнал "Науковий огляд". 2017. Т.67, № 4. С. 14-32.

2. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації. Київ, 2011. 63с.

3. http://angio.health-ua.com/article/282.html

КОЗИНСЬКА ЮЛІЯ ВАДИМІВНА
спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м. Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В НАСЛІДОК КУЛЬОВИХ ТА ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕННЯХ У ВІЙСЬКОВИХ

Актуальність дослідження. На сьогодні через повномасштабне вторгнення Росії на територію нашої держави, кульові та осколкові поранення займають перше місце серед поранень у військових. Наслідки таких поранень можуть бути дуже серйозними,

класифікуватись від легких до критичних, все залежить від багатьох факторів, наприклад: тип зброї, місце поранення, глибина поранення та швидкість надання медичної допомоги. Деякі можливі наслідки включають ПТСР. Військові, які пережили кульові та осколкові поранення, можуть отримати психологічні травми, які можуть вплинути на їхнє емоційне та психічне здоров'я. Також, не менш серйозним наслідком є пошкодження кісток та м'язів, що призводить до переломів, розривів м'язів та суглобів. Тривалість фізичної терапії після таких пошкоджень досить довга та складна. Реабілітація після кульових та осколкових поранень є комплексним процесом, який містить в собі медичну, фізичну та психологічну підтримку для відновлення пацієнтів та повернення їх до самостійного життя.

Тому ця тема є актуальна для обговорення, розробки реабілітаційних програм та дослідження.

Мета дослідження. обґрунтувати важливість фізичної реабілітації під час кульових та осколкових пораненнях.

Кульові поранення – це поранення які виникли внаслідок травмування тканин внаслідок проникнення кулі в тіло людини.

Осколкові поранення – це поранення в наслідок розриву та розлітання осколків вибухового пристрою, які потрапили в тіло людини.

Збереження життя нашим військовим, які кожен день ризикують своїми життями заради нашого спокою та миру в країні, є першочерговим завданням наших лікарів. Тому важливо все більше говорити та поширювати ідеї розробки нових програм реабілітації. Сучасна реабілітація учасників бойових дій має ґрунтується на єдності лікування для розроблення комплексних програм.

Основні напрямки реабілітації:

- Медична реабілітація. Спрямована на максимальне відновлення функціонального життя військовослужбовців. Залежно від стану надання психологічної допомоги, призначення лікарських засобів для зменшення болю, запалень. Для відновлення рухливості проведення фізичної терапії, масажу, лікувальної гімнастики.
- Професійна реабілітація. Спрямована в першу чергу на повернення їх до працевлаштування або до військової служби. Оцінка професійних навичок, досвіду роботи до служби та освіти. Надання можливості навчатись для здобуття нових навичок. Допомога у співбесідах, пошуку роботи та складання резюме. Надання індивідуальної психологічної допомоги.
- Допомога сім'ям військових. Спрямована на надання фінансової і психологічної підтримки членам сім'ї постраждалого.

Допомога із питання житла, освіти для дітей та працевлаштування. Надання юридичних консультацій для розвязання проблем.

У комплексних програмах для відновлення військовослужбовців можуть застосовуватись такі фізіотерапевтичні процедури: масаж, електротерапія, термотерапія, ультразвукова терапія, гідротерапія, гальванізація та електрофорез лікарських речовин, терапія руховим обладнанням, тракція і таке інше…

Одним із найпоширенішим наслідком після кульового та осколкового поранення є контрактури. Вони виникають через механічні перешкоди в межах суглоба або поза суглобом, також причиною може бути надмірна напруга чи скорочення м'язів. Для усунення контрактури та відновлення рухливості використовують процедури масажу, розтягування м'язів, термотерапію та пасивні або активні вправи.

Висновок. Комплексна фізична терапія є невід'ємним процесом під час лікування кульових та осколкових поранень. Вона допомагає відновити функції тіла та забезпечити військовому самостійне життя.

Важливо використовувати саме комплексну фізіотерапію тому, що всі випадки поранень різні. Кожному військовослужбовцю потрібна індивідуальна допомога для відновлення. Також не потрібно забувати про психологічний стан людини та його рідних.

Список використаної літератури:

1. Крук І.М., Григус І.М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. Рівне, 2022. С. 47

2. Логвиненко І.О., Нестерчук Н.Є. Фізична терапія військовослужбовців, учасників бойових дій, безпосередньо взявших участь в операції об'єднаних сил. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. Рівне, 2021. С. 35-36.

ВАЙДА ОЛЕНА, КОЛЯДЮК МАРІЯ
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
м. Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ХРЕБТА

Актуальність дослідження. Серед захворювань хребта найчастіше зустрічаються дегенеративно-дистрофічні процеси.

Больові синдроми при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта частіше зустрічаються у людей працездатного віку (75-90% захворюваності). Захворювання має тенденцію до затяжного перебігу з рецидивуючими нападами, призводить до постійної та тимчасової втрати працездатності і має тенденцію до зростання.

Незважаючи на велику кількість літератури, присвяченої вертеброгенним розладам, у медичній та соціальній практиці допускаються помилки при визначенні ступеня обмеження життєдіяльності у цих пацієнтів. Крім того, відсутні чіткі критерії медико-соціальної експертизи та визначення можливості реабілітації.

Тому досі залишається відкритим питання реабілітації та відновлення працездатності пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта.

Мета дослідження: Проаналізувати особливості фізичної реабілітації в пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта та дослідити вплив застосування терапевтичних вправ на динаміку відновлення.

Методи дослідження. З метою визначення клініко-функціонального стану хребта, оцінки якості життя та ефективності фізіотерапевтичних програм при хронічному вертебральному попереково-крижовому болю використовували такі методи дослідження: аналіз науково-методичних літературних джерел за темою; клініко-інструментальні методи: збір анамнезу, зовнішній огляд, візуальна аналогова шкала болю, гоніометрія; оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index, оцінка за шкалою МКФ.

У дослідження було включено 30 чоловіків і жінок віком 35-50 років з хронічним вертебральним поперековокрижовим болем на тлі дегенеративно-атрофічних уражень хребта. Пацієнти були розподілені на 2 групи за методом випадкових чисел: контрольну групу (КГ) та основну групу (ОГ), кожна з яких складалася з 15 учасників. У контрольній групі використовували тільки дошки Єфмінова та інверсійний стіл. В основній групі використовували комбінацію дошок Єфмінова та попередньо застосованих фізичних факторів.

Висновки: Застосування фізичної терапії в лікуванні пацієнтів із болями в нижній частині спини є актуальним та ефективним підходом, особливо враховуючи різноманітність захворювань та індивідуальні особливості кожного пацієнта. Проведений огляд літературних джерел підтверджує важливість використання фізичної реабілітації в комплексному лікуванні пацієнтів із дистрофічно-

дегенеративними захворюваннями. Підкреслюється необхідність мультидисциплінарного підходу у лікуванні та реабілітації пацієнтів із дистрофічно-дегенеративними захворюваннями, що дозволяє враховувати різноманітні аспекти цього мультифакторного захворювання. На основі дослідження розроблено програму реабілітації, включаючи комплекс занять на дошці Євмінова, інверсійному столі із застосуванням преформованих чинників, який рекомендується для застосування у лікуванні пацієнтів із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями. Ця програма сприяє комплексному підходу до фізичної реабілітації та покращенню якості життя цільової аудиторії.

Список використаної літератури:

1. Абдуллаєв Р.Я. Ультразвукова діагностика при поперековому остеохондрозі / Р.Я. Абдуллаєв, О.М. Хвисюк, Л.А. Дзяк, В.Г. Марченко, В.В. Гапченко, С.О. Пономаренко: навч. посібник. – Х.: Нове слово, 2008. – 48 с.

2. Бедрій Я.І. Охорона праці: Навчальний посібник. – К.: ЦУЛ, 2002. –322 с.

ОЛЕНА КОМАР

д. мед. н., професор кафедри соціальних технологій
Вінницькогосоціально-економічного інституту
Університету « Україна»
м. Вінниця

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ: ВІД МЕНЕДЖМЕНТУ ДО КОМПЛАЄНСУ

Сьогодні перед державою постав новий виклик — змінити систему реабілітації в Україні так, щоб вона була доступною і доказовою.

Аналіз міжсекторальної взаємодії міністерств, НСЗУ, Офісу Президента України, навчальних закладів, наукової спільноти, громадських і благодійних організацій дозволив визначити такі реабілітаційні виклики сьогодення:

Виклик 1. Відсутність цілісної системи реабілітаційних послуг, яка б охоплювала всі етапи і види реабілітаційної допомоги.

Виклик 2. Потребує розробки план дотримання континууму надання реабілітаційної допомоги на всьому реабілітаційному маршруті, незалежно від рівня підпорядкування закладу.

Виклик 3. Проблема нестачі кадрів у сфері реабілітації, у т.ч. протезистів/ортезистів. Необхідно комплектувати, навчати та

забезпечувати ефективну роботу мультидисциплінарних реабілітаційних команд та команд, які підтримують ментальне здоров'я.

Навколо вирішення проблеми нестачі кадрів у сфері реабілітації об'єдналися міністерства, медичні навчальні заклади, громадські організації та об'єднання, наукова спільнота, а саме:

1. Ведеться активна робота з провідними навчальними закладами щодо підготовки фахівців з фізичної реабілітації, з фізичної та реабілітаційної медицини: Дніпровський державний медичний університет, Львівський національний медичний університет, Одеський медичний університет, Вінницький медичний національний університет.

2. Розвиток телереабілітації і телемедицини міг би частково компенсувати певну нестачу фахівців в сфері реабілітації.

3. Обмін досвідом роботи тренінгових центрів для мультидисциплінарних реабілітаційних команд, які наразі працюють в 6 містах України (Київ, Дніпро, Вінниця, Тернопіль, Івано-Франківськ, Ужгород), надаючи відповідні освітні послуги та підвищуючи кваліфікацію спеціалістів/фахівців (на прикладі КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня імені академіка Ющенка Вінницької обласної ради»).

4. Існування браку кваліфікованих протезистів та ортезистів. Міністерство соціальної політики України спрямовуємо свої зусилля на підвищення кваліфікації існуючих фахівців та появу нових фахівців високої кваліфікації. Розроблено професійний стандарт професії «протезист/ортезист». У грудні 2023 року внесена в класифікатор професій. Зараз спільно з Міносвіти і МОЗ ведеться розробка освітнього стандарту для цієї професії.

Виклик 4. Існує проблема надання психологічної допомоги неналежного рівня, що призводить до ретравматизації людини. Це питання потребує насамперед законодавчого урегулювання. Відсутність надання психологічної допомоги у закритих військових закладах.

Виклик 5. Забезпечити відповідну інфраструктуру як складову мережі закладів охорони здоров'я, тобто необхідно розвивати реабілітаційні та психіатричні відділення в багатопрофільних лікарнях, тобто створювати фізичну доступність просторів.

Виклик 6. Удосконалювати електронне документування даних про обстеження функціонального стану людей, що відновлюються (перебувають на реабілітації), та розглядати людину в процесі

реабілітації з точки зору біопсихосоціального підходу Міжнародної класифікації функціонування.

Виклик 7. Налагоджувати державну підтримку тих сімей, де є люди, чиє здоров'я уже не відновиться і вони упродовж усього свого життя потребуватимуть допомоги. Мають розвиватися державні сервіси щодо надання сім'ї послуг підтримуючого проживання.

Виклик 8. У лікарнях і цивільним, і військовими пацієнтам бракує роз'яснень і комунікації щодо того, яким є механізм лікування і реабілітації, що і від яких органів влади або ж лікарів може отримати людина, куди звертатися за допомогою.

Виклик 9. Проблема супроводу. Люди, які повертаються на продовження відновлення вже додому, не знають та не розуміють, де їм відновлюватись, бо не мають такої послуги поблизу дому. Розвиток напрямку "Реабілітація у громадах".

Виклик 10. Розробка функцій з реабілітації в електронній системі охорони здоров'я – для того, щоб увесь процес реабілітації був надійно задокументований он-лайн і за прогресом могла спостерігати як реабілітаційна команда, так і сама людина, яка відновлюється.

Виклик 11. Розробка пропозицій зміни законодавства, щоб гарантувати доступ до реабілітації для всіх жителів України, в тому числі тих, хто потребує додаткової підтримки.

Виклик 12. Прихильність пацієнта до лікування (комплаєнс).

Фізіотерапія є однією з галузей охорони здоров'я, яка особливо схильна до високого рівня невиконання пацієнтом призначеного режиму лікування.

Дотримання комплаєнсу (зобов'язання пацієнта щодо лікування) є головним предиктором покращення результатів реабілітації для пацієнтів, особливо з проблемами опорно-рухового апарату.

Літературні звіти вказують на рівень недотримання комплаєнсу до 70%, а також на високі витрати на лікування, шкідливий вплив на результати лікування, зниження загальної ефективності системи охорони здоров'я, сприяння негативним стосункам між пацієнтами та медичним персоналом.

«Працюємо над тим, аби розширити доступність реабілітаційних послуг. Усі, хто потребує такої допомоги, повинні мати змогу її отримати, й отримати високоякісну», — пряма мова Віктора Ляшка, міністра охорони здоров'я України (2024 рік).

Слід зазначити, що пріоритетним завданням 2024 року Міністерство охорони здоров'я України визначило - досягти сучасної

якісної доказової реабілітації, що доступна кожному пацієнту в будь-якій громаді.

КОСОВАН ІННА ІВАНІВНА
здобувач 4-го курсу
Спеціальність 277 „Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університет „ Україна''
м.Вінниця

СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАГАЛОМ І ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗОКРЕМА

Реабілітація в медицині є важливою галуззю, спрямованою на покращення функціональних здібностей і якості життя пацієнтів, які стали жертвами травм, хвороб, або мають обмеження у фізичних або когнітивних можливостях. Процес реабілітації передбачає комплекс заходів, включаючи фізичну, реабілітацію та психологічну підтримку, які спрямовані на поліпшення здоров'я та повернення до нормального життя.

Основна мета даної статті – це визначити розвиток, головні переваги та проблеми реабілітації (зокрема фізичної реабілітації), знайти шляхи їх вирішення.

Щоб краще розуміти сучасний стан реабілітації в медицині, важливо розглянути історичну динаміку розвитку цієї галузі та її перетворення від перших спроб відновлення до сучасних, науково обґрунтованих підходів, але спершу варто розглянути загальні визначення реабілітації, які можна знайти у науковій та медичній літературі.

Реабілітація (від лат. *rehabilitatio*, *f* (*re* — основа + *habilitas* — здібність, здатність, спроможність, придатність, відновлення): 1) відновлення у правах; 2) комплекс медичних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів [1].

Реабілітація як процес відновлення: Реабілітація визначається як комплексний процес, спрямований на відновлення фізичних, психологічних та соціальних функцій пацієнта після хвороби, травми або іншого стану, що обмежує його здатність до нормального життя [7].

Реабілітація як інтердисциплінарна наука: Реабілітація розглядається як інтердисциплінарна наука, яка поєднує в собі підходи з медицини, фізичної терапії, психології, терапії зайнятості, розробки

індивідуальних планів і багато інших галузей для відновлення здоров'я та функціональності пацієнта [8].

Реабілітація як процес адаптації: Реабілітація може бути розглянута як процес адаптації до нових умов після травми або інвалідності, який включає в себе навчання новим навичкам, розвиток компенсаторних стратегій та психосоціальну підтримку [9].

Історія реабілітації в медицині пов'язана зі зростанням обсягу та складності медичних втручань, що призвели до збільшення кількості людей, які потребують подальшої допомоги у відновленні.

Перші Спроби Реабілітації, які нам відомі датовані від давніх часів до 19-го століття. Саме в античних цивілізаціях, таких як давній Єгипет та Греція, існували записи про використання фізичних вправ і масажу для поліпшення фізичного стану. У середньовіччі велику увагу приділяли реабілітації військових ветеранів, які отримали поранення у битвах.

Наступним етапом розвитку реабілітації стають 19-й - початок 20-го століття та іменується, як військова реабілітація, адже після Першої світової війни з'явилися спеціалізовані реабілітаційні центри для ветеранів з травмами та інвалідами.

Легендарна постать Елен Келлер стала символом боротьби з фізичними обмеженнями та вперше привернула увагу до потреб осіб з інвалідністю [3].

Спочатку реабілітація була відома головним чином як фізична терапія та реабілітаційні вправи для військових, які отримали поранення під час війни. Проте з розвитком медицини та збільшенням усвідомлення щодо важливості реабілітації, ця галузь почала розширюватися на інших категорій пацієнтів.

Пандемія поліомієліту в середині 20-го століття підкреслила важливість реабілітації у відновленні функцій та рухової активності у пацієнтів з інвалідністю. Фізіотерапія та лікувальна гімнастика вийшли на новий рівень та стали стандартними методами реабілітації.

Важливим викликом в розвитку реабілітації було забезпечення індивідуалізованого підходу до кожного пацієнта, враховуючи його унікальні потреби та стан. Також була виявлена потреба в психологічній та соціальній підтримці, оскільки стало очевидним, що фізичне відновлення має важливий психологічний компонент [2].

У наш час реабілітація в медицині включає в себе різноманітні методи і техніки, включаючи фізичну терапію, окупаційну терапію, логопедію та інші форми індивідуалізованої допомоги. Сучасні досягнення в області медицини та наукові відкриття дозволяють

розробляти більш ефективні методи реабілітації та підходи до лікування пацієнтів, які потребують реабілітації.

За останні десятиліття була акцентована увага на індивідуалізації та персоналізації реабілітаційних програм для кожного пацієнта. Сучасні технології, такі як робототехніка, віртуальна реальність та нейрореабілітація, відкривають нові можливості для реабілітації. Ці інновації дозволяють пацієнтам отримувати більш ефективну та індивідуалізовану допомогу.

На початку 20-го століття покращилась якість реабілітаційних послуг, адже розробили інноваційні методи, наприклад:

- віртуальна реальність (VR): використання VR у фізичній реабілітації надає пацієнтам можливість взаємодіяти з імітованим оточенням та виконувати вправи, що сприяють відновленню рухових навичок. VR може бути корисною для пацієнтів після травм або операцій, а також для пацієнтів з неврологічними захворюваннями;
- робототехніка: робототехніка включає в себе використання роботів для надання пацієнтам підтримки у відновленні рухових функцій. Роботи можуть надавати точний контроль над рухами і допомагати пацієнтам відновити моторну активність [5];
- сенсорні технології: використання сенсорних пристроїв та носимих технологій дозволяє відслідковувати рухи пацієнта та збирати дані про їхню фізичну активність. Ці дані можуть бути використані для індивідуалізації реабілітаційних програм;
- електростимуляція м'язів: електростимуляція використовує електричні імпульси для активізації м'язів, що може бути корисним для відновлення функцій після травм або операцій. Метод може бути використаний для покращення м'язової сили та контролю;
- інноваційні методи оцінки та діагностики: сучасні методи, такі як комп'ютерна томографія (CT), магнітно-резонансна томографія (MRI) та електроміографія (EMG), дозволяють точно визначити стан м'язів та тканин та використовуються для планування індивідуальних програм реабілітації;
- телереабілітація: використання телекомунікаційних технологій для проведення реабілітаційних сесій на відстані. Це дозволяє пацієнтам отримувати професійний медичний догляд і підтримку, навіть якщо вони не можуть приїхати до лікарні чи центру реабілітації [6];ь
- індивідуалізація програм: сучасні програми реабілітації стають все більш індивідуалізованими, враховуючи

особисті потреби і можливості кожного пацієнта. Це допомагає досягти більш ефективних результатів.

При такому потужному розвитку реабілітації, завдяки технологіям, існують ряд невирішених проблем, які виклики у сучасних реабілітаційних програмах. Їх визначення та вирішення – це основне завдання не лише цієї статті, а й подальшого розвитку цієї галузі. Отже, визначимо основні проблеми:

- доступність та рівень обслуговування: не всі пацієнти мають доступ до якісних реабілітаційних програм, особливо ті, хто живе в віддалених регіонах чи має обмежену фінансову можливість. Забезпечення рівного доступу до реабілітації є важливим завданням;
- індивідуалізація та персоналізація: важливо враховувати унікальні потреби кожного пацієнта в реабілітаційній програмі. Розробка індивідуальних підходів та програм може бути складною завданням;
- вартість та фінансування: фінансування реабілітації може бути високим. Багато пацієнтів стикаються з проблемами фінансування або обмеженою страховою покриттям, що ускладнює доступ до необхідної допомоги;
- доступ до новітніх технологій: не всі заклади мають можливість використовувати новітні технології у реабілітації. Розробка доступних інновацій для більшої кількості пацієнтів є викликом;
- кваліфікація та тренування персоналу: для ефективної реабілітації потрібні висококваліфіковані фахівці. Однак забезпечення належного тренування та розвитку персоналу є завданням, яке потребує постійного уваги;
- психологічна та соціальна підтримка: психологічна реабілітація та підтримка також є важливими, особливо для пацієнтів з фізичними травмами або обмеженнями. Забезпечення доступу до психосоціальної підтримки є ключовим;
- вікові групи та специфічні групи пацієнтів: пацієнти різного віку та з різними видами обмежень можуть потребувати різних методів реабілітації. Врахування цих відмінностей є важливим.

На основі виявлених проблем для їх вирішення варто визначити можливі напрямки подальших досліджень у галузі реабілітації та фізичної реабілітації, зокрема в аспекті покращення результатів лікування та збільшення доступності послуг.

Для розвитку технологій для дистанційної реабілітації варто дослідити новітні технології, такі як додатки для смартфонів та

віртуальна реальність, що дозволяють пацієнтам отримувати реабілітаційну допомогу вдома та на відстані.

Варто продовжити подальше дослідження методів, які дозволяють точно оцінювати фізичний стан пацієнтів та прогнозувати їхні реабілітаційні потреби.

Також, необхідна:

- ✓ розробка підходів, які дозволяють індивідуалізувати реабілітаційні програми для кожного пацієнта на основі їхніх унікальних потреб і характеристик;
- ✓ психологічна та соціальна підтримка: дослідження впливу психологічної та соціальної підтримки на результати реабілітації та розробка програм, які враховують ці аспекти;
- ✓ фінансування та доступність: вивчення моделей фінансування реабілітації та пошук шляхів забезпечення більшої доступності цих послуг для всіх пацієнтів;
- ✓ моніторинг та оцінка після завершення реабілітації: розробка систем моніторингу та оцінки пацієнтів після завершення реабілітаційних програм для визначення тривалості та стійкості результатів.
- ✓ міждисциплінарна співпраця: дослідження співпраці між різними спеціалістами (фізіотерапевти, лікарі, психологи, терапевти) та її впливу на результати реабілітації;
- ✓ глобальна координація та обмін даними: розвиток системи глобальної координації та обміну даними між різними закладами та країнами для покращення якості реабілітаційної допомоги;
- ✓ дослідження у цих напрямках можуть допомогти покращити результати реабілітації, зробити послуги більш доступними та підвищити якість життя пацієнтів з фізичними обмеженнями.

Реабілітаційна медицина виникла як відповідь на постійну потребу в наданні допомоги людям, які пережили травми або хвороби, та мають фізичні або когнітивні обмеження. Вона розвивалася протягом століть і пройшла через ряд важливих етапів, що вплинули на її наукову і практичну значущість [4].

У подальшому розвитку реабілітації в медицині важливо розглядати питання доступності та рівності в доступі до реабілітаційних послуг для всіх категорій населення. Також важливо продовжувати дослідження та розвивати інноваційні методи, щоб підвищити ефективність та ефективність реабілітації.

Список використаної літератури

1. Бутич І. Л., Брокгауза і Єфрона Енциклопедичний словник // Українська літературна енциклопедія : В 5 т. / редкол.: І. О. Дзеверін (відповід. ред.) та ін. — К. : Голов. ред. УРЕ ім. М. П. Бажана, 1988. — Т. 1 : А—Г. — С. 236.
2. Василенко, В. А. Особливості фізичної реабілітації пацієнтів з хворобою Паркінсона. Український неврологічний журнал, 2015, №3, 30-34.
3. International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization, 2001.
4. Introduction to Physical Therapy and Patient Skills by Michael A. Pagliarulo, 2018.
5. Foundations of Clinical Research: Applications to Evidence-Based Practice by Leslie G. Portney and Mary P. Watkins, 2019.
6. Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice by Walter R. Frontera, Julie K. Silver, and Thomas D. Rizzo, 2018.
7. Principles of Rehabilitation Medicine by Raj Mitra, 2019.
8. Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice by Lena Haglund and Ingrid Söderback, 2008.
9. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice" Joel A. DeLisa, 2005.
10. Sherrington, C., Herbert, R. D., Maher, C. G., & Moseley, A. M. A randomized controlled trial of weight-bearing versus non-weight-bearing exercise for improving physical ability after usual care for hip fracture. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2000, №81(7), 999 p.

КРАВЧУК О.С.
Здобувач магістратури 1 курсу
Спеціальність 227 «фізична терапія , ерготерапія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
*Науковий керівник: к.м.н.**ЛОМИНОГА С.І***
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного
інституту Університету «Україна».
м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІНСУЛЬТІ

Інсульт – гостре порушення кровообігу в головному та спинному мозку з розвитком стійких симптомів ураження ЦНС,

спричинених інфарктом або крововиливом у мозкову речовину. Інсульт сьогодні є основною причиною інвалідизації населення. Інвалідами стають 70–80 % осіб, які вижили після інсульту, а 20–30 % хворих потребують постійної сторонньої допомоги. Залежно від механізму порушення мозкового кровотоку розрізняють два види інсульту: за ішемічним типом, який виникає внаслідок закупорки кровоносної судини або за невідповідності кровотоку потребам головного мозку; за геморагічним типом, що виникає внаслідок розриву судини та крововиливу у прилеглі структури головного мозку. Найбільш поширеним є ішемічний інсульт, він трапляється у 80−85% випадків. Геморагічний інсульт менш поширений і трапляється у 10−15% випадків. У 5% випадків причина інсульту залишається нез'ясованою [3, с. 34].

Одним із основних напрямків відновного лікування пацієнтів з інсультами є фізична реабілітація (терапія), основними цілями якої є збереження або збільшення обсягу рухів, досягнення постуральної стабільності, дотримання балансу тіла в положенні стоячи і сидячи, запобігання контрактурам, усунення або зменшення больового синдрому. Для успішного проведення фізичної терапії при інсульті необхідно оцінити функціональні можливості пацієнта, визначити його проблеми та план ведення, встановити конкретні цілі відновного лікування та терміни розширення рухового режиму.

Щоб відновити втрачені нейронні зв'язки у мертвій ділянці мозку, потрібно створити альтернативну нейронну мережу у сусідній здоровій ділянці. Формування рухової навички − це насамперед створення нейронних зв'язків через системні дії чи вправи. Саме тому фізична терапія – єдиний шлях відновлення після інсульту, решта – допоміжні. Потрібно домогтися самостійного руху, наприклад, щоб людина сама поворухнула слабкою рукою, а не піднімала її за допомогою здорової. Тільки якщо людина хотітиме зробити рух слабкою рукою, сформується сигнал у головному мозку і, відповідно, нові нейронні зв'язки.

Отже, мета фізичної терапії – відновити рухові функції та знизити ступінь інвалідизації пацієнта. Все починається з базових рухів: спроб підвестися, підняти руку, стиснути предмет у руці. Тривалість відновного лікування залежить, насамперед, від обширності та локалізації ушкоджень головного мозку.

Лікувальну фізкультуру розпочинають після проведення повного клінічного та неврологічного обстеження. Кінезотерапія у гострий період проводиться у вигляді лікувальної гімнастики. Активну гімнастику за відсутності протипоказань починають при ішемічному

інсульті через 7−10 днів, при геморагічному – через 15−20 днів від початку хвороби. Основна вимога − суворе дозування навантаження та поступове його нарощування [1, с. 92].

Тобто, ранню активізацію та реабілітацію хворих починають вже у гострому періоді інсульту. Проте, перші кроки до активного відновлення починаються в реанімації після того, як стан пацієнта вдається стабілізувати − поступова вертикалізація та перші повороти − та продовжувати на всіх етапах лікування та реабілітації. Перші три місяці після інсульту є найсприятливішими для відновлення втрачених функцій. Через шість місяців після початку інсульту люди перебувають у хронічній стадії і мету фізичної терапії змінюють з відновного до підтримуючого тренування [1, с. 92].

Основні завдання фізичної терапії при інсульті:

− попередження та лікування ускладнень тривалої іммобілізації (пролежні, пневмонії, тромбоемболічні ускладнення, атрофія м'язової маси);

− поліпшення м’язового тонусу у групах м'язів, які перебувають у стані парезу чи паралічу зі зниженим тонусом;

− поліпшення мікроциркуляції та обмінних процесів у тканинах організму;

− відновлення рухової активності; підвищення загального тонусу хворого;

− відновлення правильної постави та нормального рухового стереотипу; навчання життєво необхідним побутовим та трудовим навичкам.

Нерухомість хворого в гострому періоді інсульту є причиною розвитку багатьох ускладнень, таких як бронхопневмонія, пролежні, набряк головного мозку, епілептичні напади, інфекції сечових шляхів, тромбоз глибоких вен та ін.

Обсяг і характер реабілітаційних втручань в постінсультному періоді залежать від розміру черепно-мозкової травми і конкретних пошкоджень ланцюгів головного мозку. Мозку властива внутрішня здатність перебудовувати свої ланцюги після інсульту, що призводить поліпшення його функцій в деякій мірі впродовж місяців або років. Попри те, що реабілітація не усуває ушкодження головного мозку, вона істотно допомагає людям, що пережили інсульт, досягти найкращого довгострокового результату. І важлива роль фізичної терапії на усіх рівнях і етапах реабілітаційного процесу цієї категорії пацієнтів доведена на практиці [2, с. 184].

Отже, головним завданням фізичної терапії при інсульті є відновлення чутливості та здатності кінцівок до руху. Домогтися

високих результатів неможливо без виконання регулярних фізичних вправ та лікувальної гімнастики. Гімнастичні вправи та ЛФК є найдоступнішим і найдієвішим способом відновлення пацієнтів після інсульту.

Список використаної літератури

1. Віноградов М. М. Високоінтенсивне тренування як засіб фізичної терапії при лівопівкульних геморагічних інсультах : огляд зарубіжного досвіду. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2021. № 1. С. 90-94.

2. Закаляк Н., Ошієвський Р. Роль фізичних терапевтів у відновленні після інсульту. *Розвиток сучасної освіти і науки : результати, проблеми, перспективи.* Конін – Ужгород – Перемишль : Посвіт, 2022. С. 182−184.

3. Пахнюк Н., Грицай О. Фізична терапія для відновлення ходьби в осіб після інсульту. *Волинський національний університет ім. Лесі Українки*. 2020. Вип. 10. С. 33−35.

КРАЙНІК С.О.
магістрант другого року підготовки
спеціальність "Терапія та реабілітація"
Вінницький інститут Університету «Україна»
*Науковий керівник:**КОРЧИНСЬКИЙ В.С., д.мед.н, професор***
професор кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
м. Вінниця

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ДІАБЕТИЧНИХ АНГІОПАТІЯХ

Діабетичні ангіопатії - це генералізоване ураження кровоносних судин при цукровому діабеті (ЦД), що поширюється на дрібні судини (мікроангіопатії), та судини середнього і великого калібру (макроангіопатії). Зміни в дрібних судинах (артеріолах, капілярах, венулах) носять специфічний характер, а ураження великих судин розцінюються як ранній і поширений атеросклероз. Мікроангіопатія проявляється потовщенням базальної мембрани капілярів, проліферацією ендотелію і відкладенням у стінці судин глікопротеїдних PAS – позитивних речовин. Макроангіопатія не відрізняється від атеросклерозу, що зустрічається в осіб, не хворих на діабет, але вона розвивається на 10 років раніше, тобто в більш молодому віці і протікає важче. Мікроангіопатії виявляються на ранніх етапах розвитку ЦД. Подальше прогресування судинних

уражень зумовлене порушенням гормональної регуляції, гемореології, оксигенації, гіперпродукції контрінсулярниxx гормонів та аутоімунними процесами [2]. Головним фактором, що сприяє виникненню і прогресуванню діабетичної ангіопатії, є погано лікований ЦД, при якому відбуваються виражені порушення не тільки вуглеводного обміну з високим рівнем глюкози в крові і значними (більше 6 ммоль/л) перепадами його протягом доби, але також білкового і жирового обміну. У таких випадках погіршується кисневе забезпечення тканин, у тому числі стінок судин порушується кровотік у дрібних судинах. Мають значення і виникаючі порушення гормонального балансу, збільшення секреції ряду контрінсулярних гормонів, які збільшують порушення обмінних процесів і несприятливо впливають на судинну стінку. Певна роль у розвитку ангіопатії належить аутоімунним процесам. Сприяє її виникненню також лікування тільки інсуліном тривалої дії і відмова від додаткового введення інсуліну короткої дії, без чого досить важко домогтися достатньої компенсації обмінних процесів. Особливо несприятливий вплив на виникнення і прогресування ангіопатій робить паління і вживання алкоголю[1]

Основними напрямками профілактики і реабілітації ЦД є: контроль і корекція гіперглікемії, дисліпідемії, артеріального тиску, нормалізація маси тіла, відмова від куріння. Ризик розвитку ускладнень ЦД можна знизити завдяки дотриманню дієти, застосуванню фізичної активності і фізіотерапії. Раціонально дозоване фізичне навантаження є невід'ємним компонентом комплексної реабілітації хворих на ЦД з обов'язковим індивідуальним підходом під час призначення загальнозміцнювальних вправ з аеробіки чи навантажень середньої інтенсивності без змін максимального споживання кисню в комбінації чи окремо. Встановлено, що в категорії тренованих людей спостерігають нижчий рівень смертності від усіх причин. Під впливом дозованого фізичного навантаження у хворих зменшується гіперглікемія і глюкозурія, підсилюється дія інсуліну. Разом з цим встановлено, що значні навантаження викликають різке підвищення вмісту цукру у крові [2]. При фізичному навантаженні завдяки посиленню окислювально-ферментативних процесів підвищується утилізація глюкози м'язами, які працюють, а під впливом тренувань збільшується синтез глікогену в м'язах і печінці. Гіпоглікемія, яка виникає при фізичному навантаженні призводить до підвищення секреції соматотропного гормону, який стабілізує вуглеводний обмін і стимулює розпад жиру. Фізичне тренування дозволяє хворому долати м'язову слабкість, підвищує

опірність організму до несприятливих чинників. Фізичні вправи мають позитивний вплив на нервову систему, порушення її роботи має велике значення в патогенезі цукрового діабету. Тренування сприятливо діє на серцево-судинну систему, що є також ефективним засобом профілактики виникнення атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, облітеруючого атеросклерозу та гангрени нижніх кінцівок [1].

Дослідження показали, що при вправах швидкісного характеру, або які виконуються нетривалий час, в м'язах переважають анаеробні процеси, що ведуть до ацидозу, а також впливають на рівень глюкози в крові. Вправи, що виконуються із залученням великих м'язових груп в повільному та середньому темпі із значною кількістю повторень, викликають у м'язах посилення окислювальних процесів, завдяки чому не тільки витрачається глікоген, але й споживається глюкоза з крові. Подібна форма м'язової діяльності найбільш прийнятна для хворих на цукровий діабет, оскільки посилене споживання глюкози м'язами та її згорання веде до зменшення гіперглікемії. При роботі з такими хворими необхідно враховувати, що при фізичних вправах, що виконуються з вираженим м'язовим зусиллям, витрачання глікогену значно більше, ніж при вільних вправах [2].

Лікувальна фізична культура при цукровому діабеті розв'язує такі завдання: покращення функцій центральної нервової системи та нейроендокринної регуляції обміну речовин; стимуляція тканинного обміну й утилізація цукру в організмі; зниження гіперглікемії та компенсація інсулінової недостатності; поліпшення функціонального стану серцево-судинної, дихальної та травної систем; попередження або зменшення проявів супутніх захворювань; підвищення опірності організму; відновлення і підтримання загальної працездатності хворого [1].

Індивідуалізація тренувальних навантажень для хворих діабетом - складне завдання, і для її рішення важлива спільна робота лікаря і фізичного терапевта. Обстеження пацієнта повинне включати трикратне дослідження вмісту цукру в крові протягом доби; дослідження сечі на вміст білка; ЕКГ в спокої і в ході стрес-тестів з навантаженням, яке підвищується, на велоергометрі або тредмилі; консультація офтальмолога (діабетична ретинопатія); консультація невропатолога (периферична і автономна нейропатія); проведення тесту Купера. Після такого обстеження можлива достатня індивідуалізація фізичного тренування. Щодо цього особливо важливо навантажувальне тестування, що дозволяє визначити гранично припустиму величину ЧСС. Залежно від виду навантаження зміни

ЧСС варіюють у широкому діапазоні, але в ході фізичних тренувань вони повинні становити 60-75% граничної, установленої при велоергометрії [3].Основний засіб ЛФК при цукровому діабеті - оздоровчі тренування у формі фізичних вправ циклічного характеру в аеробній зоні потужності.У реабілітації хворих, особливо на початкових етапах або за наявністю локальних ускладнень, використовують наступні форми ЛФК: ранкову гігієнічну гімнастику, заняття лікувальною гімнастикою, прогулянки, дозоване використання спортивно-прикладних вправ - плавання, ходьбу на лижах, катання на ковзанах, працетерапію, гідрокінезотерапію та інші [2].

Методика лікувальної фізичної культури будується залежно від форм і клінічного перебігу цукрового діабету. При легкій формі цукрового діабету в заняттях лікувальної фізичної культури використовуються вправи для всіх м'язових груп. Рухи виконуються з великою амплітудою, у повільному та середньому темпі, а для дрібних м'язових груп - в швидкому темпі. Поступово вводяться складніші в координаційному відношенні вправи, вправи з предметами, на знаряддях (гімнастичній стінці, лавці) з загальним силовим напруженням. Тривалість заняття - 30-45 хвилин, щільність достатньо висока. Окрім лікувальної гімнастики необхідно використовувати дозовану ходьбу, поступово збільшуючи відстань з 5 до 10-12 км, спортивні вправи (ходьбу на лижах, катання на ковзанах, плавання, веслування, біг), ігри (волейбол, бадмінтон, теніс) при строгому лікарсько-педагогічному спостереженні в процесі занять [2].

При діабеті середньої тяжкості заняття лікувальною фізичною культурою й регламентація рухового режиму сприяють стабілізації дозування лікарських препаратів. Застосовуються вправи помірної й малої інтенсивності для всіх м'язових груп. Тривалість заняття 25-30 хвилин, щільність невисока. Окрім лікувальної гімнастики слід широко застосовувати дозовану ходьбу на 2-7 км.

При важкій формі захворювання на цукровий діабет методика ЛФК будується згідно методики супутніх захворювань серцево-судинної системи. Загальне навантаження на організм невелике або помірне. Методика ЛФК будується за постільним , палатним й вільним руховим режимом. Широко використовуються вправи для дрібних та середніх м'язових груп, які поєднуються з дихальними. Вправи для великих груп м'язів застосовуються поступово й обережно по мірі адаптування організму до фізичних навантажень. Заняття не повинні стомлювати хворого, необхідно строго стежити за дозуванням фізичних навантажень.

Щільність заняття невелика, темп виконання вправ повільний. Окрім лікувальної гімнастики застосовують масаж, ранкову гігієнічну гімнастику та загартовуючі процедури [1]. Критеріями ефективності терапії є зникнення або зменшення больового синдрому діабетичної ангіопатії підвищення швидкості і тривалості ходьби, підвищення амплітуди біоактивності м'язів нижніх та верхніх кінцівок і поліпшення показників спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму, стандартних кардіоваскулярних рефлекторних тестів. Результатом лікування є ремісія діабетичної ангіопатії, тривалість якої залежить від подальшого стану компенсації ЦД. Тривалість терапії встановлюють з урахуванням часу досягнення компенсації або субкомпенсації ЦД. Відомі методики лікувальної гімнастики (ЛГ) для хворих на цукровий діабет II типу у вигляді виконання фізичних вправ циклічного характеру, що виконують із залученням великих м'язових груп у повільному і середньому темпі зі значною кількістю повторень в аеробній зоні інтенсивності і, внаслідок цього, супроводжуються підвищенням витрат глюкози працюючими м'язами. При цьому використовують фізичні вправи з вираженим м'язовим зусиллям, при яких витрата глікогену буде значно більшою, ніж при виконанні вільних вправ. Однак такі фізичні вправи зумовлюють посилене споживання глюкози працюючими м'язами, але не нормалізують інкреторну функцію підшлункової залози. Крім того, виконання фізичних вправ хворими на цукровий діабет II типу тяжкого ступеня ускладнено внаслідок тяжкості стану, що зумовлено наявністю супутньої патології і можливістю розвитку гіпоглікемічного стану. Ефект зниження цукру в крові спостерігається тільки при систематичному безперервному використанні засобів лікувальної фізичної культури [2]. Руховий режим: лікувальна фізкультура та руховий режим підбираються індивідуально - в залежності від характеру та локалізації ураження, поширеності та тяжкості рухових порушень, загального стану хворого.

Список використаної літератури

1. Клапчук В.В., Дзяк Г.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. – К.: Здоров’я, 1995. –309 с.

2. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу /За ре-дакцією проф. В.В. Клапчука, проф. О.С. Полянської. – Чернівці: Прут, 2006. – 208 с.

3. Сергієнко О.О., Єфімов А.С., Єфімов Д.А., Кривко Ю.Я. Діабетичні ангіопатії. – Львів–Київ, 2003. – 212 с.

КУЛЬБІДА А.В.
Здобувач магістратури 1 курсу
Спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: кандидат медичних наук ***ЛОМИНОГА С.І***
Доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна».
м.Вінниця

ІНТЕГРОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ: КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА СТРАТЕГІЇ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Стан здоров'я дитини є важливим стартом для її майбутнього життя, оскільки все, що закладається в дитинстві, людина переносить у доросле життя. Своєчасний розвиток рухової активності − це одна із основних умов правильного формування дитячого організму та характеристика своєчасного фізичного, нервово-психічного розвитку дитини будь-якого віку. Це твердження є актуальним і для дітей, які хворіють на дитячий церебральний параліч (ДЦП).

Дитячий церебральний параліч – це складний набір порушень, які впливають на здатність людини до руху, збереження рівноваги та правильної постави. Основою клінічної картини ДЦП є рухові порушення, зміни м'язового тонусу, порушення пізнавального і мовного розвитку й інші прояви. Частота ДЦП зберігається на рівні 2-6 випадків на 1000 новонароджених, причому із застосуванням сучасних технологій інтенсивної терапії глибоко недоношених дітей на тлі зниження смертності зростає відсоток дітей з виходом в неврологічний дефіцит і ДЦП [3, с. 33].

Стійкі рухові обмеження у дітей, хворих на ДЦП зумовлюють довічну необхідність у реабілітаційних заходах. Фізична реабілітація (кінезотерапія, лікувальна гімнастика, медичний масаж) є одним із основних компонентів комплексного лікування дітей з церебральним паралічем. Одним із завдань фізичного терапевта в терапії церебрального паралічу, є формування рухових навичок дитини, з обов'язковим притриманням принципів онтогенетичної послідовності [2, с. 29].

На сьогодні розроблено значну кількість методик лікування та фізичної реабілітації дітей з ДЦП. Нині у лікуванні хворих на ДЦП активно застосовується широкий арсенал фізіотерапевтичних методів та методик. При цьому, використання конкретного фізичного методу в комплексному лікуванні залежить від віку пацієнта, провідного патологічного рухового синдрому, ступеня рухових порушень, наявності ускладнень основного патологічного стану та супутніх захворювань [4, с. 18].

Традиційною помилкою підходів до фізичної реабілітації є курсовий підхід з бездіяльними паузами, які неприпустимі у процесі розвитку та закріплення рухових навичок. Безперервна та комплексна реабілітація, або відновне лікування, є провідним видом медичної допомоги хворим на ДЦП.

Дослідники А Альошина, О. Бичук та Т. Суворова узагальнили відомості щодо ефективності інтегрованого підходу до застосування засобів фізичної терапії в реабілітації дітей з церебральним паралічем. Зокрема, йдеться про те, що, наприклад, у результаті застосування методу Войта-терапії 18% дітей, хворих на ДЦП, вільно оволоділи руховою навичкою самостійного повзання, а в 37% з'явилися смоктальні, ковтальні та жувальні рухи периферичного артикуляційного апарату [1, с. 77]. Сучасні дослідження ефективності застосування методу динамічної пропріоцептивної корекції у фізичній реабілітації дітей, хворих на ДЦП, довели, що 19,4% досліджуваних перейшли на більш високий рівень моторних можливостей за класифікацією GMFCS тощо [1, с. 77]. Статистичний аналіз 12 тис. 256 пацієнтів, котрі пройшли курс реабілітації за методом В. І. Козявкіна, підтвердив ефективність цієї системи. У 94% пацієнтів відзначено нормалізацію м'язового тонусу; у 75% з'явилася навичка контролю голови у вихідному положенні лежачи на животі та спині, а 62% освоїли рухову навичку самостійного сидіння. Формування навичок самостійної ходи зафіксовано в 19%, а у 87% було вагоме поліпшення дрібної моторики [1, с. 78]. Ефективність застосування кінезіотейпування у дітей, хворих на ДЦП спостерігається в 50% досліджуваних, у яких відкоригувалося патологічне положення постави стоп (еквінус), у 35% відзначено поліпшення постави, у 15% не було ні позитивної динаміки, ні регресу [1, с. 78]. Сучасні наукові дослідження підтверджують, що Бобат-терапія, спрямована на відновлення функції ходи, веде до позитивних змін у швидкості руху та довжини кроку. Ці результати свідчать про потенційну ефективність Бобат-терапії як одного з передових методів фізіотерапії для дітей з ДЦП [1, с. 79].

Слід зазначити, що реабілітація дітей з ДЦП – це не лише медичне завдання, а й багато в чому педагогічне та соціальне. Важливо не тільки відновити втрачені рухові функції, не тільки підвищити функціональний стан дитини, а й навчити її сидіти, ходити, обслуговувати себе, тобто адаптувати до навколишнього середовища. Використовуючи в активній формі засоби фізичної реабілітації можна значно підвищити ефективність реабілітаційних заходів з дітьми з ДЦП.

Отже, у реабілітації хворих на ДЦП вже з раннього віку чільне місце займають фізичні методи поряд із засобами та методами ЛФК. Серед різноманіття сучасних засобів відновного лікування та фізичної реабілітації дітей з ДЦП все більш стійкі позиції займають високотехнологічні методи, засновані на вивченні патогенезу цього захворювання та на синхронному корекційному впливі на численні його ланки.

Список використаної літератури

1. Альошина А. І. Сучасні методи фізичної реабілітації дітей, хворих на дитячий церебральний параліч. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт*. 2018. Вип. 29. С. 76-81.

2. Бардашевський Ю. В. Огляд основних кінезіотерапевтичних методик в фізичній терапії церебрального паралічу. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. 2021. Вип. 6. С. 29-33.

3. Вайда О. В. Комплексний підхід у реабілітації дітей з церебральним паралічем. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. №2. С.33-37.

4. Семенець М. Д. Ефективність застосування методів фізичної реабілітації для дітей з дитячим церебральним паралічем : бібліометричний аналіз. *Медсестринство.* 2021. №3. С. 17-19.

ЛАНЦМАН ОКСАНА РУСЛАНІВНА
здобувач 2-го курсу магістратратури
спеціальності 227«Терапія та реабілітація»
Вінницького інституту Університету «Україна»
м. Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ

За останні роки кількість людей з надмірною вагою збільшилась у багатьох країнах світу , а в деяких країнах ця проблема

набула ознак епідемії. Ожиріння – це надлишкові жирові відкладення, що накопичуються в організмі людини. Пильна увага до цього захворювання пояснюється тим, що воно постійно прогресує, адже має хронічний характер, викликаючи комплекс патологічних змін у органах і системах організму.

Дослідженню проблеми ожиріння присвячені праці багатьох учених. Суттєвий внесок у вдосконалення напрямів фізичної реабілітації здійснили, зокрема, Є. М. Нейко, Н. Р. Палеєва, Т. М. Коваленко, Ю. В. Невишна, К. Ф. Гришина, А. Н. Окороков, В. О. Абаб-ков, Т. М. Гумницька, І. В. Кушніренко, Е. Рен, Е. Грант, В. Гелфанов. Д. Брушер, С. Хофмен та ін. У сучасних умовах зростання ризиків для життєдіяльності людини актуальним є подальше дослідження проблем відновлення здоров'я людства з урахуванням нових ще складніших завдань.

Суспільна значимість проблеми НМТ і ожиріння зумовлена їх негативним впливом на стан здоров'я. За останні роки значно підвищились темпи зростання кількості людей з надлишковою вагою: приріст за кожні 10 років становить 10% від попередньої кількості. В Україні ситуація із зайвими кілограмами відображає світові тенденції. Згідно зі статистичними даними, НМТ має більше, ніж половини дорослого населення, ожиріння – 20,4% жінок і 11% чоловіків.

Виділяють дві основні форми локального ожиріння:

1. Андроїдне (верхнє, вісцеральне, абдомінальне) – характерне для чоловіків і відрізняється відкладенням основної маси жиру в ділянці живота.

2. Гіноїдне (нижнє, підшкірне) – характерне для жінок, відрізняється відкладенням основної маси жиру в ділянці сідниць і стегон.

Саме абдомінальне ожиріння, яке поєднується з комплексом гормональних і метаболічних порушень, поєднаних у "метаболічний синдром", є найбільш несприятливим для здоров'я. Добре дисциплінованe життя з регулярними фізичними навантаженнями й збалансованим харчовим раціоном знижує можливості накопичення зайвої ваги. Учені довели, що надмірна вага тісно пов'язана з підвищеним ризиком для здоров'я, і втрата 10 кг

Аліментарна форма ожиріння зумовлена зовнішніми причинами: переїданням, надмірним уживанням їжі, багатої на вуглеводи й жири, недостатньою фізичною рухливістю і пов'язаним із нею зменшенням енерговитрат. Ендокринно-церебральне ожиріння є наслідком внутрішніх причин, що виникають в організмі хворого: це порушення гормональної функції щитоподібної і статевих залоз,

гіпофізу або регуляції жирового обміну ЦНС. У результаті в організмі замість нормальної кількості жиру, що дорівнює 10–15% маси тіла, його відкладається значно більше.

Провідну роль у розвитку цієї патології відіграють спадкові, психологічні, вікові, статеві, професійні чинники.

Залежно від надлишкової маси визначають чотири ступеня ожиріння: I (легка) — маса тіла перевищує фізіологічну норму на 15–29%, II (середня) — те саме на 30–49%, II (тяжка) — перевищує норму на 50–100%, IV (дуже тяжка) — понад 100%. Для визначення ступеня ожиріння найчастіше застосовують масо-ростовий індекс (індекс Кетле), який отримують діленням маси тіла у грамах на зріст у сантиметрах. Цей індекс для чоловіків становить 370–400 і 325–375 г — для жінок. Також можна користуватися методом О. О. Покровського.

Відкладення жирової тканини ускладнює рухи діафрагми, порушує дихання, примушує працювати серце з додатковим навантаженням. У хворих нерідко розвиваються дистрофія міокарда, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, стенокардія, страждають інші органи та системи, спостерігаються зміни в діяльності дихальної, травної систем, з'являються хвороби опорно-рухового апарату, нервової системи. У хворих знижується рівень фізичного і психічного здоров'я.

У зв'язку з цим мільйони людей намагаються знизити масу свого тіла за допомогою різноманітних засобів. Такі методи, як ліпосакція, зменшення об'єму шлунка, застосування різноманітних пасивних засобів для схуднення та штучних препаратів, які звідусіль пропонуються рекламодавцями, набувають неабиякої популярності. Однак не втрачають свого значення і такі відомі методи, як дієтотерапія, фізичне навантаження та використання фітотерапевтичних препаратів природного походження.

Дієтотерапія, яка є важливим заходом в комплексній програмі лікування ожиріння, призначалася із поступовим зниженням добової калорійності, прийомами їжі 5–6 разів на день і невеликими порціями. На першому етапі ми не рекомендували різко обмежувати харчовий раціон, оскільки різка зміна в споживанні їжі може викликати негативну реакцію, також ми не складали і конкретних меню, оскільки кожна людина має індивідуальні смакові переваги і фінансові можливості. Які б продукти людина не споживала, в цілому вони не повинні були перевищувати рекомендованої калорійності. Для цього кожному були роздані таблиці, в яких була вказана калорійність,

окремих продуктах та в різних стравах. Продукти, до речі, виключалися з раціону поступово.

Дослідження, проведені в Україні, продемонстрували, що розповсюдженість ожиріння серед осіб віком понад 45 років може становити 52,6%, а надлишкової маси тіла – 33,4%. Нормальна маса тіла виявляється лише в 13,2% дорослого населення України. Масштабне дослідження, проведене одночасно в 15 країнах

Європейського Союзу, у якому взяло участь 15 239 осіб у віці старше 15 років, виявило, що ожиріння й підвищення маси тіла тісно пов'язані з малорухливим способом життя

Лікування ожиріння повинно бути комплексним і включати кінезотерапію, масаж, фізіотерапевтичне лікування (ФТЛ), дієтотерапію, фітотерапію, медикаментозну терапію. В процесі реабілітації при ожирінні ефективно лише поступове зниження маси тіла, що супроводжується адаптацією всіх систем організму. Результат лікування вважається добрим, якщо втрата маси тіла складає більше 15% від вихідного, задовільним – при втраті 5-15% і поганим – при втраті менше 5% ваги. Фізичні навантаження ефективні тільки в тому випадку, якщо за час тренування витрачатися хворим калорій більше, ніж споживається з їжею. За рахунок витрати енергії зменшуються жирові накопичення, однак, припинивши заняття, хворий швидко набирає колишній вагу.

Список використаної літератури.

1. Блавт О. З. Плавання як метод позбавлення хвороби ожиріння студентів спеціального медичного відділення в умовах вузу / О. З. Блавт // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз. вих. і спорту. – 2010. – № 1. – С. 17–25.

ЛЕВЧЕНКО Л.І.
Клініка НДІ загальної патології та професійної патології ХНМУ, Харків, лікар-офтальмолог, к. мед. н.
м. Вінниця

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АНОМАЛІЯМИ РЕФРАКЦІЇ НА ПЕРЕБІГ ПРОЦЕСУ

Згідно світової статистикою, кожен третій житель планети погано бачить. Постійне напруга зору, особливо при тривалому спілкуванні з комп'ютером і телевізором, провокує різні очні хвороби. Ослаблення акомодаційні апарату очі відбувається не тільки при

тривалій роботі очей на близькій відстані при постійному напрузі очних м'язів, але і при довготривалому знаходженні в закритих просторах, погіршенні кровопостачання ока, викликаному хронічним тонзилітом, ревматизмом та іншими захворюваннями.

Роботу виконано на базі офтальмологічного кабінету поліклініки Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 13» Харківської міської ради. Обстежено 284 хворих (284 очей) з аномаліями рефракції у віці від 18 до 85 років (середній вік(40,74 ± 1,04)), які були розподілені на дві групи: основну і контрольну. В обох групах переважали особи працездатного віку: в основній (від 18 до 85 років) – 146 хворих (51,4 %), в контрольній – від 18 до 81 років – 138 пацієнтів (48,6 %). Всім хворим проводили консервативне лікування: антиоксиданти, ангіопротектори, вітамінотерапія. Пацієнтам основної групи додатково до стандартної схеми лікування призначали лікувальну фізкультуру протягом двох місяців, масаж шийно-комірцевої зони № 10. Проводилось стандартне офтальмологічне обстеження, когерентна томографія очей на початку лікування і через два місяці для контролю процесу стабілізації змін на сітківці. Достовірність показників оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Достовірною вважали різницю ($p < 0,05$).

Встановлено, що зміни на сітківці ока спостерігалися у 53 пацієнтів (75,7%) (середній вік (36,62 ± 2,42) років). Серед наших пацієнтів переважала міопія – короткозорість – 134 пацієнтів (47,2 %), гіперметропія – далекозорість у 131 пацієнта (46,1 %), астигматизм спостерігався у 31пацієнта (6,7 %). Аналіз аномалій рефракції за ступенем важкості показав, що серед наших пацієнтів переважали аномалії рефракції слабкого ступеня – 73,59 %, середнього ступеня відмічались у 22,64 % хворих, важкого ступеня – у 3,77 % пацієнтів.

Найбільш дієві засоби профілактики і лікування - спеціальні вправи, спрямовані на зміцнення і розслаблення м'язів ока в поєднанні з фізичними вправами і здоровий спосіб життя. ЛФК показана всім особам, які мають прогресуючу придбану та неускладнену відшаруванням сітківки короткозорість будь-якого ступеня. Критерієм оцінки ефективності ЛФК при міопії є зміна параметрів функції ока: гостроти коригованого і не коригованого зору, відновлення запасів акомодації. При призначенні фізичних вправ для лікування міопії враховуються знижені функції всіх систем організму у таких хворих. Гімнастику для очей рекомендується виконувати не менше двох разів на день.

Комплекс вправ для поліпшення зору проводять за загально прийнятою методикою.

Кожну вправу слід повторювати не менше 6 разів у кожному напрямку.

Для профілактики короткозорості корисні наступні вправи (вихідне положення сидячи, кожне повторюється 5-6 разів):

1. Відкинувшись назад, зробити глибокий вдих, потім, нахилившись уперед, видих.

2. Відкинувшись на спинку стільця, прикрити повіки, міцно заплющити очі, відкрити повіки.

3. Руки на пояс, повернути голову вправо, подивитись на лікоть правої руки; повернути голову вліво, подивитись на лікоть лівої руки, повернутися у вихідне положення.

4. Підняти очі догори, зробити ними кругові рухи за годинниковою стрілкою, потім проти годинниковою стрілки.

5. Руки вперед, подивитися на кінчики пальців, підняти руки вгору (вдих), стежити очима за рухом рук, не піднімаючи голови, руки опустити (видих). Зазначені вправи бажано повторювати через кожні 40-50 хвилин роботи за комп'ютером. Тривалість однократної тренування 3-5 хвилин.

Через два місяця лікування в основній групі число пацієнтів, у яких гострота зору покращилась, на 15,45 % випадків, тоді як в контрольній групі їх число змінилося менше на 7,54 % випадків. У хворих основної групи через два місяці лікування хворих з аномаліями рефракції стабілізація процесу відбулася у 12,9 % випадків, в контрольній групі з 6,1% випадків за даними когерентної томографії очей, що свідчить про ефективність профілактики ускладнень ($\chi^2_{кр} = 6{,}247502$, p = 0,01244). Кращий ефект спостерігався у пацієнтів з легким ступенем важкості міопії та гіперметропії пацієнтів основної групи.

Отже, при комплексному лікуванні аномалій рефракції спостерігаються кращі результати, що підтверджується даними оптичної когерентної томографії очей.

Таким чином, дослідження впливу застосування засобів фізичної реабілітації виявило такі складові: санітарно-гігієнічний (методи самокорекції зору, зорові мінітренажери); медико-технічний (медикаментозна терапія, спеціальні технічні засоби); функціонально стимулюючий (комп’ютерні програми стимуляції зору, комплексна методика функціональної стимуляції); реабілітаційний (оптична корекція, лікувальна фізкультура, масаж шийно-комірцевої зони, гімнастика для очей) при аномаліях рефракції доводять необхідність застосування цих методів для даної патології.

Список використаних джерел

1. Коробкова Ю. Теоретико-методичні аспекти фізичної реабілітації слабозорих осіб середнього віку. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, Суми, 2018, № 3 (77). С.11-121.

ЛЮТИЙ О.П.

Студент 1-го року підготовки
спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницького інституту Університету «Україна»
м. Вінниця

СПЕЦИФІКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ

У комплексі методів фізичної терапії дегенеративних захворювань спинномозкової системи важливе місце займають фізичні вправи як метод активної функціональної терапії. Існує численні теоретичні свідчення щодо ролі м'язового корсету тіла в підтриманні вертикального положення тіла. Особливе значення серед них, за думкою деяких авторів, мають m. multifidus та m. transversus abdominis, які відносяться до постуральних м’язів. Співпраця м'язів агоністів та антагоністів сприяє стабілізації спини при підвищенні внутрішньочеревного тиску. Скорочення м'язів черевного пресу та натягнення тораколюмбальної фасції призводять до втягування передньої і задньої стінок черевної порожнини, що, у свою чергу, підвищує внутрішньочеревний тиск [5].

Розроблена методика лікувальної гімнастики для пацієнтів похилого віку з остеохондрозом поперекового відділу хребта у стадії ремісії включає традиційні вправи лікувальної фізичної культури, елементи хатха-йоги та вправи з тибетської оздоровчої системи «Око відродження». Усі вправи об'єднані в єдиний комплекс, який враховує індивідуальні особливості перебігу остеохондрозу, його клінічні прояви та психофізичний стан пацієнтів.

Терапевтичні фізичні вправи мають на меті [1]:

1. Розтягнення скорочених і спазмованих м'язових груп.

2. Нормалізацію функціонування синергістів та антагоністів, що забезпечують постуральний баланс тулуба.

3. Зміцнення м'язового корсету тулуба (м'язів-розгиначів хребта і м'язів черевного пресу), які відповідають за фіксацію та стабілізацію хребта.

4. Поліпшення кровообігу в уражених м'язових, фіброзних і нервових структурах.

5. Формування і закріплення оптимальних рухових стереотипів.

6. Зменшення загальної напруги та покращення психоемоційного стану пацієнтів.

Заняття руховою активністю проводяться груповим методом у залі лікувальної фізкультури (ЛФК). Спочатку застосовується щадний руховий режим, включаючи традиційну лікувальну гімнастику. На початку курсу перевага надається полегшеним вихідним положенням: лежачи на спині, боці, животі, стоячи на четвереньках. У положенні на четвереньках напруження м'язів спини зменшується, хребет звільняється від статичного навантаження, що дозволяє вільніше виконувати рухи тулубом і ногами [3].

До заняття лікувальною гімнастикою рекомендується включати загальнозміцнювальні, дихальні та спеціальні вправи. Спочатку пацієнтам пропонують виконувати прості вправи без зусиль і з обмеженою амплітудою. Поступово обсяг рухів, що виконуються ритмічно, спочатку в повільному, а потім у середньому темпі, збільшується. У разі виникнення болю застосовуються вправи на розслаблення та витягнення м'язів. Вправи для тулуба виконуються м'яко, з обмеженою амплітудою, яку поступово збільшують. Щоб зменшити концентрацію уваги на ураженій ділянці, спеціальні вправи чергують з відволікаючими та дихальними. Для витягування хребта використовуються вправи типу змішаних висів біля гімнастичної стінки. Тривалість занять лікувальною гімнастикою поступово збільшується від 30 до 40-45 хвилин.

Головною умовою занять лікувальною гімнастикою є їх безболісність, оскільки біль є захисною реакцією організму і сигналізує про неприпустимість продовження руху.

Вправи хатха-йоги виконуються у вигляді динамічних технік та статичних асан. Для поперекового відділу застосовуються динамічні практики, такі як цикл марджаріасани (пози кішки), з поступовим переходом від простих варіацій до більш складних. Особливу увагу приділяють тому, щоб динамічні техніки виконувалися у помірному, безпечному діапазоні (зазвичай це 70–80% від максимальної амплітуди) і без дискомфортних відчуттів [2].

Статичні вправи (асани) хатха-йоги виконуються з вихідних положень лежачи на спині, лежачи на животі та стоячи на четвереньках. Скручування виконуються у положеннях, де хребет розташований горизонтально, зокрема лежачи на підлозі та у долонно-

колінному положенні (марджаріасана). Серед асан хатха-йоги використовуються наступні [4]:

- Шашанскасана (поза кролика)
- Адхо Мукха Шванасана (поза собаки, що дивиться вниз)
- Сету Бандха Сарвангасана (поза моста з опорою на плечі з зігнутими в колінних суглобах ногами)
- Ардха Джатхара Парівартанасана (половинна поза скручування живота)
- Супта Таласана (поза пальми лежачи на спині)
- Шалабхасана (поза сарани)
- Ардха Навасана (половинна поза човна)

Рекомендується завершувати заняття руховою активністю комплексом вправ хатха-йоги. Після цього виконується релаксація у вихідному положенні лежачи на спині (Шавасана), що супроводжується навіюванням відчуттів заспокоєння, розслаблення, фізичної та психічної врівноваженості.

Широкий спектр дії лікувальної фізкультури та її різновидів забезпечується багатогранністю механізмів впливу, які охоплюють всі рівні центральної та вегетативної нервової системи, ендокринні та гуморальні фактори. До позитивних аспектів методу належить відсутність негативної побічної дії за умови правильного дозування і раціонального методичного оформлення занять фізичними вправами, а також можливість тривалого застосування, яке переходить з лікувального у профілактичне та загальнооздоровче.

Аналіз наукової та методичної літератури з проблем фізичної терапії при остеохондрозі хребта у людей похилого віку дозволив нам розробити авторську методику лікувальної гімнастики для цього захворювання. Методика включає як традиційні, так і нетрадиційні (східні) різновиди вправ: загальноприйняті вправи лікувальної фізичної культури, статичні та динамічні вправи системи хатха-йога, а також вправи тибетської оздоровчої системи «Око відродження».

Список використаної літератури

1 Анатомо-функціональні особливості хребта у літніх людей: роль ацеклофенаку в купіруванні дорсопатії / Цурко В.В.та ін. Біль. Суглоби. Хребет. 2012. № 2. URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/34339

2. Кульченко І.А. Застосування малоамплітудних вправ у поєднанні з розвантаженням хребта у фізичній реабілітації хворих на поперековий остеохондроз : автореф. дис. … канд. наук з фіз. виховання і спорту. Київ, 2015. 24 с.

3. Кірєєв І.В. Ліки - людині. Сучасні проблеми фармакотерапії і призначення лікарських Здоров'я людини в сучасному культурно-освітньому просторі (м. Суми, 22 березня 2018 р.) 159 засобів: Матеріали XXX Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Харків: НФаУ, 2013. С. 226–233.

МАЗУР ДІНА
спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ВІЙСЬКОВИХ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) військових – це серйозна проблема, що виникає внаслідок досвіду воєнної дії та може мати далекосяжні наслідки для фізичного та психічного здоров'я.

ПТСР характеризується різними симптомами, включаючи повторні спогади про травматичні події, гіперзбудженість, депресію та відчуття відокремленості. Це може значно вплинути на якість життя та функціонування військових.

Літературні дані підтверджують, що ризик виникнення ПТСР у військових залежить від різних факторів, таких як тривалість експозиції до стресу, особисті характеристики та наявність підтримки після повернення додому.

Подальші дослідження та розвиток програм підтримки військових з ПТСР є критичними для поліпшення якості життя та реінтеграції цієї вразливої групи в суспільство після повернення з воєнних ділянок.

Військові з ПТСР можуть зіткнутися зі складнощами у встановленні та підтримці стабільних відносин з родиною, друзями та співробітниками, що поглиблює їх соціальну ізоляцію та психологічне відчуження.

Військові з ПТСР часто стикаються з викликами у професійній сфері через знижену працездатність, втрату концентрації та навіть непроходженням рекомендаційних оцінок, що може призвести до безробіття та фінансових труднощів.

ПТСР може впливати на фізичне здоров'я військових шляхом сприяння розвитку хронічних захворювань, зниження імунітету та збільшення ризику для здоров'я серця.

Роль воєнного культурного контексту та визначення ідентичності у формуванні та лікуванні ПТСР у військових варто

розглядати як важливий аспект у розумінні цієї проблеми та розробці індивідуальних та культурно-чутливих підходів до допомоги.

Зміцнення психологічної резилієнтності та розвиток стресостійкості серед військових може відігравати ключову роль у запобіганні виникненню ПТСР та забезпеченні їхнього психічного благополуччя під час та після військових операцій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військових є серйозною проблемою, що вимагає уваги та досліджень для розробки ефективних стратегій лікування та підтримки. Наприклад, дослідження Шейни та співавторів (2017) показали, що впровадження програм фізичних вправ, спрямованих на зменшення стресу, може значно знизити симптоми ПТСР у військовослужбовців.

У реальній практиці існують численні приклади програм та ініціатив, спрямованих на підтримку військових з ПТСР. Наприклад, програма "Воїни серед нас" в США надає психологічну підтримку та сприяє соціальній реінтеграції військових шляхом розвитку навичок саморегуляції та сприйняття власної ідентичності.

Зростаюча увага до проблеми ПТСР у військових відкриває нові перспективи для подальших досліджень. Наприклад, дослідження може бути спрямоване на вивчення ролі генетичних факторів у схильності до ПТСР, розробку ефективних методів ранньої діагностики та інтервенції, а також аналіз впливу культурних та соціальних чинників на перебіг та лікування ПТСР у військових.

Розвиток імплементації інноваційних технологій, таких як віртуальна реальність та мобільні додатки для моніторингу та підтримки військових з ПТСР, можуть сприяти покращенню доступності та ефективності лікування.

Ефективні методи лікування та підтримки військових із ПТСР включають психотерапію, фармакотерапію та підтримку з боку родини та співробітників. Важливо вчасно виявляти симптоми та надавати адекватну допомогу для запобігання подальшим ускладненням.

Раннє виявлення та лікування є важливими для забезпечення успішного відновлення військовослужбовців після досвіду стресу та травматичних подій.

Список використаної літератури:

1."Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies" - автор: Gerald M. Rosen.

2."Posttraumatic Stress Disorder in Litigation: Guidelines for Forensic Assessment" - автори: Gerald M. Rosen, Kenneth J. Weiss.

3."Post-Traumatic Stress Disorder" - автор: Alexander C. McFarlane.

4.“The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma” - автор: Bessel van der Kolk.

5.“Treating PTSD in Military Personnel: A Clinical Handbook” - автори: Bret A. Moore, Walter E. Penk.

МАКСИМЧУК ЛЮДМИЛА МИКОЛАЇВНА
спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ УШКОДЖЕННІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ

Актуальність дослідження. Ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини можуть бути наслідком різноманітних травматичних пошкоджень, захворювань чи хірургічних втручань. Вони можуть суттєво вплинути на функції дихальної та серцево-судинної системи, обмежити рухову активність пацієнтів та вплинути на їх якість життя. Фізична терапія в цих випадках відіграє важливу роль в реабілітації пацієнтів та відновленні їх фізіологічних функцій.

Відновлення функцій грудної клітки та органів грудної порожнини має велике значення для повернення пацієнтів до нормального життя після ушкоджень. Однак, розробка оптимальних методів фізичної терапії при цих ушкодженнях є важливим завданням, оскільки вони можуть бути різноманітні за своєю природою та вимагати індивідуалізованого підходу до лікування.

Метою дослідження є огляд науково-обгрунтованих методів фізичної терапії, їхньої ефективності та застосування в реабілітації пацієнтів з ушкодженнями грудної клітки та органів грудної порожнини.

При ушкодженні грудної клітки та органів грудної порожнини потрібна точна діагностика та належне лікування. Для цього можуть застосовуватися різні методи дослідження.

Один з найпоширеніших методів - рентгенографія грудної клітки, яка дозволяє оцінити стан ребер, легень, серця та інших органів грудної порожнини. Комп'ютерна томографія (КТ) з використанням спеціальної контрастної рідини може надати зображення, зокрема для виявлення пошкоджень м'яких тканин та судин. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) може бути використана для отримання деталізованих зображень м'яких тканин, включаючи органи грудної

порожнини, без використання іонізуючого випромінювання. Ультразвукове дослідження (УЗД) може бути використане для оцінки стану органів грудної порожнини в реальному часі.

Остаточний вибір методу дослідження залежить від клінічних показників, доступності ресурсів та відповідності методу конкретному клінічному випадку.

Ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини можуть включати різноманітні стани, такі як переломи ребер, контузії легень, ушкодження серця та судин, пошкодження діафрагми та інші травми, які можуть впливати на функціонування грудної клітки та органів внутрішнього органу [3].

Фізична терапія в таких випадках може бути важливою складовою відновлювального процесу після ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини [4].

Основні методи фізичної терапії в цьому випадку можуть включати:

- Дихальна терапія: При ушкодженнях грудної клітки та органів грудної порожнини може виникати обмеження дихальної функції. Дихальна терапія може включати різні техніки дихання, розширювальні вправи для розслаблення дихальних м'язів, а також вправи для покращення дихальної ємності та вентиляції легень.
- Фізіотерапія: Це може включати різні процедури, такі як масаж, електротерапія, ультразвук, лазеротерапія та інші методи, які можуть допомогти зняти біль, зменшити запалення, покращити кровообіг та сприяти загоєнню тканин.
- Вправи для відновлення функції: Фізіотерапевт може розробити індивідуальну програму вправ, спрямованих на відновлення функції грудної клітки та органів грудної порожнини. Це можуть бути вправи для покращення м'язової сили та витривалості, розтягування м'язів, покращення координації рухів, а також вправи для покращення рухомості грудної клітки, що може допомогти відновити нормальний дихальний рух та функцію органів грудної порожнини.
- Постуральна дренажна терапія: Це метод, який використовується для покращення дренажу легень та зменшення застою секретів в дихальних шляхах. Це може включати спеціальні позиції тіла, використання вібраційних пристроїв, а також дихальних вправ.
- Кардіореспіраторна реабілітація: При ушкодженні серця та судин може бути необхідна кардіореспіраторна реабілітація, яка включає контроль фізичної активності, покращення кардіоваскулярної витривалості та відновлення функції серця та легень.

- Психологічна підтримка: Ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини можуть мати емоційні наслідки, такі як стрес, тривога, депресія. Психологічна підтримка може бути важливим аспектом фізичної терапії, допомагаючи клієнту впоратися з емоційними викликами, покращити настрій та підвищити мотивацію до відновлення функції.
- Електрофізіотерапія: Електрофізіотерапевтичні методи, такі як електрична стимуляція м'язів, транскраніальна електрична стимуляція, ультразвукова терапія тощо, можуть використовуватися для поліпшення м'язової функції, зменшення болю, зняття запалення та покращення кровообігу в грудній клітці та органах грудної порожнини.
- Масаж: М'язовий масаж може бути використаний для зняття м'язової напруги, поліпшення кровообігу та відновлення рухомості грудної клітки. Виконання масажу відбувається з урахуванням особливостей ушкодження та стану клієнта.

Регулярне виконання вправ та методів фізичної терапії може допомогти відновити функцію грудної клітки та органів грудної порожнини [1].

Висновки: Фізична терапія та ерготерапія є важливими компонентами реабілітаційного процесу після ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини. Вони можуть допомогти відновити функції дихальної системи, зменшити біль, поліпшити м'язовий тонус та координацію рухів, покращити якість життя пацієнтів. Вибір методів фізичної терапії та ерготерапії повинен залежати від індивідуальних потреб пацієнта, стану його здоров'я, типу та ступеня ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини, а також враховувати медичні обмеження, такі як наявність супутніх захворювань, стадія ушкодження, наявність контріндикацій до окремих методів фізичної терапії та ерготерапії, повинні бути уважно враховані при виборі методів реабілітації.

Список використаної літератури:

1. Вергелес І. Реабілітація пацієнтів з травмами грудної клітки. *Медична реабілітація*, 2019; № 23(2). С. 56-61.

2. Галко М. Методи фізичної терапії в комплексному лікуванні пацієнтів з ушкодженнями грудної клітки. *Фізіотерапія, масаж, рухова реабілітація*, 2017; № 3(30). С. 35-41.

3. Полякова Л. В., Котляревська І. М. Фізіотерапія в комплексному лікуванні пацієнтів з операціями на грудній клітці. *Фізіотерапія, масаж, рухова реабілітація*, 2018; № 1(48):С. 59-67.

4. Губка О. В., Єфременко І. В., Камінська О. В. Фізіотерапія в терапії та реабілітації онкологічних хворих. Київ: Четверта хвиля, 2019. 214 с.

МАРУНЕВИЧ ВІКТОРІЯ ВАЛЕРІЇВНА
здобувач 4-го курсу бакалаврату
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький інститут Університету «Україна»,
м. Вінниця

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ: НАЙКРАЩІ ПРАКТИКИ І МЕТОДИ

Операційні втручання є важливою складовою лікування численних медичних проблем, від травм і онкологічних захворювань до серцево-судинних захворювань та хірургічного виправлення дефектів. Після операції відновлення і реабілітація грають критичну роль у покращенні якості життя пацієнта та зменшенні ризику ускладнень. Реабілітація - це процес відновлення функцій тіла та поліпшення якості життя пацієнта після оперативного втручання. Цей процес включає фізичну терапію, психологічну підтримку та дотримання конкретних рекомендацій лікаря [1, с.55].

Одним із найефективніших методів післяопераційної реабілітації є фізична терапія, яка допомагає пацієнтам відновити функції тіла, покращити якість життя та сприяє швидкому і безпечному відновленню [2 с.32].

Фізична терапія, також відома як фізіотерапія або реабілітація рухомим методом, є комплексом медичних процедур та фізичних вправ, спрямованих на відновлення рухливості та функцій тіла після хірургічного втручання. Цей метод враховує індивідуальні потреби пацієнта і враховує специфіку операції та його загальний стан здоров'я.

Однією з ключових переваг фізичної терапії є покращення рухливості та м'язової сили. Пацієнти, які перенесли операції, часто втрачають м'язову масу та рухливість через тривалий період обмеженого руху. Фізична терапія допомагає покращити ці параметри шляхом систематичних вправ і маніпуляцій. Це допомагає пацієнтам повернутися до нормального життя швидше і без болючих ускладнень [3.с.71].

Крім того, фізична терапія сприяє відновленню координації та балансу. Пацієнти можуть мати проблеми зі збереженням рівноваги після операцій, і це може призвести до падінь і травм. Фізіотерапевти

надають спеціальні вправи та інструкції для покращення координації та збереження стабільності [4 с.61-63].

Крім фізичної терапії, прийом ліків є однією з ключових аспектів дотримання лікарських рекомендацій після операції. Лікар призначає пацієнту певні ліки, які можуть включати антибіотики, протизапальні засоби, больові препарати та інші медикаменти. Важливо вживати ліки відповідно до графіку та вимог дозування, оскільки це сприяє зниженню ризику інфекцій, запалення та болю [5 с.76].

До іншого аспекту дотримання лікарських рекомендацій входить дотримання дієти, яку рекомендує лікар. Деякі операції можуть вимагати обмежень у їжі або особливих дієтичних рекомендацій. Наприклад, після операції на шлунок чи кишківник, пацієнтам можуть бути наказані дотримуватися рідкої, нежирної дієти. Це важливо для запобігання інцидентам, таким як подразнення травного тракту чи засмага, які можуть ускладнити відновлення.

Також дуже важливою є психологічна підтримка через кілька ключових причин. Багато пацієнтів відчувають тривожність і страх перед операцією та можливими ускладненнями після неї. Психолог може надати інформацію та ресурси для зменшення цього страху, допомагаючи пацієнтам краще розуміти процес операції і можливі наслідки.

Психологічна підтримка також допомагає вирішити питання стосовно самооцінки та психічного стану пацієнта. Після операції, коли зміни в тілі можуть бути значущими, багато людей відчувають втрату контролю над своїм життям та негативно сприймають свою зовнішність. Психологічна підтримка допомагає пацієнтам позитивно відноситися до себе, зберігати психічну стійкість та відновлювати втрачений рівновагу [6 с.91].

Висновки. Реабілітація після операційного втручання є важливою складовою лікування, де фізична терапія допомагає відновити рухливість та м'язову силу, дотримання призначених ліків та дієти сприяє зниженню ризику ускладнень, а психологічна підтримка допомагає пацієнтам подолати тривожність та позитивно ставитися до змін у тілі та психічному стані.

Список використаних джерел

1. Бєлікова Н.О. Термінологія напряму підготовки ”Здоров’я людини”: [Навч. посібник] / Н.О.Бєлікова, Л.П.Сущенко. – К.: ТОВ “Козарі”, 2009. — 182 с.

2. Фізична терапія при хірургічних захворюваннях: навчальний посібник [Електронний ресурс] : навч. посібник для студ.

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія, ерготерапія»/ О.О. Глиняна, Ю.В. Копочинська, І.Ю. Худецький; КПІ ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані (1 файл 173 МБ). – Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2020. – 207 с.

3. Язловецький В. С. Основи лікувальної та оздоровчої фізичної культури. навчальний посібник / В. С. Язловецький Кіровоград : РВЦ КДПУ ім. Володимира Винниченка. – С. 5-13.

4. Мухін В. М. Фізична реабілітація: Підруч. для студ. ВНЗ фізвиховання та спорту.— К.: Олімп. л-ра, 2000.— 424 с.

5. В.М. Сокрута, В.М. Казакова. Фізичні чинники в медичній реабілітації:Підручник для студентів та лікарів ДонНМУ; Донецьк: ДОКТМО.2008.– 576 с.

6. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.

МИЛЯТИНСЬКА СОФІЯ - ЛЮБОВ БОРИСІВНА
Науковий керівник: к.мед.н ***ГЕРАСИМЕНКО ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ***
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ В УМОВАХ ДИТЯЧОГО РЕАНІМАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Актуальність дослідження. Захворювання дихальної системи завжди створюють загрозу медичній та соціально-економічній безпеці. Дитяче реанімаційне відділення є основною ланкою в системі медичної допомоги дітям, що перебувають у критичному стані. У відділенні інтенсивної терапії важливим є підтримання дихальної системи в задовільному стані. Відповідно до клінічного діагнозу, виникає потреба у проведенні якісного обстеження та своєчасного лікування. При тривалому прогресуванні захворювання – результат може бути невтішним, саме тому вчасне виконання профілактичних комплексних терапевтичних вправ набуває особливого значення. Дотримання основних принципів реабілітації незалежно від стадії патологічного процесу є ключовим задля повного одужання [1,6] Найпоширенішим захворюванням респіраторної системи є пневмонія, що за рік її поширеність становила 23,3% з усіх випадків госпіталізованих у відділення. Актуальність комплексної фізичної реабілітації пацієнтів хворих на пневмонію у дитячому реанімаційному відділенні обумовлена високим ризиком ускладнень та їхніми наслідкам. Ускладнення пневмонії призводять до розвитку

патологічних процесів у бронхолегеневій системі. Ці ускладнення охоплюють парапневмонічний плеврит, утворення абсцесів, гангрену легенів та бронхообструктивний синдром [3, 24].

Мета дослідження: Оцінити ефективність та особливості комплексної фізичної реабілітації у пацієнтів дитячого віку з пневмонією, госпіталізованих у реанімаційне відділення та встановити оптимальні методи і підходи до реабілітації, результатом чого було б покращення клінічного стану, зменшення тривалості лікування та поліпшення якості життя пацієнтів.

Комплексна фізична реабілітація має на меті покращення крово- і лімфообігу в легенях, відновлення механізму дихання, зміцнення м'язів дихальної системи та загалом сприяє швидшому відновленню здоров'я пацієнтів [2,307]. Урахування особливостей фізичного стану дитини та використання індивідуально підібраних фізичних вправ дозволяє досягти кращих результатів в періоді відновлення. В процесі дослідження проведено обстеження 10 дітей (5 дівчаток і 5 хлопчиків) віком від 11 до 13 років із спільною нозологією, які перебували на стаціонарному лікуванні у ліжковому руховому режимі із встановленим діагнозом: «Гостра пневмонія» мультидисциплінарної команди та батьків/опікунів хворої дитини. Показники стану дітей оцінювалися відповідно до стандартів ВООЗ. Проводилося як об'єктивне, так і суб'єктивне обстеження, яке включало збір анамнезу життя та хвороби, медичний огляд, а також проведення лабораторних та інструментальних досліджень. В якості основних засобів фізичної реабілітації виступали: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж та фізіотерапія. Для групи досліджуваних було застосовано індивідуальні вправи із сформованого комплексу терапевтичних вправ та додаткові методи дихальних вправ з високочатотної ШВЛ, постурального дренажу та лікувального масажу із вібраційними чинниками [1.86] В ході дослідження ефективності призначеного лікування нами використано наступні об’єктивні показники: показник частоти пульсу (Ps), рівень сатурації (SpO2) та показник частоти дихання (ЧД). Встановлено, що найдієвішим методом дослідження функціонального стану дихальної системи, є виконання функціональних проб, що дозволяє визначити та оцінити ступінь, характер реакції зовнішнього дихання і виявити приховані порушення функції органів або систем, з якими потрібно працювати. Курс фізичної реабілітації тривав 7 робочих днів, щоденно, 2 рази на добу [1,86] Комплекс заняття виконували за допомогою простих вправ малої інтенсивності, з повільним темпом,

середньої і повної амплітуди для верхніх і нижніх кінцівок та голови. Рекомендувались 4 – 8 повторень кожної вправи. Тривалість складала 10 – 12 хвилин [2, 306]

Висновки. Констатовано факти зменшення задишки, нормалізації частоти дихання, зниження частоти пульсу і збільшення часу затримки дихання при виконанні функціональних проб. Отже, розроблена комплексна програма може бути рекомендована до впровадження у практику для дітей з діагнозом «пневмонія» у дитячому реанімаційному відділенні. Встановлено, що ЛФК, дренажні вправи, лікувальний масаж та фізіотерапія зумовлюють покращення респіраторних показників хворої дитини. Використання об'єктивних показників, таких як частота пульсу, рівень насиченості киснем крові (сатурація), частота дихання, а тако ж функціональних проб Генчі та Штанге, дозволило нам оцінити стан пацієнтів та ефективність проведеного лікування. Результати свідчать про позитивні зміни у фізичному стані пацієнтів після застосування реабілітаційних заходів. Це підтверджує важливість комплексної фізичної реабілітації у пацієнтів з пневмонією, що перебувають у реанімаційному відділенні.

Список використаної літератури :

Милятинська С. – Л. Б., Герасименко В.В. «Розробка комплексу терапевтичних вправ для пацієнтів дитячого реанімаційного відділення, як метод попередження розвитку бронхо – легеневих ускладнень». – Рукопис. Кваліфікаційна робота за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія». – Вінницький державний педагогічний університет імені М. Коцюбинського. – Вінниця, 2023.

Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник 3-тє. вид., переробл. Та

Приступа Л.Н., Винниченко Л.Б. Пульмонологія: навчальний посібник.

МОВЧАН ЛАРИСА ВОЛОДИМИРІВНА
Директор КНП «Вінницький обласний медичний центр реабілітації дітей Вінницької обласної Ради»
м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ АКТУАЛЬНІСТЬ, РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Реабілітаційну допомогу включено до пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров’я на 2023-2025 роки. Діяльність КНП

«ВОМЦРД ВОР» спрямована на надання висококваліфікованої реабілітаційної допомоги дитячому населенню.

В умовах агресії російської федерації наші діти змушені жити під постійним страхом обстрілів та загрозою життю. Вони зіштовхуються з інформаційним полем, переповненим жахливими новинами про війну, людські страждання та руйнування. Внаслідок цих факторів спостерігається зростання захворюваності дітей. Емоційні навантаження та тривалі стреси загострюють психосоматичні захворювання. За даними статистики, в Україні за період війни військових дій збільшився рівень хвороб кістково-м'язової системи, нервової системи, порушено ментальне здоров'я українців.

Крім війни, на долю сучасних дітей випали випробування довготривалим карантином, викликаним COVID-19 (онлайн навчання, відсутність спілкування з однолітками, дозвілля в гаджетах), який також спровокував захворювання опорно-рухової, нервової систем, емоційні порушення.

Усі ці чинники, а також значна міграція сімей, внаслідок війни, спонукала до збільшення попиту на фізичну та психологічну реабілітацію дітей.

Фізична реабілітація застосовує комплексний підхід в запобіганню переходу проблеми зі здоров'ям в хронічну форму або патологію.

Щорічно Вінницький обласний медичний центр реабілітації дітей надає реабілітаційні послуги близько 2 тисяч пацієнтам, віком від 0 до 17 років. Завдяки своєчасно розпочатій реабілітації, ми попереджаємо інвалідизацію дитячого населення.

Реабілітаційна допомога в Центрі здійснюється мультидисциплінарною командою фахівців, до якої входять фізичні терапевти, ерготерапевти та їх асистенти, психологи, терапевти мови і мовлення, та вузькі спеціалісти за потребою. Команди очолюють лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, які мають базову педіатричну спеціальність, а отже, знають та вміють працювати з дитячим контингентом.

В щоденній практиці спеціалісти Центру щастосовують сучасні форми і методи, використовуючи креативний підхід – реабілітацію в ігровій формі. Оскільки, звичне середовище для будь-якої дитини це гра. Відновлюємось – граючись!

Психологічна допомога. Невід'ємною частиною мультидисциплінарної команди є лікарі-психологи та клінічні психологи, які працюють в різних напрямках терапії: когнітивно-

поведінкова, психоаналіз, гештальт-терапія, арт-терапія, пісочна терапія.

Збільшення запиту на індивідуальні та сімейні консультування та терапії призвело до створення центру психологічної реабілітації на базі закладу.

Психологічна допомога та реабілітація спрямована на відновлення або корекцію психічних функцій, психологічних якостей та станів, відновлення механізмів адаптації в сім'ї та суспільстві, відновлення життєздатності в цілому.

Своєчасна реабілітація дітей дає можливість ефективніше використати високий потенціал відновлення дітей і швидше повернути суспільству здорову дитину. Саме тому ми оберігаємо маленьких пацієнтів від додаткового негативного емоційного і ментального навантаження – наші пацієнти знаходяться в комфортних побутових умовах, які не нагадують лікарню, для них оррганізовується змістовне дозвілля у вільний від процедур час (майстер-класти, тематичні вечірки).

Проблеми. Щодня команда наших спеціалістів стикається із збільшенням кількості пацієнтів з ускладненою патологією. Лікування таких пацієнтів вимагає ретельного обстеження, високої кваліфікації фахівців, нових знань та підвищення кваліфікації діючих спеціалістів. Безперервне навчання дає стійкий , позитивний результат в забезпеченні високого рівня реабілітаційних послуг та відновлення здоров'я дітей.

Проте, залишається проблема плинності висококваліфікованих кадрів, як, наприклад, внутрішня міграція спеціалістів.

Співпраця з міжнародними партнерами та перспективи розвитку

Ми маємо досвід яким можемо ділитися, і водночас прагнемо переймати досвід закордонних колег.

Саме тому в закладі розпочато роботу щодо співпраці з міжнародними партнерами (Польща, Словаччина, Чехія) в сфері реабілітації.

Центр планує у 2024-2025 роках:

- розширити спектр медичних реабілітаційних послуг пізньої реабілітації дітей,

- продовжити процес подальшого розвитку та впровадження новітніх технологій надання реабілітаційної допомоги дитячому населенню у співпраці з іноземними закладами охорони здоров'я.

Ці дії сприятимуть спільному зусиллю по відновленню фізичного та ментального здоров'я пацієнтів, які бажають пройти реабілітацію в нашому закладі.

Отож, розвиток дитячої реабілітації, сьогодні, потребує особливої уваги, адже своєчасно розпочата якісна реабілітація дитини, кваліфіковані спеціалісти, сучасне обладнання, співпраця з партнерами в перспективі це активний дорослий, який складає трудовий потенціал країни.

НЕХ КОСТЯНТИН МИКОЛАЙОВИЧ
спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ГІМНАСТИКА ЗА МЕТОДОМ КАТАРІНИ ШРОТ

Актуальність дослідження. Підлітковий ідіопатичний сколіоз є найбільш поширеною деформацією хребта у підлітків. Це проявляється як викривлення хребта і стає очевидним під час статевого дозрівання. Діагноз підлітковий ідіопатичний сколіоз буде поставлений, коли викривлення хребта в корональній площині дорівнює або перевищує 10 градусів, також відомих як кут Кобба. Доктор Кобб запропонував вимірювати кут викривлення, проводячи лінії, паралельні верхній межі тіла верхнього хребця та нижній межі тіла нижнього хребця структурної кривої, а потім встановлювати перпендикуляри від цих ліній до взаємного перетину; кут між цими перпендикулярами є «кутом викривлення». Величина цього кута використовується для класифікації ступеня тяжкості сколіозу.

- Вигин до 25° - легкий сколіоз
- Значення від 25° до 45° - помірний сколіоз
- Крива 45° - важкий сколіоз

Катаріна Шрот народилася 22 лютого 1894 року в Дрездені, Німеччина, сама страждала від сколіозу середнього ступеня тяжкості і пройшла лікування сталевим бандажем у віці 16 років. Катаріна досліджувала людське тіло і зробила висновок, що через повітря всередині воно подібне повітряній кулі. Озброївшись дзеркалами, розташованими один проти одного, вона спробувала виправити деформації власного тулуба, вибірково надуваючи увігнутості свого тіла та намагалася «віддзеркалити» деформацію, надмірно виправляючи за допомогою коригувальних рухів. Повітряний тиск здатний повернути правильну форму, спритність і бадьорість навіть в самих важких випадках. Таким чином, лікування сколіозу відбувається

за рахунок відновлення правильного дихання. З 1921 року ця нова форма лікування зі специфічною корекцією постави, корекцією дихальних патернів і корекцією постурального сприйняття проводилася з реабілітацією 3 місяці в її власному маленькому інституті в Мейсені.

Основа лікування за методом Катаріни Шрот — усунення стереотипу неповного дихання, що виникає через скутості грудної клітки. Вдихаючи, потрібно стежити, щоб легені ставали ширше і прагнули заповнити обсяг грудної клітини, що рухається вперед і назовні. При цьому для кожного пацієнта точка докладання максимальних зусиль з виштовхування своя. Перед початком першого тренування визначають западаючі зони грудної клітки і встановлюють напрямок корекції. Саме за рахунок індивідуального підходу лікування настільки ефективно.

Людина, яка хворіє на сколіоз, дихає неправильно через деформацію грудної клітки: виходить, що вдих з боку опуклості дуги викривлення більш глибокий, ніж на стороні увігнутості. Завдання ортопеда — зробити ізометричну оцінку дефекту і розробити коригувальні вправи.

Протягом лікування карта корекційного процесу може істотно змінитися. Рухливість деяких зон обмежується мішечками з рисом. Інші зони піднімають за рахунок того, що під них підкладають спеціальні подушечки. Корекція ведеться послідовно: від третьої стадії сколіозу — до другої, від другої — до першої, від першої — до повного виліковування. Сьогодні гімнастику Катаріни Шрот поєднують з носінням корсетів Шено.

Правила для максимальної ефективності гімнастики Шрот :

- пацієнт дотримується заданого фізіотерапевтом положення тіла, тому що це допомагає краще пропрацювати м’язи, скорегувати дугу сколіозу;
- кожна вправа виконується не менше 24-30 разів на добу (при цьому людина повинна стежити за ходом тренування за допомогою дзеркал);
- під час гімнастики пацієнт випиває не менше одного літра води.

Дихальна гімнастика Шрот має і протипоказання: гострі інфекції та запальні процеси з гіпертермією, погіршення мозкового і коронарного кровообігу, тромбози , емболії, гостра серцево-судинна недостатність, наявність ракової пухлини або метастаз, серцева блокада , важкі психічні захворювання , всі хронічні хвороби в стадії

загострення, травми і ускладнення, гіпертонія або гіпотонія, серцеві аритмії, тахікардія або брадикардія .

До факторів ризику, при яких можливі пошкодження кісток і суглобів відносяться наступні: віковий остеопороз, спастичний параліч з втратою чутливості, погано загоєні переломи.

Катаріна Шрот розробила ряд рекомендацій щодо того, що протипоказано при сколіозі:

- Не можна швидко бігати, виконувати перекиди, оскільки подібна активність провокує різкі перепади навантаження на хребет.
- Заборонено висіти на одній руці — це значно збільшує проміжок між ребрами з боку, де він і без того збільшений.
- Обережніше з нахилами вбік.
- Не можна розтягувати зв'язки таза і накачувати їх. Зважаючи на відсутність там м'язової тканини підвищується ризик травмування.
- Потрібно виключити скручування і обертання, також до списку небезпечних вправ відноситься опрацювання преса, нахили, підтягування.
- Не перебувати більше 15 хвилин в одній позі.
- При сидінні треба опиратися на спинку крісла або стільця, намагаючись не згинати ноги під прямим кутом.
- Не носити важке в одній руці.

Висновок. Гімнастика за методом Катаріни Шрот – один із підходів фізіотерапії до лікування сколіозу, в основі якого лежить принцип корекції та стабілізації хребта в анатомічно правильному положенні та дихання. Система вправ розробленна Катаріною Шрот доводить свою єфективність з 1921 року навіть у пацієнтів зі значними викривленнями хребта та оримала визняння в Європі. Отже, програма добре спланованих індивідуалізованих вправ Шрот терапії під наглядом фізіотерапевта є ефективним методом для покращення регресії або зупинки прогресування ідіопатичного сколіозу у підлітків.

ОЛІЙНИК О.С.
Здобувач магістратури 1 курсу
Спеціальність 227 «фізична терапія, ерготерапія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник:д.м.н.,проф. ***КОРЧИНСЬКИЙ В.С.***
професор кафедри соціальних технологій Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна»
м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНО-ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Остеохондроз – хронічне прогресуюче захворювання, яке характеризується дегенеративно-дистрофічними змінами у міжхребцевих дисках. Процес дегенерації міжхребцевих дисків та суглобів хребта часто супроводжуються больовим синдромом. За частотою виявлення остеохондроз шийно-грудного відділу хребта посідає друге місце після поперекового, вражаючи людей різного віку (у середньому, осіб 40-60 років). Для цього захворювання властивий хронічний перебіг з періодами загострення та ремісії. При остеохондрозі можуть уражатися хребці, їх відростки і дрібні суглоби хребта. При остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта призначається комплексне лікування, яке включає, зокрема, і заходи фізичної реабілітації. Б. Пустовойт зазначає, що фізична реабілітація при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта включає ЛФК, лікувальний масаж (ЛМ), фізіотерапію, гідрокінезотерапію, рефлексотерапію, мануальну терапію, механотерапію тощо [3, с. 50].

Реабілітація хворих на шийно-грудний остеохондроз спрямована на обмеження рухів шиї за допомогою носіння картонно-марлевого бандажу, скелетної витяжки, активної лікувальної гімнастики, масажу, пасивних вправ «мануальної терапії», парафінолікування, бальнеотерапії, застосування аплікатора Ляпко. Серед наведених лікувальних заходів важливою є фізична терапія.

Підводне витягування – лікувальний метод, що поєднує фізичну дію води на організм із прийомами витягування. Дія води знижує тонус мускулатури, збільшується відстань між хребцями та розширюються міжхребцеві отвори, через які проходять спинномозкові корінці. Сухе витягування – хворого садять у крісло, на яке підвішують спереду вантаж. Середня тривалість витягу – 10-15 хв. Після витягування, як підводного, так і сухого, необхідно надіти високий комір, що підпирає голову. При підводному витягуванні

збільшується рухливість хребта, усуваються м'язові контрактури, стимулюється відновлення нервових корінців, слабшає та зникає больовий синдром, зменшується запаморочення.

Застосування лікувальної гімнастики у гострому періоді повинно проводитись у ватно-марлевому комірі. Завдання лікувальної гімнастики: зміцнення різних м'язових груп з метою корекції та формування правильної постави, відновлення нормальних фізіологічних вигинів хребта, зміцнення дихальних м'язів. При цьому слабшають або зникають запаморочення, покращується загальний функціональний стан хворого.

Використовують динамічні та статичні вправи, що охоплюють усі групи м'язів, а також використовуються вправи на розслаблення м'язів. Вправи на розтягування шийно-грудного відділу хребта зменшують навантаження на диск, створюють оптимальні умови для рубцювання ядра диска та його фіброзного кільця. Основними правилами виконання комплексу вправ лікувальної фізкультури є відсутність ривків, різких рухів, повільний темп занять. Передозування навантаження спричиняє загострення захворювання. Слід погодитися із Д. Підкопай та В. Гребеник, які доводять, що лікувальна фізична культура та масаж при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта призначаються за трьома періодами перебігу хвороби. Форми проведення лікувальної фізичної культури: заняття лікувальною гімнастикою, ранкова гігієнічна гімнастика, самостійні заняття [2, с. 64].

Велике значення має застосування масажу, він посилює і стимулює регенеративні процеси відновлення, має знеболюючий вплив, сприяє розсмоктування ексудату, протидіє утворенню контрактур, сприяє збереженню нормального тонусу і трофіки м'язів, показаний у підгострих стадіях. Масаж больових зон і точок проводять лише після стихання різких больових відчуттів. Як зазначають Д. Підкопай та В. Гребеник, масаж може бути рекомендований у випадках, коли спостерігається зникнення гострих симптомів або стихання больового синдрому, що може попереджати подальший розвиток захворювання. Також масаж може допомогти зменшити прояви симптомів натягнення м'язів та підвищити м'язову рухливість пацієнта. При хронічних захворюваннях масаж може сприяти зменшенню хворобливості та полегшити стан пацієнта, сприяючи його загальному самопочуттю [2, с. 65].

Основним способом впливу масажу на пацієнтів з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта є активізація нервово-рефлекторного механізму. Під час масажу спеціальні техніки та

прийоми можуть стимулювати механорецептори в тканинах, що викликає їх активацію. В свою чергу, це активує нервову систему та призводить до передачі імпульсів до центральної нервової системи. У центральній нервовій системі інформація аналізується та обробляється, що призводить до різноманітних функціональних змін у тілі людини [1, с. 185].

Отже, фізична терапія при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта відіграє ключову роль у лікуванні та реабілітації хворих. Основні цілі фізичної терапії для таких пацієнтів включають: знеболення, поліпшення рухливості, підтримку правильного положення тіла, підвищення м'язового тонусу. Фізична терапія може включати в себе різноманітні методи, такі як терапевтична гімнастика, масаж, фізіотерапія та ін. Застосування розглянутих методів фізичної терапії слід проводити з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу захворювання.

Список використаної літератури

1. Неведомська Є. О., Нутріхіна, М. Д. Використання сегментарно-рефлекторного масажу при остеохондрозі шийного відділу хребта. *Moderní aspekty vědy : XXXVI. Díl mezinárodní kolektivní monografie. Česká republika :* Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., Česká republika.2023. С. 182−194.

2. Підкопай Д. О., Гребеник В. Д. Лікувальна фізична культура та масаж при остеохондрозі шийно–грудного відділу хребта. *Archive of the journal Physical rehabilitation and recreational health technologies.* 2016. №2. С. 64-65.

3. Пустовойт Б. Сучасні принципи фізичної реабілітації хворих на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2018. №2. С. 50-53.

ПУТІНЦЕВА В. В.
асистент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

СУЧАСНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Актуальність дослідження. Сьогодні медико-соціальною проблемою є попередження ускладнень у хворих, що мають цукровий діабет. Цукровий діабет є однією із найпоширеніших ендокринних

патологій. Набутий другий тип цукрового діабету зустрічається частіше в структурі захворюваності та становить близько 85% від усієї кількості хворих на дану патологію. Саме при даному типі цукрового діабету спостерігається найвищий відсоток ускладнень. Свого поширення при даній патології набули методи фізичної терапії, які сьогодні є досить актуальними та потребують більш детального дослідження.

Мета дослідження: Дослідити методи фізичної терапії у хворих, які мають дану патологію та охарактеризувати їх особливості проведення при різних типах цукрового діабету.

Нами було проведено огляд наукових досліджень, проаналізовано та узагальнено результати із даної теми.

Одним із найактуальніших методів фізичної терапії при цукровому діабеті є застосування комплексу терапевтичних вправ. Завдяки регулярним заняттям вдається нормалізувати вуглеводневий та жировий обмін речовин, зокрема досягти гіпоглікемічного ефекту. Таким хворим рекомендується застосовувати біг підтюпцем, тривалістю 3-5 хв та лікувальну гімнастику. Особливу увагу приділяють правильному диханню під час фізичних навантажень. Дихання під час проведення занять у пацієнтів повинно бути плавним та рівномірним. Перед початком та після проведення занять у хворих на цукровий діабет необхідно проводити вимір глюкози у сироватці крові. Усі вправи потрібно виконувати із обережністю та до появи легкої втоми. Головними завданнями проведення лікувальної гімнастики у таких пацієнтів є: покращення роботи серцево-судинної системи, зниження рівня глюкози, профілактика ускладнень цукрового діабету.

Особливу увагу при даній патології приділяють саме дієтотерапії, адже недотримання правильного режиму харчування призводить до збільшення показника рівня глюкози в сироватці крові таких хворих. Вибір режиму харчування при різних типах цукрового діабету має свої особливості. При першому типі цукрового діабету рекомендується вживання калорійної їжі та вираховування хлібних одиниць. Натомість хворим на другий тип діабету рекомендується суворе обмеження калорій в продуктах харчування з метою зниження маси тіла.

Висновки: З метою профілактики ускладнень цукрового діабету необхідний комплексний підхід у лікуванні таких пацієнтів. Головним під час лікування даної патології, особливо легких форм, є правильно підібраний режим фізичної активності та дієтичне харчування. На сьогоднішній день, ефективним методом фізичної

терапії є індивідуальний підбір комплексу терапевтичних вправ при цукровому діабеті. Дієтотерапія для хворого є певним комплексом правил, дотримуючись яких можна розраховувати на успіх в контролі даного захворювання.

Список використаної літератури:

1. Endocrinology. Studie Guide for the Practical Classes Ed. by prof. Petro M. Bodnar, academician APS of Ukraine Sergey D. Maksymenko. Kiev, 2007, 102 p.

2. Скрипник Н. В. Патогенетичне обгрунтування гепатопротекторної терапії у хворих на цукровий діабет. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2014. № 6 (62). С. 85-90.

РЯБОШАПКА В.В.
магістрант 2-го року підготовки
спеціальність "Терапія та реабілітація"
Вінницький інститут Університету «Україна»
Науковий керівник:***КорчинськийВ.С.,д.мед.н.,професор***
професор кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інститутут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОБЛЕМИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

Одним з найефективніших методів лікування патології суглобів є операції ендопротезування, кількість яких щороку зростає. Статистика різних країн світу засвідчує, що в середньому щорічно ендопротезувань суглобів потребують 500–1000 хворих і травмованих на 1 млн населення, що в перерахунку на населення України складає 25–40 тис. пацієнтів [2]. В останні роки одним з найефективніших і перспективних методів хірургічного лікування є ендопротезування, яке дозволяє відновити працездатність кінцівки, позбавити пацієнта від болю, кульгавості, відновити функцію й найчастіше працездатність.

Ендопротезування суглобів – це сучасний високотехнологічний і ефективний метод операційного лікування уражень суглобів різної етіології. Найпоширенішим стало ендопротезування кульшового суглоба, яке дозволяє усунути больовий синдром, відновити об'єм рухів у суглобі, достатній для повноцінного життя, скорегувати довжину кінцівки і у відносно короткі терміни повернути пацієнта до повноцінного життя [2]. Кульшовий суглоб займає особливе місце в біомеханічному зв'язку нижньої кінцівки та

хребта. Він має три ступеня свободи і три осі руху. Рухи в ньому відбуваються в трьох площинах: сагітальній (згинання до 140*), розгинання до 10*), фронтальній (відведення до 50*, приведення до 40*), горизонтальній (зовнішня ротація до 50*, внутрішня ротація до 50*). Стабільність суглоба забезпечується за рахунок анатомічної форми суглобових кінців, суглобової капсули, масивних зв'язок і м'язів. Кульшовий суглоб утворений проксимальним кінцем стегнової кістки, її головкою і шийкою, а також кістками вертлюгової западини, яка утворена клубовою (верхній відділ), сідничною (нижньо-задній відділ) та лобковою (передньо-внутрішній відділ) кісток. Маючи широкі функціональні можливості, кульшовий суглоб зазнає значних динамічних та статичних навантажень, забезпечуючи гармонію руху людини. При розвитку патології в суглобі виникають тяжкі функціональні розлади всієї нижньої кінцівки, що призводить згодом до порушень в усьому опорноруховому апараті [1]. Частота захворювань і пошкоджень кульшового суглоба за прогнозами ВООЗ зростатиме зі збільшенням тривалості життя і загальним старінням населення. У 2000 р. у всьому світі кількість осіб у віці 60 років і старше становила 590 млн осіб, а до 2025 р. за прогнозами перевищить один мільярд. Питома вага захворювань і пошкоджень кульшового суглоба серед патології опорно-рухової системи зросте на 80 % [6]. За даними вітчизняної та зарубіжної літератури дегенеративно-дистрофічні ураження кульшового суглоба займають перше місце серед аналогічних захворювань інших суглобів [3].

Тотальне ендопротезування є революцією в лікуванні тяжких захворювань і травм кульшових та колінних суглобів. Ендопротезування кульшових суглобів є актуальним провідним методом ортопедичної корекції, що дозволяє значно покращити якість життя хворих. Завдяки даному методу лікування хворі швидко забувають про біль, відновлюють працездатність та повертаються до повноцінного життя [2]. Показаннями до ендопротезування є (Національний підручник з ревматології / за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби, 2013 рік): – виражений больовий синдром та порушення функції кінцівок при неефективності консервативного лікування; – остеоартроз III–IV рентгенологічної стадії; – ураження кульшового чи колінного суглобів при ревматоїдному артриті, хронічному ювенільному ревматоїдному артриті, анкілозивному спондилоартриті та інших ревматичних захворюваннях із виявленими рентгенологічними кістково-деструктивними змінами; – асептичний некроз головки стегнової кістки і прогресування деформації головки; – асептичний некроз виростків великогомілкової чи стегнової кісток із

прогресуючою вальгусною чи варусною деформацією кінцівки; – зміни в кульшовому суглобі з рентгенологічними ознаками протрузії дна вертлюговної западини; – клінічно виявлено вкорочення кінцівки на боці ураження у поєднанні з рентгенологічними змінами; – контрактура суглоба, зумовлена виявленими рентгенологічними кістково-деструктивними змінами; – фіброзний та кістковий анкілоз суглоба; – післятравматичні зміни суглоба, що призводять до порушення опорної функції та больового синдрому. Протипоказаннями до протезування кульшового суглобу є: гнійна інфекція; серцево-судинні захворювання у стадії суб- і декомпенсації; декомпенсовані захворювання органів дихання; ендокринні захворювання в стадії декомпенсації; печінково-ниркова недостатність [3]. Погоджувальна конференція розвитку ендопротезування, що спонсорується Національним інститутом здоров'я США, у вересні 1994 року наступними словами підвела підсумки з часів Дж. Чанлі: «Тотальне ендопротезування кульшового суглоба є методом вибору майже для всіх пацієнтів з його патологією, що приводить до хронічного дискомфорту і функціональної недостатності. Більшість пацієнтів мають чудовий прогноз для довгострокового відновлення якості життя» [4]. Високий реабілітаційний ефект ендопротезування, тривале і успішне функціонування штучного суглоба в організмі змушують при наявності показань переглянути вікову межу цього втручання в бік її зниження [5]. Ендопротезування є самим надійним і затратноефективним методом із усього сучасного арсеналу засобів хірургічного лікування тяжких дегенеративнодистрофічних захворювань тазостегнового суглоба [2].

Не випадково в розвинених країнах воно увійшло в повсякденне життя як пріоритетний метод допомоги великому контингенту хворих і давно перейшло з розряду унікальних у категорію звичайних операційних втручань. Створена потужна індустрія ендопротезів та інструментарію до них [2].

A. Sarmiento підрахував, що в кінці XX сторіччя ринок медичних виробів пропонував понад 300 різних ендопротезів тазостегнового суглоба. Поява сучасних надійних ендопротезів вітчизняного та зарубіжного виробництва з великим числом анатомічно адаптованих типорозмірів дозволяє вибрати оптимальний варіант для кожного хворого [6].

Однак незважаючи на постійне вдосконалення конструкцій і техніки їх імплантації, функціональні результати ендопротезування не завжди задовольняють пацієнта і хірурга [3]. Причина полягає в тому, що розвиток дегенеративно-дистрофічного процесу призводить до

суттєвих порушень статики і локомоції, вираженість яких залежить від давності і тяжкості захворювання. Незважаючи на постійне удосконалення ендопротезування, великий досвід ортопедів, реабілітологів, до сьогодні у 3–12 % пацієнтів спостерігають ускладнення після нього. Головними чинниками розвитку ускладнень більшість ортопедів вважає недостатньо відпрацьоване ведення пацієнта у передопераційному та післяопераційному періодах [3].

Отже, до моменту операції у хворого є тривало існуючий комплекс кістково-м'язової патології. Ситуація ускладнюється ще й тим, що ендопротези в основній своїй масі створюються не індивідуально, а як універсально серійний виріб. Звідси зрозуміло, що реабілітація хворого, який переніс операцію тотального ендопротезування тазостегнового суглоба, перетворюється в непросте завдання. Недарма, попри усунення больового синдрому і збільшення амплітуди рухів у оперованому суглобі, певна частина пацієнтів не може ходити без додаткових засобів опори. Біомеханіка ходьби залишається порушеною, і показники статико-динамічної функції змінюються відносно мало [4].

Ефективність фізичної реабілітації після ендопротезування кульшових суглобів визначають, окрім загально-клінічних показників, за показниками збільшення амплітуди рухів і відновленням функції суглобів і хребта, сили і витривалості м'язів, координації рухів, розвитком тимчасових і постійних компенсацій, відновленням функціонального стану організму і фізичної працездатності, трудових навичок, здатністю хворих до побутової і виробничої діяльності, стійкістю і тривалістю ремісії захворювання.

Курс ранньої санаторно- курортної реабілітації після ендопротезування кульшових суглобів складається з послідовного використання методів апаратної фізіотерапії (електроміостимуляція, магнітолазерна терапія, УФФ), ЛФК (ЛГ, лікувальна дозована хода, СРМ-терапія, гідрокінезотерапія), масажу. Зазначена послідовність методів впливу забезпечує багаторівневу реакцію організму для досягнення значного позитивного результату на етапі ранньої санаторно-курортної реабілітації хворих після ендопротезування кульшового суглобу в умовах спеціалізованого санаторію, що складається з прискорення процесів відновлення рухів в оперованому суглобі та збільшення сили м'язів оперованої кінцівки при одночасному зменшенні больового синдрому та покращення біомеханічних показників.

Висновок. Значна поширеність захворювань і травм кульшового суглобу, стійкість порушень функцій суглоба, яка

супроводжується тривалою втратою працездатності, перетворює медичну та фізичну реабілітацію при цій патології у важливу проблему охорони здоров'я. Покращення реабілітаційного забезпечення оперованих внаслідок ендопротезування кульшового суглоба вимагає безперервної наукової розробки, що і є метою наших подальших досліджень.

Список використаних джерел

1. Глиняна О. О. Алгоритм реабілітації після первинного ендопротезування кульшового суглоба [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.sportpedagogy.org. ua/html/journal/2011-08/11goothj.pdf.

2. Корж М. О. Сучасний стан проблеми ендопротезування суглобів в Україні. Боль, суставы, позвоночник. 2012. № 1 (05). С. 10–12.

3. Мороз Н. В., Зарудна О.І. Лікування коксартрозу шляхом тотального ендопротезування. Медсестринство. 2014. № 3. С. 22–25.

4. Рой, І.В., Бабова, І.К., Баяндіна, О.І. Технологія реабілітації хворих після ендопротезування кульшового суглоба. Вісник ортопедії, травматології та протезування, 2010. № 4. 35-38.

5. Sarmiento A. The future of our specialty. Acta Orthop. Scand. 2000. Vol.71, No. 6. P. 574 – 579.

6.. Sierra R. J., Trousdale T. T., Cabanela M. E. Pregnancy and childbirth after total hip arthroplasty. J. Bone Joint Surg. 2005. Vol. 87-B,No. 1. P. 21–24.

СІРЕНКО Е.Ю.
старший викладач кафедри соціальної роботи та спеціальної освіти
Полтавський інститут економіки і права
ЗВО «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
ЯРЧЕНКО І. В.
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 227 Терапія та реабілітація
Вінницький соціально-економічний інститут
ЗВО »Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Пошкодження хребта є однією з найважливіших травм, на яку припадає 0,4-0,5 відсотка всіх переломів скелета. Особливо

актуальною ця проблема є для молодих людей через велику кількість травм, які вони отримують. Ускладнення ушкоджень спинного мозку різного ступеня тяжкості виникають у 20-40% випадків закритих травм хребта. Найпоширенішими видами переломів хребта є переломи хребців, такі як компресійні, компресійно-вибухові та вибухові переломи, а також переломи з підвивихом хребців. Ці травми особливо поширені в грудно-поперековому відділі хребта і є наслідком непрямої травми, наприклад, осьового навантаження під час згинання хребта або згинання і ротації.

Для успішного виявлення перелому хребта рекомендуються такі методи: рентгенографія (виконується у двох проекціях), комп'ютерна томографія (КТ) та мієлографія для оцінки стану спинного мозку в місці травми. Однак «золотим стандартом» діагностики є магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Світова практика показує, що методи, які сприяють швидкій фізичній реабілітації, відіграють все більш важливу роль у наданні допомоги пацієнтам. Ці реабілітаційні заходи спрямовані на покращення працездатності пацієнта та профілактику післяопераційних ускладнень.

Фізична реабілітація при травмах хребта - досить тривалий процес. До нього слід підходити з високим почуттям відповідальності. Позитивний результат реабілітації багато в чому залежить від настрою, наполегливості і терпіння пацієнта. Чим старший пацієнт, тим більше зусиль потрібно докласти під час реабілітації, адже з віком обмінні процеси та швидкість регенерації в організмі значно сповільнюються.

Мета реабілітації - якомога повніше відновити втрачену функцію організму, або, якщо це неможливо, частково відновити чи компенсувати порушену або втрачену функцію. В останні роки кількість травм зростає через такі фактори, як збільшення кількості транспортних засобів, підвищення швидкості руху, збільшення висотності будівель. Проблема компенсації та відновлення функцій організму є однією з найактуальніших біологічних, психологічних і соціологічних проблем, від своєчасного і правильного вирішення якої залежить відновлення особистого і соціального статусу пацієнта, зокрема пацієнта зі складними травмами хребта і спинного мозку.

Хірурги, травматологи, ортопеди та фізіотерапевти завжди виявляли жвавий інтерес до використання ЛФК як доповнення до лікування. Як правило, ЛФК сприяє успішному відновленню післяопераційних функцій, запобігає післяопераційним ускладненням і допомагає скоротити час реабілітації пацієнта.

Дієвими методами фізичної реабілітації пацієнта з переломом хребта є застосування терапевтичних вправ і чим раніше тим краще; лікувальний масаж з дотриманням методики та всіх технік; фізіотерапія: УВЧ, електрофорез, міостимуляція, парафіно-озокеритові сеанси, кінезотерапія на апараті Екзарта, карбоксітерапія, УФО, бальнеотерапія, магнітотерапія; гідрокінезотерапія, що позитивно впливає на процес реабілітації та робить його цікавішим; дієтотерапія як з основних ланок фізичної реабілітації будь-якого захворювання, адже завдяки правильному харчуванню можна покращити результат відновлення та життя загалом; працетерапія потрібна для того щоб пацієнт можливо навчився для себе щось нове та не забував своє старе.

ТИЩЕНКО СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ
здобувач 2-го курсу магістратури,
Спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету«Україна»
м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ (СКОЛІОЗ)

Сколіоз - деформуючи викривлення хребта з різними видами, групами, та стадіями. Важливо розуміти що сколіоз та сколітична постава це різні речі але взаємопов’язані, при сколіотичній поставі наші асиметрії в тілі можуть бути різних площин, наприклад : крило повздовжньої кістки може підняте бути вліво а лопатка вправо, плече вліво а шия вправо, також характерно те що не спостережується зміщення від центру осі хребців, а при сколіозі наші асиметрії направлені здебільшого в один край, правий чи лівий ,зміщення хребта спостерігається від центра осі. Сколіоз може бути викликаний дисбалансом в м’язах, нерівномірному розподіленню навантаження в м’язах, та на генетичному рівні. В лікуванні сколіозу віддають прихильність фізичному та мануальному методі, і в останню чергу хірургічній.

Пацієнтам з невеликим викривленням хребта (до 20 градусів) рекомендується регулярно спостерігатися для відстеження прогресування сколіозу. Це включає періодичні медичні огляди та рентгенографічні знімки для контролю стану хребта. Такий підхід дозволяє своєчасно виявляти зміни та приймати відповідні заходи.Фізіотерапія та вправи. Спеціалізовані фізичні вправи та фізіотерапевтичні методики допомагають зміцнити м'язи спини,

покращити гнучкість і зменшити біль. Одним з відомих методів є метод Шрот, який включає дихальні вправи та специфічні пози для корекції викривлення хребта. Регулярне виконання таких вправ може запобігти подальшому прогресуванню сколіозу. Корсети. Для дітей і підлітків, у яких хребет ще зростає, використовуються корсети, які допомагають уповільнити або зупинити прогресування викривлення. Корсет не виправляє вже існуюче викривлення, але може запобігти його погіршенню. Використання корсета зазвичай рекомендовано при викривленні від 20 до 40 градусів. Мануальна терапія та масаж.

Ці методи використовуються для полегшення симптомів, таких як біль у спині, та для покращення рухливості. Вони не можуть виправити викривлення хребта, але можуть значно покращити якість життя пацієнта. Хірургічне втручання. При значному викривленні (більше 40-50 градусів) або коли консервативні методи неефективні, може знадобитися хірургічна корекція. Операції зазвичай включають спинальну фузію, під час якої викривлені сегменти хребта з'єднують разом, щоб виправити положення хребта. Електростимуляція м'язів. В окремих випадках може використовуватися електростимуляція м'язів для зміцнення м'язів спини. Цей метод спрямований на покращення тонусу м'язів та зменшення болю. У фізичній терапії одним із дієвих методів лікування це - «Профілактор Євмінова» Лікування сколіозу профілактором Євмінова полягає в поступовому витягненні хребта та зміцненні м'язів спини. Пацієнт лягає на похилу дошку з регульованим кутом нахилу та виконує спеціальні вправи. Вправи проводяться під різними кутами нахилу, що дозволяє знизити навантаження на хребет і м'яко коригувати його викривлення. Регулярні тренування сприяють зменшенню болю, покращенню постави та зупиненню прогресування сколіозу. Лікування починається з оцінки стану хребта, після чого лікар розробляє індивідуальну програму занять.

Важливо виконувати вправи під наглядом фахівця, особливо на початкових етапах, щоб уникнути можливих ускладнень і досягти максимального ефекту. У країнах Європи найбільше поширений метод лікування це «Шрот терапія» яка з часом дійшла до нас та добре себе зарекомендувала, процес лікування полягає в лікуванні сколіозу за методом спеціальних фізичних вправ, спрямованих на корекцію постави та покращення функції дихання.

Метод був розроблений німецькою фізіотерапевткою Катаріною Шрот і базується на тривимірній корекції хребта. Під час занять пацієнт вчиться контролювати та коригувати своє тіло, використовуючи дихальні техніки та специфічні пози. Основна мета вправ - досягти симетрії тіла, зміцнити м'язи спини та зменшити

викривлення хребта. Метод Шрот включає індивідуальні та групові заняття під керівництвом сертифікованих інструкторів. Тривалість та інтенсивність тренувань визначаються залежно від ступеня сколіозу та індивідуальних потреб пацієнта. Регулярне виконання вправ сприяє зупиненню прогресування хвороби, зменшенню болю та покращенню якості життя.

Отже ми дійшли до висновку, сколіоз є серйозним захворюванням хребта, яке характеризується бічним викривленням. Воно може значно впливати на якість життя, спричиняючи біль, порушення постави та функціональні обмеження. Лікування сколіозу залежить від ступеня викривлення та включає різноманітні методи, такі як спостереження, фізіотерапія, використання корсетів, мануальна терапія, електростимуляція м'язів та хірургічне втручання. Особливе місце займають методи, як-от профілактор Євмінова та метод Шрот, що фокусуються на зміцненні м'язів спини та корекції викривлення через спеціальні вправи. Рання діагностика та відповідне лікування є ключовими для ефективного управління сколіозом та запобігання його прогресуванню.

ТКАЧУК В.Ю.
Здобувач магістратури 2 курсу
Спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***д.м.н., проф. КОРЧИНСЬКИЙ В.С.***
професор кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м. Вінниця

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРВАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ З ТРАДИЦІЙНИМИ МЕТОДАМИ ТРЕНУВАНЬ

Метаболічний синдром (МС) залишається однією з нагальних медико-соціальних проблем у сфері охорони здоров’я. В останні роки він визнаний однією з ключових проблем ендокринології, кардіології, дієтології, внутрішньої та сімейної медицини. Вчені розглядають МС як комплекс факторів, що мають спільну патогенетичну базу, які можуть збільшувати ризик розвитку метаболічних порушень [2]. За епідеміологічними дослідженнями, проведеними В.Дудніком, частота

МС серед дітей та підлітків становить значний відсоток загрозливих випадків.

Метаболічний синдром (МС) – це складна мультифакторна патологічна стан, яка характеризується одночасним поєднанням різних метаболічних аномалій, таких як інсулінорезистентність, гіперглікемія, дисліпідемія (збільшення рівня тригліцеридів та зниження рівня HDL-холестерину), гіпертензія та ожиріння [2]. Щодо навантаження в інтервальних тренуваннях, зазвичай рекомендується виконувати ці тренування в інтервалах від 80% до 95% від максимального пульсу або 70% до 90% від максимального об'єму кисню (VO2max). Тривалість інтервалів та періодів відпочинку може змінюватися в залежності від рівня фізичної підготовки та мети тренування.

Таким чином, регулярні інтервальні тренування можуть сприяти зниженню маси тіла шляхом спалювання калорій і покращенням метаболізму. Вони також можуть підвищити рівень HDL-холестерину та знизити рівень тригліцеридів, що сприяє зниженню загального ризику серцево-судинних захворювань, які часто пов'язані з метаболічним синдромом. Однак, як і з будь-якою програмою тренувань, важливо збалансувати їх з правильним харчуванням та іншими аспектами здорового способу життя.

Метаболічний синдром, явище, що поєднує різні медичні проблеми, такі як високий рівень цукру в крові, або гіпертензія, потребує ретельного дослідження ефективних методів лікування та контролю [1]. Одним із можливих методів є фізичні вправи, які відомі своєю ефективністю у зменшенні ризику серцево-судинних захворювань та інших ускладнень, пов'язаних з метаболічним синдромом.

Основними принципами інтервального навантаження є чергування високоінтенсивних періодів активності з періодами відновлення. Для пацієнтів з метаболічним синдромом можуть бути корисними такі фізичні вправи [4-5]:

1. Біг зі зміною темпу. Пацієнт може почати з помірної ходьби протягом 1-2 хвилин, а потім переходити до бігу або швидкої ходьби протягом 30-60 секунд, після чого знову повертатися до помірної ходьби для відновлення протягом 1-2 хвилин.
2. Велотренажер з інтервалами. Пацієнт може кататися на велотренажері на помірному темпі протягом 3-5 хвилин, а потім переходити до інтенсивного педалювання протягом 30-60 секунд, після чого знову повертатися до помірного темпу для відновлення.
3. Скакалка з інтервалами. Пацієнт може стрибати на скакалці протягом 1-2 хвилин з помірною інтенсивністю, а потім

переходити до інтенсивних стрибків протягом 30-60 секунд, після чого знову повертатися до помірного темпу для відновлення.

4. Ходіння по сходах з інтервалами. Пацієнт може лазити по сходах протягом 1-2 хвилин з помірною інтенсивністю, а потім виконувати швидке підйоми на кожному сході протягом 30-60 секунд, після чого знову переходити до помірного темпу для відновлення.

Таким чином, наведені нами приклади фізичних вправ з інтервалами можуть бути ефективними для пацієнтів з метаболічним синдромом, сприяючи поліпшенню кардіоваскулярного здоров'я, зниженню рівня цукру в крові та іншим показникам здоров'я. Важливо враховувати індивідуальні можливості та обмеження кожного пацієнта при виконанні цих вправ.
Після аналізу праць науковців [3; 4], порівнюючи інтервальне навантаження з традиційними методами тренувань у пацієнтів з метаболічним синдромом, було виявлено кілька важливих висновків.

Перш за все, інтервальне навантаження демонструвало більшу ефективність у зниженні рівня цукру в крові та артеріального тиску порівняно з традиційними методами тренувань. Пацієнти, які займалися інтервальними тренуваннями, показали значний зріст у зменшенні цих показників протягом періоду спостереження. Також інтервальне навантаження виявилося менш травматичним і безпечнішим для пацієнтів з метаболічним синдромом. Тривалість тренувань була меншою, але інтенсивність залишалася на високому рівні. Це може бути важливим фактором для пацієнтів з обмеженими можливостями або тих, хто має високий ризик травматизму [1].

Щодо сприйняття та прийняття тренувань, було виявлено, що пацієнти, які займалися інтервальними тренуваннями, частіше продовжували виконувати їх у порівнянні з традиційними методами тренувань. Це свідчить про те, що інтервальні тренування можуть мати більшу мотиваційну силу для пацієнтів з метаболічним синдромом. Загалом, результати дослідження підтверджують переваги інтервального навантаження у порівнянні з традиційними методами тренувань для пацієнтів з метаболічним синдромом. Це дослідження може сприяти розробці більш ефективних програм фізичної активності для цієї вразливої популяції та поліпшенню їх якості життя.

Отже, інтервальне навантаження виявилося ефективнішим у зниженні рівня цукру в крові та артеріального тиску, має меншу травматичність і сприяє більшому прийняттю з боку пацієнтів порівняно з традиційними методами тренувань. Аналіз досліджень показав, що інтервальне навантаження також може сприяти зниженню

рівня холестерину в крові. Це може бути пов'язано з покращенням обміну речовин та збільшенням спалювання жиру, які відбуваються під час інтенсивних періодів тренувань. Таким чином, інтервальне навантаження є комплексним методом контролю рівня цукру в крові, артеріального тиску та холестерину, що робить його більш привабливим для пацієнтів та ефективним для збереження здоров'я серця та судин.

Список використаних джерел

1. Алієв Р.Б. Епідеміологія метаболічного синдрому та концепції механізмів його роз-витку. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2022. Т. 7. № 5(39). С. 8-14. doi: 10.26693/jmbs07.05.008

2. Бондаренко О.О., Сорочка М.І. Метаболічний синдром: довгий шлях еволюції – від повного заперечення до всесвітнього визна-ння проблеми. *Здобутки клінічної і експери-ментальної медицини.* 2018. № 3. С. 13-19.

3. Дудник В.М., Андрікевич І.І., Хромих К.В. Предиктори розвитку метаболічного синдрому в педіатричній практиці. *Клінічна ендокринологія та ендо-кринна хірургія.* 2018. № 4(64). С. 150-165. doi: 10.24026/1818-1384

4. Корчинський В.С. Ефективність фізичної реабілітації при метаболічному синдромі. *Biomedical and biosocial anthropology.* 2014. № 23. С. 200-203.

5. Aneja A., El Atat F., McFlane S.T. et al. Hypertension and Obesity. *Recent Prog. Horm. Res.* 2020. № 59. P. 169-205.

УС Я.В.

Здобувач 4-го курсу бакалаврату
Спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»,
м. Вінниця

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ДОСВІД КРАЇН ЄС І УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

Фізична реабілітація є важливою складовою системи охорони здоров'я, і вона може варіюватися в різних країнах Європейського Союзу (ЄС) залежно від доступних ресурсів, культурних нюансів та підходів до медичної допомоги. Однак, в цілому, багато країн ЄС вкладають значні зусилля у розвиток і підтримку програм фізичної реабілітації.

Ось кілька основних рис фізичної реабілітації в країнах ЄС та її порівняння з українськими реаліями:

1. Доступність: В більшості країн ЄС існують спеціалізовані центри фізичної реабілітації, які пропонують різні види терапії та вправ, спрямованих на відновлення функцій тіла після травм, операцій або захворювань. Україна також розвиває свою систему реабілітації, але доступ до неї може бути обмеженим у деяких регіонах через нестачу ресурсів та інфраструктури.

2. Мультидисциплінарний підхід: У країнах ЄС реабілітаційні програми часто базуються на мультидисциплінарному підході, що означає співпрацю різних спеціалістів, таких як лікарі, фізіотерапевти, окулісти та інші. Україна також поступово розвиває цей підхід, але він може бути менш розповсюдженим через обмежені ресурси та відсутність координації між різними галузями медицини.

3. Використання сучасних технологій: В країнах ЄС реабілітація може включати в себе використання сучасних медичних технологій, таких як робототехніка, віртуальна реальність та інші інноваційні методи. Україна також здійснює кроки у цьому напрямку, але швидкість інтеграції новітніх технологій може бути повільною через фінансові обмеження та недостатню підготовку медичного персоналу.

4. Соціальна підтримка: В багатьох країнах ЄС існують програми соціальної підтримки для людей з обмеженими можливостями, включаючи доступ до фізичної реабілітації та інші послуги. Україна також працює над розширенням своїх програм соціальної підтримки, але цей процес може бути повільним через складну економічну ситуацію.

Фізична реабілітація в Україні грає важливу роль у відновленні здоров'я пацієнтів після травм, операцій, захворювань та для підтримки загального фізичного благополуччя. Фізична реабілітація в Україні є важливим елементом системи охорони здоров'я, який сприяє покращенню якості життя пацієнтів та підтримує їх у процесі відновлення після травм та захворювань. Фізична реабілітація в Україні, як і в багатьох інших країнах, стикається з рядом викликів у сучасному світі. Ось деякі з них:

1. **Доступність і рівень фінансування**: Одним з основних викликів є обмежена доступність фізичної реабілітації для всіх шарів населення. Багато людей не мають фінансових можливостей для оплати послуг фізичних терапевтів або живуть у регіонах, де такі послуги недоступні.

2. **Недостатня свідомість про важливість фізичної реабілітації**: Багато людей не розуміють важливості фізичної реабілітації в процесі відновлення після травм або захворювань. Це може призвести до того, що пацієнти не шукають необхідної допомоги вчасно або навіть ігнорують її.

3. **Недостатнє фахове навантаження**: Фізичні реабілітологи в Україні часто стикаються з великим навантаженням, особливо в пікові періоди чи у регіонах з великою кількістю пацієнтів. Це може негативно впливати на якість надання послуг та на задоволення потреб пацієнтів.

4. **Відсутність стандартів та сертифікації**: Україна може стати свідком відсутності чітких стандартів та сертифікації для фізичних реабілітологів, що може призвести до різноманітності якості послуг та відповідної небезпеки для пацієнтів.

5. **Необхідність сучасного обладнання та технологій**: Збільшенням використання сучасних технологій і обладнання у фізичній реабілітації може бути важливим фактором для підвищення якості послуг і підвищення ефективності лікування. Однак це вимагає великих інвестицій і підтримки з боку уряду та медичних установ.

Усунення цих викликів потребує комплексного підходу, який включає в себе політичну, економічну та соціальну підтримку розвитку системи фізичної терапії в Україні. Загалом, фізична реабілітація в ЄС та в Україні спрямована на покращення якості життя пацієнтів і має на меті сприяти поверненню їх до повноцінного життя. Хоча в різних країнах можуть існувати відмінності у підходах та доступі до послуг, постійне зростання уваги до цієї сфери є спільною тенденцією.

Список використаної літератури:

1. European Commission. (2020). *Health and care in the EU: Key trends and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

2. World Health Organization. (2018). *Rehabilitation in health systems*. Geneva: WHO Press.

3. Buchbinder, R., et al. (2013). *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9. Art. No.: CD000963.

4. Кравченко, Л. В. (2019). *Фізична реабілітація в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку*. Київ: Наукова думка.

5. Шевченко, О. В. (2018). *Організаційно-правові основи реабілітаційної допомоги в Україні*. Юридичний вісник, 6(21), 45-49.

6. Національна академія медичних наук України. (2016). *Стандарти реабілітаційної допомоги в Україні*. Київ: НАМНУ.

ШЕВЧЕНКО АННА АНАТОЛІЇВНА
спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕННЯХ ВЕРХНІХ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК

Актуальність дослідження. Початок війни 12 квітня 2014 року та повномасштабне вторгнення 24 лютого 2022 року несуть за собою травми цивільних, які можуть перебувати як вдома, так і в укритті, та у більшій мірі, військових, які кожен день ризикують своїм життям і отримують тяжкі поранення, одними з яких є вогнепальні. Вогнепальна рана — це пошкодження тканин і органів з порушенням цілісності їх покриву (шкіри, слизової або серозної оболонки), що спричинене вогнепальною зброєю. Частіше за все відбувається саме поранення кінцівок, бо голова має бути захищена шоломом з балістичним захистом, очі – захисними окулярами-маскою, шия – тактичним багатофункціональним убором, тулуб – бронежилетом з плитами. Верхні та нижні кінцівки повинні мати вільний рух для можливих маневрів, тому їх захист не є ідеальним і частіше за все може врятувати лише від незначних ушкоджень.

Мета дослідження: Проаналізувати фізичну реабілітацію після вогнепальних поранень та дослідити особливості відновлення функцій уражених кінцівок або їх частин.

Одним із найпоширеніших ускладнень при вогнепальних пораненнях є контрактури, причиною яких переважно є механічні перешкоди в межах суглоба або поза межею суглоба, що можуть бути викликані довгою іммобілізацією. Основними засобами і методами для відновлення амплітуди руху при контрактурах є фізіотерапевтичні процедури, масаж, суглобова гра, постізометрична релаксація, активні та пасивні вправи. Вибір методу залежить від виду контрактури та структури, яка спричиняє обмеження. Фізичні вправи (активні та пасивні) сприяють ліквідації всіх видів контрактур.

Контрактури викликають відносне вкорочення кінцівок і призводять до певних порушень. Контрактура нижніх кінцівок призводить до порушення ходи, як наслідок пацієнт вимушений

використовувати палиці, милиці та ін. Контрактура верхніх кінцівок призводить до труднощів у самообслуговуванні.

При вогнепальних пораненнях внаслідок іммобілізації спостерігається значне зниження силових якостей м'язів. За один тиждень іммобілізації м'яз може втратити до 20% сили . Основними засобами фізичної реабілітації для відновлення сили м'язів є вправи з обтяженням (гантелі, штанга, тренажери, пружинні еспандери, гумові джгути, протидія іншої особи та ін.). Застосовують тракцію суглоба та навколосуглобових тканин, яка забезпечується коливальними рухами два-три рази на секунду протягом двох-трьох хвилин. Для великих суглобів частота менша. Зменшенню болю у м'язах, який виникає через зміну тонусу м'яза, сприяє постізометрична релаксація.

Важливим для реабілітації військових є також правильний підхід. Мається на увазі вибір оптимальних прийомів та технічних засобів для найбільш ефективного впливу в тій чи іншій ситуації. Це визначає швидкість реабілітаційних заходів, комфортне перенесення процедур та відповідний результат.

При розробці індивідуальних програм реабілітації потрібен систематичний контроль адекватності та ефективності заходів і при необхідності відповідна корекція реабілітаційних програм. Загальнодоступними критеріями адекватності фізичної реабілітації в ранньому післяопераційному періоді є поліпшення самопочуття хворого, поступова нормалізація показників діяльності серцево-судинної і дихальної систем. У функціонально-тренувальному періоді ефективність реабілітації оцінюється за результатами функціональних проб індивідуально при різних ушкодженнях. Санаторний етап реабілітації при вогнепальних травматичних ушкодженнях кінцівок проводиться в загальних або спеціалізованих відділеннях санаторіїв Міністерства оборони України або в спеціально організованих реабілітаційних центрах. На цей етап направляються військовослужбовці, які після лікування підлягають тривалій реабілітації з використанням спеціальних методів. На амбулаторно-поліклінічному етапі проводиться диспансерний нагляд за військовослужбовцями, які перенесли травматичне ушкодження кінцівок, виконуються заходи з підтримки працездатності, підвищення неспецифічного імунітету, попередження вторинних і пізніх ускладнень, поступового включення у військово-професійну діяльність.

Висновки: Найважливішим завданням фізичної терапії пацієнтів із вогнепальними ранами є попередження та усунення ускладнень, повернення до нормального обсягу рухової активності.

Реабілітаційні заходи повинні бути направлені не лише на усунення та покращення фізичного стану пораненого, а й на усунення психологічних проблем для того, щоб допомогти пацієнтам реінтегруватись у сім'ю та суспільство в цілому.

Список використаної літератури:

1. Крук І.М., Григус І.М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Rehabilitation and Recreation*. 2022. № 12. С. 44–51.

2. Калмиков С., Калмикова Ю. Актуальні питання фізичної терапії при вогнепальних ушкодженнях діафізу плеча. Слобожанський науково-спортивний вісник, 2018. 1 (63). 24-30.

ШЕВЧУК К.М.,
студентка IV курсу
м. Львів, Львівський національний університет
імені Івана Франка,
факультет педагогічної
ПРИЗВАНСЬКА Р.А., *кандидат психологічних наук,*
доцент кафедри спеціальної освіти
м. Львів, Львівський національний університет
імені Івана Франка,

ЛОГОРИТМІКА ЯК ЕЛЕМЕНТ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ МОВЛЕННЯ ТА КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК В ОСІБ З АФАЗІЄЮ

В умовах сьогодення все частіше зустрічаються люди з порушенням мови і мовлення, а саме з афазією, внаслідок перенесеного ураження головного мозку (інсульти, черепно-мозкові травми, пухлини тощо). Оскільки при афазії можливість вербального спілкування втрачається після того, як мовленнєва функція вже була сформована, такі особи перш за все відчувають труднощі у комунікації з оточуючими, що викликає у них безпосередньо пригнічений та депресивний стан. Пацієнти з афазією можуть мати ряд порушень, наприклад: втрата розуміння мови, нездатність продукувати мову, труднощі у підборі слів, відсутність спонтанного мовлення, втрата просодичного компоненту мовлення тощо, тому робота з подолання афазії тривала і трудомістка та потребує співпраці медичних працівників, логопеда, пацієнта та його близьких.

Музикотерапія з грецької означає «зцілення музикою», що у нашому випадку може використовуватися як засіб впливу на психіку

людини та на фізіологічний стан її організму за допомогою підвищення рівня ендорфіну, врегулювання викиду адреналіну і кортизолу, стабілізації дихання, стимуляції хвиль мозку та покращення пам'яті [2]. Зупинимось більш детально на логопедичній ритміці – активній формі терапії, яка поєднує рухи з музикою [3]. Як зазначають Leonardi S., Cacciola A., De Luca R. та інші, музика й звук можуть активувати різні частини мозку, включаючи ті, що відповідають за обробку емоцій та контроль рухів, як, наприклад, лобно-тім'яна мережа [5].

Методи лікування афазії, які базуються на музиці, розглядаються через їх здатність сприяти перебудові білої речовини мозку, а також через можливість використання правої півкулі для компенсації втрат мовних навичок. Bitan T., та інші показують, як використання лікування, заснованого на мелодії, призводить до посилення зв'язків між зонами контролю моторики мовлення (двосторонні додаткові моторні зони та острівці) і мовними областями правої півкулі (нижня лобова звивина pars triangularis і pars opercularis) [4, 6].

На заняттях з мовленнєвої терапії можуть використовувати такі комплекси логоритмічних завдань, запропоновані Левчук Т.О [1]:

Вправи, які спрямовані на розвиток навичок рухів та дій у колективі. Вони сприяють покращенню рухової координації, розвивають точність і вільність у виконанні рухів, вдосконалюють відчуття темпу і ритму, а також регулюють м'язовий тонус.

Вправи для роботи над почуттям та ритмом. Під час цих вправ пацієнти вчаться синхронізувати рухи та мовлення з музичним супроводом для досягнення точного відтворення ритму.

Вправи на розвиток та покращення координації рухів включають в себе вправи, які стимулюють тісний зв'язок з усіма іншими аспектами ритмічної роботи. Це також включає вправи на довільне гальмування та зміну рухів, що сприяють покращенню контролю за рухами та адаптації до нових ситуацій.

Вправи на розвиток та удосконалення мімічної моторики спонукають пацієнтів до виразніших рухів обличчя. За допомогою жвавого музичного супроводу вони викликають позитивні емоції, що відображаються у міміці. Для досягнення різноманітності мімічних реакцій використовуються спеціальні вправи, що охоплюють складні комбінації дій різних груп м'язів обличчя.

Вправи з використанням різних предметів спрямовані на розвиток контролю за м'язовим тонусом, координації рухів і відчуття ритму. Вони також допомагають розширити словниковий запас,

зокрема за допомогою вивчення предикативних зворотів, та включають їх у мовлення.

Спів, що застосовується на початкових етапах відновлення мовлення, сприяє створенню ефективного, позитивного настрою для роботи. Мовленнєві вправи, сполучені з рухами та музикою, є корисними під час мелодекламації, яка включає віршовану та прозаїчну форми. У віршованій мелодекламації чітко синхронізується читання віршованих рядків з музичним супроводом, враховуючи темп і ритм. У прозаїчній мелодекламації музичний супровід відтворює настрій тексту, доповнюючи його характер.

Таким чином, варто зауважити, що заняття з відновлення мови і мовлення не повинне базуватися на одній музичній терапії, а саме логоритміці, але включаючи у свою роботу такі елементи, пацієнти покращуватимуть свій емоційний стан та відповідно збільшуватиметься мотивація до відновлення втрачених мовленнєвих функцій.

Список використаних джерел:

1. Левчук Т. О. Використання логоритміки у корекційно-відновлювальній роботі при динамічній афазії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2010. Вип. 16. С. 110-112.

2. Призванська Р.А., Шульженко Д.І. Музична терапія для дітей з аутизмом.: [навч. посіб.]. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2020. 75 с.

3. Сав'як Л., Призванська Р., Дрібнюк Н. «Застосування логоритміки як виду інтерактивної музикотерапії з психокорекційною метою: практичний аспект». Львівсько-Ряшівські наукові зошити. Rzeszow, 2014. С.163-171.

4. Bitan, T.; Simic, T.; Saverino, C.; Jones, C.; Glazer, J.; Collela, B.; Wiseman-Hakes, C.; Green, R.; Rochon, E. Changes in Resting-State Connectivity following Melody-Based Therapy in a Patient with Aphasia. Neural Plast. 2018, 2018, 6214095

5. Leonardi, S.; Cacciola, A.; De Luca, R.; Aragona, B.; Andronaco, V.; Milardi, D.; Bramanti, P.; Calabrò, R. The role of music therapy in rehabilitation: Improving aphasia and beyond. Int. J. Neurosci. 2018, 128, 90–99.

6. Piccolo A, Corallo F, Cardile D, Torrisi M, Smorto C, Cammaroto S, Lo Buono V. Music Therapy in Global Aphasia: A Case Report. Medicines. 2023; 10(2):16. https://doi.org/10.3390/medicines10020016

ЮРЧЕНКО Л.П.
Здобувач магістратури 1 курсу
Спеціальність 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціальний-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник:д.м.н., проф. ***КОРЧИНСЬКИЙ В.С.***
професор кафедри соціальних технологій
Вінницького соціальний-економічний інститут Університету
«Україна»
м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) наразі залишається основною проблемою сфери охорони здоров'я у зв'язку з його пізньою діагностикою, недостатньою ефективністю класичної терапії та стійкою втратою працездатності хворих, що призводить до значного зростання фінансових витрат у процесі реабілітації. Зазначені чинники обумовлюють актуальність виявлення клінічних, соціальних та економічних аспектів проблеми ХОЗЛ, одним із яких є необхідність удосконалення процедур медичної реабілітації, що включає в себе заходи фізичної терапії.

К. Тимрук-Скоропад зазначає, що хронічне обструктивне захворювання легень характеризують зміни не лише з боку дихальної системи, але й інших систем організму, що значною мірою обмежує життєдіяльність та погіршує благополуччя людини. Для оптимізації втручань, зокрема фізичної терапії, спрямованих на забезпечення життєдіяльності та участі, мінімізацію неповносправності у пацієнтів із ХОЗЛ, необхідно враховувати не тільки клінічні прояви, структурні та функціональні зміни, але й обмеження функціонування [3, с. 47].

При цьому, варто зауважити, що одним із найбільш поширених системних дефектів у пацієнтів з ХОЗЛ є дисфункція скелетної та дихальної мускулатури. Тому фізичні тренування у терапії таких хворих відіграють важливу роль. Процес фізичної реабілітації хворого на ХОЗЛ є динамічним і творчим процесом, що визначає якість життя пацієнта. Вже згадана дослідниця К. Тимрук-Скоропад доводить, що головними засобами фізичної терапії, які рекомендуються в клінічних настановах для пацієнтів із ХОЗЛ, є фізичне тренування, дихальні вправи, тренування дихальних м'язів, фізична терапія грудної клітки, електростимуляція периферичних м'язів [4, с. 132].

ЛФК є класичною програмою медичної реабілітації хворих на ХОЗЛ. Це пов'язано з коригувальним впливом ЛФК на біомеханіку дихання, поліпшенням бронхіальної прохідності, прискоренням зворотного розвитку запального процесу збільшенням резервів функцій зовнішнього дихання. На поліклінічному етапі реабілітації методи ЛФК використовуються як профілактичні заходи.

Відповідно до мети та завдань кожного етапу реабілітації, широко застосовуються статичні, динамічні та дренажні дихальні вправи. Сенс їх застосування полягає у забезпеченні рівного ритмічного дихання, зниженні частоти та зміні типу дихання, перебудові структури дихального циклу хворих. Зниження частоти дихальних рухів у хворих з помірно вираженою ХОЗЛ вважається ранньою профілактикою розвитку хронічної втоми дихальної мускулатури. За показаннями, дихальні вправи поєднуються з вібраційним масажем грудної клітки. Для хворих на ХОЗЛ успішно використовуються вправи, що сприяють посиленню як вдиху, так і видиху.

Тобто, фізіотерапія за своїм клінічним ефектом займає провідне місце в реабілітації хворих на ХОЗЛ. А. Петренко зазначає, що особливістю фізичної терапії при ХОЗЛ є те, що мінімальна тривалість ефективної програми повинна бути не менше ніж 4 тижні, в середньому – 8 -12 тижнів. Позитивний ефект після завершення програми фізичної терапії зберігається лише впродовж декількох місяців, тому фізичні вправи потрібно робити протягом всього життя [2, с. 25].

Різноманітні методики фізіотерапії сприяють розсмоктуванню запального вогнища та покращенню мікроциркуляції в легеневій тканині. Під впливом фізіотерапевтичних процедур зменшується в'язкість мокротиння, покращуються дренажна функція бронхів та вентиляційна здатність. Методами фізіотерапії при ХОЗЛ є ультрафіолетове опромінення грудної клітини в еритемних дозах, ультрависокочастотна терапія, індуктотерапія, мікрохвильова терапія сантиметрового та дециметрового діапазонів, вкрай високочастотна терапія, ампліпульстерапія. Нині не втрачає своєї актуальності електрофорез, що поєднує вплив постійного струму і лікарських речовин, що вводяться в організм пацієнта, хворого на ХОЗЛ.

Всі перелічені вище методи зменшують запальні явища в бронхах, покращують бронхіальну прохідність і стан гемодинаміки малого кола, знижують ексудативні реакції в легеневій паренхімі, чинять бактеріостатичну дію і забезпечують імуномодулюючий ефект. З огляду на наведене вище, слід погодитись із А. Ковалевою, яка

зазначає, що лікувальну фізичну культуру при захворюваннях органів дихання застосовують на всіх етапах реабілітації хворих. Фізичні вправи допомагають організму компенсувати дихальну недостатність, покращують трофіку (живлення) тканин, нормалізують функції дихальної та інших систем організму, сприяють збереженню м'язової тонусу та загальної фізичної форми [1, с. 55].

Таким чином, фізична терапія відіграє важливу роль у підтримці функції легень, полегшенні симптомів та покращенні якості життя пацієнтів із ХОЗЛ. Важливо, щоб підхід до фізичної терапії при хронічному обструктивному захворюванні легень був індивідуалізованим і враховував потреби та можливості кожного конкретного пацієнта.

Список використаної літератури

1. Ковалева А. Програма фізичної терапії для осіб з хронічним обструктивним захворюванням легень. *Archive of the journal Physical rehabilitation and recreational health technologies (2016-2022)*. №7 (2), 52-56.

2. Петренко А. В. Фізична терапія в системі легеневої реабілітації при хронічному обструктивному захворюванні легень. *Збірник наукових праць.* 2020. Вип. 1. С. 24–26.

3. Тимрук-Скоропад К. Підходи до використання міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я у практиці фізичної терапії осіб із хронічним обструктивним захворюванням легень. *Спортивна наука України*. 2017. №5. С. 46-53.

4. Тимрук-Скоропад К. Місце фізичної терапії в системі легеневої реабілітації при хронічному обструктивному захворюванні легень. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2018. №2. С. 126-134.

ЯРЧЕНКО І. В.
здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 227 Терапія та реабілітація
Вінницький соціально-економічний інститут
ЗВО «Відкритий міжнародний університет розвитку людини

«Україн»
ЄВГЕНІЯ ВИШАР
старший викладач кафедри соціальної роботи
та спеціальної освіти
Полтавський інститут економіки і права
ЗВО «Відкритий міжнародний університет розвитку людини
«Україна»

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ

Надзвичайна розповсюдженість у світі серцево-судинної недостатності дозволяє говорити про пандемію цього захворювання. За даними сучасних наукових досліджень серцево-судинної недостатності є найпоширенішим захворюванням серцево-судинної системи. За статистичними показниками встановлено, що особи, які страждають на серцево-судинну недостатність складають 15-20% населення. Серцево-судинна недостатність є одним із головних факторів ризику розвитку ішемічної хвороби серця, мозкового інсульту.

Знання основних механізмів розвитку серцево-судинної недостатності допомагає краще сприйняти лікарські поради, щоб упорядкувати режим праці і відпочинку хворих. Ці рекомендації засновані для того, щоб запобігти подальшому розвитку серцево-судинної недостатності. В даний час характерним є починати лікування жінок з серцево-судинною недостатністю не призначенням ліків, а з конкретних рекомендацій з усунення шкідливих звичок, різких відхилень у режимі праці та відпочинку, емоційної стабільності, характеру харчування. Лише якщо ці рекомендації виявляються безуспішними, це залежить найчастіше від особистості пацієнтки та її способу життя, а не від самої хвороби, призначається фармакологічне лікування.

Суттєве збільшення числа осіб з серцево-судинною недостатністю, недостатнє та несвоєчасне проведення лікувально-реабілітаційних заходів зумовлює надзвичайну актуальність цієї проблеми і викликає конче необхідне вдосконалення історично-сформованих та розробку нових методів фізичної реабілітації.

Фізична реабілітація осіб на серцево-судинну недостатність передбачає у якості відновлюваних і профілактичних методів для цього контингенту пацієнтів кліматотерапію, що включає аеротерапію, геліотерапію, аероіонотерапію, спелеотерапію і таласотерапію; водолікування, зокрема, гідробальнеотерапію, підводний душ-масаж,

гідрокінезіотерапію, ЛФК, масаж тощо.

Кінезіотерапія, як сучасний метод фізичної реабілітації, узагальнює та охоплює терапевтичне застосування усіх форм рухів, фізичних вправ і природних рухових функцій та включає фізичні вправи, лікувальну гімнастику, активні та пасивні рухи та інші природні фактори, що сприяють профілактиці, терапії і реабілітації пацієнтів при будь-яких захворюваннях, в тому числі осіб з серцево-судинною недостатністю.

Кліматотерапія та гідробальнеотерапія також посідають важливе місце в системі профілактичних, лікувальних і відновлювальних заходів для вагітних жінок та застосовуються у комплексному лікуванні хворих на серцево-судинну недостатність.

Зовнішні водні лікувальні процедури можуть проводитись прісною - гідротерапія, чи мінеральною водою - бальнеотерапія. В комплексне лікування вагітних включають хвойні, вуглекислі, кисневі, йодобромні, хлоридні натрієві ванни. При призначенні різних видів ванн осіб хворих на серцево-судинну недостатність необхідно керуватися патогенетичним механізмом дії кожної з них.

Одним із ефективних методів фізичної реабілітації осіб хворих на серцево-судинну недостатність є гідрокінезіотерапія - плавання та фізичні вправи у воді, а також підводний душ-масаж.

ЯЦУЛЯК Ю. В.
Здобувачка магістратури 1 курсу
Спеціальность: 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: д.м.н., проф. ***Корчинський В. С.***
професор кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м. Вінниця

ФІЗИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ

Пневмонія є однією з найпоширеніших інфекцій дихальної системи, і її медичне значення значно зросло. За даними Американського Торакального Товариства, це захворювання стоїть на шостому місці серед причин смертності з частотою 10-13,8 на 1000 осіб [3]. Незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні, пневмонія продовжує бути серйозною загрозою для життя і здоров'я пацієнтів, залишаючись однією з основних причин смертності та інвалідності в

усьому світі. Це захворювання суттєво впливає на роботу дихальної системи та може призвести до тривалих та стійких наслідків, таких як зниження фізичної витривалості, обмеження щоденної активності та зниження якості життя [1]. Це підкреслює важливість розробки та впровадження комплексних цільових програм фізичної реабілітації, спрямованих на відновлення дихальної функції та загальної фізичної активності пацієнтів, з метою покращення їхнього функціонального стану, зниження ризику рецидивів та підвищення якості життя.

Потреба в фізичній реабілітації підкріплюється численними дослідженнями, які показують, що регулярні фізичні вправи істотно покращують функціональний стан легень у пацієнтів з пневмонією. Статистика показує, що регулярна реабілітація скорочує період одужання, зменшує симптоми хронічної втоми та респіраторних розладів і відіграє важливу роль у процесі одужання. Шестихвилинний тест ходьби, як засіб оцінки фізичної витривалості, демонструє значне покращення показників у групах з регулярними заняттями порівняно з контрольними групами, що свідчить про високу ефективність реабілітаційних програм.

Фізична реабілітація, яка охоплює кінезотерапію та дихальні вправи, сприяє не лише поліпшенню фізичного стану, але й підвищує психологічне благополуччя пацієнтів, допомагаючи знизити рівень стресу та покращити настрій [3]. Кінезотерапія застосовується для відновлення морфологічної структури і функцій органів дихання, попередження хронічної пневмонії, активізації серцево-судинної системи та підготовки хворого до повсякденних і професійних навантажень.

Лікувальний масаж є ефективним засобом фізичної реабілітації, який зменшує відчуття втоми допоміжних дихальних м'язів, поліпшує кровообіг і лімфообіг, підвищує загальну працездатність, сприяє видаленню мокротиння та усуває спазми дихальних м'язів. Фізіотерапія допомагає підвищити дренажну, вентиляційну функцію легенів, поліпшити бронхіальну прохідність, сприяти виведенню токсинів та продуктів метаболізму, а також покращити трофічні і репаративні процеси в організмі.

Особливості методик лікувальної фізкультури (ЛФК) включають заняття на відкритому повітрі, що рекомендуються для поступового доведення навантажень до рівня здорової людини, використання тренажерів для зміцнення м'язів грудної клітки, тулуба і всього організму, розвиток загальної витривалості, підвищення функцій дихальної і серцево-судинної систем [2]. Індивідуальний підхід до вправ дозволяє призначати вправи з урахуванням рухових

можливостей хворого, включаючи комплекси вправ, дозовану ходьбу та біг, заняття на різних тренажерах з постановкою дихання.

Результати досліджень підтверджують, що впровадження цілеспрямованих реабілітаційних програм, що включають кінезотерапію, лікувальний масаж та індивідуально адаптовані фізіотерапевтичні процедури, сприяє підвищенню дренажної функції легенів, поліпшенню вентиляції та зменшенню респіраторної недостатності. Такі методи покращують функціональний стан легенів, знижують частоту рецидивів захворювання та скорочують період відновлення. Спірометрія, використана в реабілітаційних програмах, дозволяє точно оцінювати об'єм легеневої вентиляції, що критично для пацієнтів з пневмонією. Вимірювання, такі як збільшення життєвої ємності легень та загальний об'єм видиху, підтверджують значне поліпшення стану пацієнтів. Ці дані підкреслюють необхідність раннього включення реабілітаційних програм у лікувальний процес, підкріплюючи наукові обґрунтування та практичну важливість таких методів у медичній реабілітації.

Дослідження і розробка нових методик та програм у галузі фізичної реабілітації мають велике значення для подальшого підвищення ефективності лікування пневмонії. Перспективні напрямки включають інтеграцію цифрових технологій для кращого моніторингу та налаштування індивідуальних програм відновлення. Це дозволяє досягти кращих результатів у відновленні пацієнтів після пневмонії, базуючись на принципах доказової медицини. Розробка більш індивідуалізованих, диференційованих методик, які враховують вік, стадію захворювання, супутні стани та індивідуальні фізичні можливості пацієнтів, є особливо важливою. Особлива увага приділяється інтеграції новітніх технологій, таких як телереабілітація та використання цифрових засобів для моніторингу стану пацієнтів у домашніх умовах, що може значно покращити доступність та ефективність реабілітаційних послуг.

Список використаної літератури:

1. Григус І. М., Миронюк Л. В. Особливості проведення фізичної реабілітації у хворих на вогнищеву пневмонію. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2011. № 3. С. 39–41.

2. Гусєва Ю. Р. Сучасні методи фізичної терапії в програмах легеневої реабілітації пацієнтів із covid-19 у післягострій фазі хвороби.

URL: https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/18672 (дата звернення: 16.04.2024).

3. Muzhichuk V. O., Dugina L. V., Bezyazichna O. V. Physical therapy for community-acquired pneumonia. Physical rehabilitation and recreational health technologies. 2020. Т. 5, № 2. С. 72–75. URL: https://doi.org/10.15391/prrht.2020-5(2).10 (дата звернення: 16.04.2024).

ЯЦЬКО АНГЕЛІНА ВІКТОРІВНА
здобувач 4-го курсу бакалаврату
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
Вінницький інститут Університету «Україна»
Науковий керівник: ***ПУТІНЦЕВА В.В.***
асистент кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
м. Вінниця

ЕРГОТЕРАПІЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТОРУ

Розлад аутистичного спектора (РАС) або аутизм його не прийнято вважати захворюванням, це - становище при якому порушений розвиток головного мозку,який визначається важкістю соціалізації й установленням контакту з людьми (складність комунікації). РАС не підлягає лікуванню, але цей стан можливо скорегувати та пристосувати дитину до соціального життя. За даними центру громадського здоров'я МОЗ України: 1 із 88 дітей має аутизм (при ранньому втручанні дитина може бути повністю адаптована до соціального життя).

Рішення щодо обсягу необхідних реабілітаційних послуг в установі, організації чи закладі приймається внутрішньою мультидисциплінарною командою після всебічного оцінювання стану та потенціалу дитини та за згодою батьків (опікунів). На підставі оцінювання відбувається складання індивідуального плану та організація послуг.

Робота з кожною дитиною планується і здійснюється з урахуванням її індивідуальних особливостей, потреб і запитів. Працівники визначають та застосовують найбільш прийнятні для кожної окремої дитини форми та методи роботи в його інтересах для надання кращих реабілітаційних послуг, забезпечення психологічного комфорту та подолання обмежень.

Вивчаючи наукові матеріали, які були адресовані на вивчення всіляким способам лікування аутизму, стало відомо, що ерготерапія є

одним із базових методів комплексної реабілітації при аутизмі, у зв'язку з тим що основним із задач родичів і спеціалістів з реабілітації є удосконалення навичок самообслуговування у дітей з аутизмом, у більшості з котрих є несформовані навички дрібної моторики. Згідно з особливими ознаками цієї хвороби розвиток навичок самообслуговування у дітей з аутизмом дуже уповільнено і в деяких випадках подібні навички можуть бути зовсім відсутніми. Для того, щоб процес формування навичок самообслуговування у дитини з аутизмом пройшов успішно, необхідно чітко визначити, які саме навички необхідно їй привчати. Однією з причин проблем у розвитку навичок самообслуговування у дітей з аутизмом є відсутність у них здатності наслідувати та наслідувати поведінку дорослих. Підхід ерготерапії включає конкретні типи діяльності, відповідні техніки та методи, призначені для придбання, відновлення або вдосконалення здібностей і навичок, які дозволять людині жити повноцінним життям. Діяльність в ерготерапії поділяється на повсякденну (особиста гігієна, дієта, одяг, спілкування, діяльність), продуктивну діяльність (домашня робота, навчання, професія) і дозвілля (ігри, хобі, розваги). Його можна виконувати з використанням різноманітних матеріалів, іграшок, предметів побуту та організовувати через ігри чи спеціальні практичні завдання[2].

Ерготерапія у дітей з аутизмом має бути спрямована на подолання моторної тривожності, порушень великої та дрібної моторики, рухової координації, порушення здібностей до навчання, мовленнєвих розладів, що слід відзначити як невід'ємну частину процесу реабілітації дітей з розладами аутичного спектру. є залучення батьків, які вважаються найважливішими партнерами в корекційній роботі. Важливо, що батьки дитини є невід'ємною частиною мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка працює з дитиною, взаємодіє з нею відповідно до встановлених принципів навчання та допомагає їй узагальнити всі навички, отримані в процесі роботи з фахівцями. На сьогоднішній день у світовій практиці розроблено багато ефективних методів реабілітації дітей з РАС. До них відносяться АВА, Floortime, TEACCH, PECS та інші методи модифікації поведінки, методи розвитку мови, методи корекції рухів, методи сенсорної інтеграції тощо. Широке визнання в країнах Європи і США отримали комплексні програми ранньої реабілітації дітей з розладом аутистичного спектру.

У дітей з розладом аутистичного спектру (РАС) виникають труднощі в навчанні, пов'язані з неправильним або відсутнім розподілом психофізичного напруження. Дітям з аутизмом потрібні

спеціально організовані заняття, спрямовані на корекцію і розвиток моторики. Для цього можна використовувати різноманітний ігровий та спортивний інвентар, ігрові предмети для розваг чи спорту (тренажери, майданчики, гірки, батути, м'ячі різних розмірів, гімнастичні палиці, бруси тощо) [1].

Висновок. Організація та зміст діагностики та реабілітації дітей-аутистів у сучасній вітчизняній науково-методичній літературі ще не завершені. Без своєчасної та адекватної корекційно-реабілітаційної допомоги значна частина дітей-аутистів стане некомпетентною та не зможе адаптуватися до соціального життя. Тому невід'ємною частиною реабілітації дітей-аутистів є ерготерапія супровід, який може допомогти організувати поведінку дитини, розвинути комунікативні навички, навчити навичкам самообслуговування, згладити негативні прояви аутизму, підвищити психологічне благополуччя дитини, заняття для навчання використовування вільного часу і підготовка до школи. Сам підхід ерготерапії базується на тому факті, що діти з аутизмом можуть займатися вправами, пов'язаними із соціальними та щоденними навичками, тим самим відновлюючи або вдосконалюючи уміння та навички, які дозволять їм досягти максимально можливого рівня життєвої незалежності та загальної соціалізації.

Список використаної літератури

1. Барычева, Э. Н., Шейнина, Т. Л., Зайцева, Л. В. (2015). Организация помощи пациентам с расстройствами спектра аутизма. Международный медицинский журнал.
2. Эрготерапия : Электронное учебное пособие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://manuals.sdc-eu.info.
3. Інтернет ресурс: https://repository.sspu.edu.ua/
4. Сухіна, І., Риндер, І.,Скрипник, Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник. Київ-Чернівці: «Букрек». - (2017).

ГРИГОРУК ДМИТРО
Інститут соціальних технологій Університету «Україна».
Науковий керівник: проф. Корчинський В.С.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У сучасних умовах, де відбувається постійний технічний та економічний прогрес, спостерігається помітне зменшення фізичної активності людей, що негативно впливає на функціонування організму в цілому. Гіподинамія порушує різноманітні фізіологічні процеси, зокрема спричиняє зниження обміну кисню, що впливає нароботу серцево-судинної, дихальної та шлунково-кишкової систем. Регуляція кисневого рівня в організмі тісно пов'язана з управлінням фізіологічними функціями на всіх рівнях, включаючи центральну нервову систему, ендокринну регуляцію та вегетативні процеси. Довготривала гіподинамія призводить до зниження реактивності та опору організму, тому важливо враховувати значення терапевтичних вправ для задоволення потреби в русі, яка є важливою для збереження здоров'я та запобігання захворюванням.

Хвороби хребта є найпоширенішими серед населення планети. Серед них однією з найбільш поширених патологій є остеохондроз, що становить від 67% до 95% всіх захворювань периферійної нервової системи. Понад 70% лікарняних листів, виданих невропатологами, пов'язані з різними проявами остеохондрозу.

Головним симптомом поперекового остеохондрозу є характерний біль, який випромінюється у нижню кінцівку. Цей біль має неорганічний характер і виникає внаслідок дистрофічних змін у кістково-м'язовому апараті та сполучній тканині. У науковій літературі за кордоном термін "остеохондроз хребта" відсутній, і замість нього широко використовується поняття "біль у нижній частині спини" (low back pain). Середній вік початку поперекового остеохондрозу - від 30 до 39 років, хоча пацієнти зазвичай звертаються до лікаря лише через 10-15 років після початку захворювання. Популяційна частота дегенеративних захворювань хребта становить 7,16% серед всієї патології хребта. У віці 30-39 років частота захворювань складає 30,7%, а в осіб віком 40-49 років цей показник зростає в 2,5 рази. У віці 50-59 років ознаки поперекового остеохондрозу виявляються у 82,5% випадків. Найвища частота появи ознак спостерігається серед осіб віком 60-69 років і становить 89,4% [3, с. 180].

Загальний аналіз і оцінка наявних даних літератури свідчать про активну розробку різних методик відновлювального лікування остеохондрозу, які включають в себе спеціальні фізичні вправи.

Лікувальна гімнастика грає значну роль у запобіганні остеохондрозу хребта. Основні завдання цієї гімнастики полягають у покращенні функцій серцево-судинної та дихальної систем, зміцненні м'язів тіла і корекції постави. Проведення занять лікувальною фізичною культурою позитивно впливає на емоційний стан хворого та сприяє нормалізації обміну речовин [2, с. 124].

Проаналізувавши літературу, було визначено ефективну реабілітаційну програму з різноманітними методами, такими як лікувальний масаж, що проводиться щодня протягом 10 сеансів тривалістю 15-20 хвилин кожен; гідрокінезитерапія, яка включає 15 занять тривалістю 30-40 хвилин кожне; альтернативні методи, такі як рефлексотерапія, яка включає традиційний східний масаж і масаж шиацу щоденно протягом 7 процедур; комплекс вправ йоги; ортопедичні технології; фізіотерапія, включаючи електроміостимуляцію, ультразвук і магнітне поле, які проводилися щодня протягом різної кількості процедур і тривалості; бальнеотерапевтичні засоби, які застосовуються щодня тривалістю 10-15 хвилин; лікувальна гімнастика, яка має проводитись щодня на протязі всього терапевтичного курсу з тривалістю від 15 до 45 хвилин, залежно від інтенсивності [1, с. 7].

В свою чергу, Поліщук М.Є. та інші науковці стверджують, що медикаментозне та консервативне лікування рекомендується на ранніх стадіях остеохондрозу хребта (перша та друга), коли переважають іритативні синдроми, люмбаго, люмбалгія, та коли виникає гострий біль у нозі при протрузії диска до 6 мм, дисцит, епідурит, а також при запальних процесах в міжхребцевих суглобах. Медикаментозна терапія та перидуральне введення стероїдів сприяють зменшенню запалення, набряку та поліпшенню кровообігу в зоні коретиляції диска, що сприяє регресуванню клінічних проявів захворювання. У випадку неефективності консервативного лікування протягом 2 місяців та застосування знеболюючих блокад або введення гормонів, доцільно розглянути можливість хірургічного втручання.

Однак, ендоскопічна дискектомія рекомендується при протрузії диска до 10 мм, на другій та третій стадіях остеохондрозу хребта, відсутності попередніх хірургічних втручань на хребті, відсутності розриву та стовщення задньої поздовжньої зв'язки, відсутності секвестру[4, с. 105-106].

В результаті, аналіз статистичних даних щодо поширеності остеохондрозу у поперековому відділі хребта показує, що ця проблема найчастіше спостерігається серед людей середнього віку, які займають «сидячі» роботи, що відбиває розвиток технологій. Однак комплексне терапевтичне втручання в групі пацієнтів із остеохондрозом призвело до значного зменшення болю, що свідчить про ефективність цієї програми терапії.

Список використаної літератури

1) Вознюк Р.Р. Фізична терапія при остеохондрозі поперекового відділу хребта. Сучасні оздоровчо-реабілітаційні технології : матеріали ІІІ Регіон. наук.-практ. конф. молодих учених. Луцьк, 2022. Вип. 12. 68 с.

2) Гординський Д.В. Лікувальна гімнастика та фізіотерапія при остеохондрозі поперекового відділу хребта. Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку Украаїни: виклик глобального світу : матеріали Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 19-20 квітня 2017 р. : у 3 т. Т. 2. – К.: Університет «Україна, 2017. – 364 с.

3) Закаляк Н.Р., Кривенко О. Проблема остеохондрозу поперекового відділу хребта. Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи: Том XII: Якісні дослідження для покращення життя людини. Конін – Ужгород – Перемишль: Посвіт, 2022. С.180-181

4) Поліщук М.Є., Слинько Є.І., Муравський А.В. Сучасний погляд на лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта. Український нейрохірургічний журнал. 2000. №2. С. 104-107

РОЗДІЛ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЇ

АНДРОСОВ В.П.
асистент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
РИБАК В.В.
магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПОНЯТТЯ «КОНФЛІКТ» В НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Поняття конфлікту сьогодні не належить одній певній галузі знань. Це соціальний феномен, який проникає в усі сфери людського соціуму, тому його й почали вивчати фахівці різних галузей науки. Проте більшість дослідників зосереджували свою увагу на загальних рисах цього явища, тоді як нашим завданням є з'ясування поняття одного з різновидів конфлікту, а саме – міжособистісного, а також розкриття його специфіки в контексті психологічної науки.

Конфлікт, що тлумачиться як «зіткнення протилежних інтересів, поглядів; серйозна розбіжність, гостра суперечка» , є звичним явищем для процесу, учасники якого взаємодіють для досягнення єдиного результату, оскільки шляхи, що ведуть до нього, кожним уявляються по-різному. Це те, що деякі дослідники називають «непідтвердження рольових очікувань, які висувають один одному партнери спілкування». Сучасна конфліктологія визначає конфлікт як «спеціально організовану взаємодію, яка дозволяє утримувати єдність дій, що зіштовхнулися, за рахунок процесу пошуку або створення ресурсів і засобів розв'язання суперечності». Під конфліктом розуміють також «найбільш гострий спосіб усунення суперечностей, що виникають у процесі взаємодії, який полягає в протидії суб'єктів конфлікту і звичайно супроводжується негативними емоціями» .

Українські вчені Г.В. Ложкін та Н.І. Пов'якель розглядають конфлікт як зіткнення різноспрямованих сил (цінностей, інтересів, поглядів, цілей, позицій) суб'єктів – сторін взаємодії, наголошуючи на тому, що поняття різноспрямованості ширше за розуміння протилежності спрямованості, що дає можливість зняти обмеження

розуміння проблеми та усунути елемент антагонізму .

Огляд зарубіжної психологічної літератури показує, що практично кожній психологічній теорії притаманне власне трактування конфлікту. Перші спроби створити теоретичні підходи до проблеми конфлікту були здійснені у другій половини XIX століття. Однак відносно цілісні концепції конфліктів з'явилися у зарубіжній психології на рубежі XIX –XX століть. Аналіз підходів до дослідження проблеми конфлікту в даний період свідчить, що вони формувалися в руслі традиційних напрямів психології, відображаючи теоретичні конструкції, властиві даній течії. Ці підходи стали основою, на яку спираються західні психологи при вивченні конфліктів в останні 40-45 років.

Отже, в психологічній науці існує значна кількість теорій, які обґрунтовують конфліктну поведінку суто з психологічних позицій. Вчені, що були засновниками таких концепцій, не відкидали роль соціального середовища, в якому відбуваються всі процеси міжособистісної взаємодії. Однак, на їх думку, соціальні фактори є не основними, вони підлягають контролю і детермінації з боку психології особистості. Їх позицію можна звести до наступного положення: якщо конфлікти виникають під дією соціальних чинників, отже, їх можна певним чином контролювати, змінювати або попереджувати. На відміну від соціальних факторів, психологічні стримати неможливо, вони існують разом з людиною, залежать від її особистісної сфери, свідомості і навіть підсвідомості [1].

Список використаної літератури

1.Гірник А. М. Основи конфліктології: навч. Посіб. К.: Києво-Могилянська академія, 2010. 222 с.

2.Долинська Л.В. Психологія конфлікту. Навч. Посібник. К.: Каравела, 2011. 304 с.

БІЛОЗОР ІННА ІВАНІВНА
здобувач 1-го року магістратури
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ЗАЛЕЖНІСТЬ ТА КОНТРЗАЛЕЖНІСТЬ В СТОСУНКАХ

Стосунки між парою - найактуальніший запит до психолога. Перш за все, причиною можуть бути,кризові моменти в житті кожного

учасника стосунків та складнощі в спільному контактуванні або проживанні, які приводять до трансформації стосунків або сімейного психолога або до розлучення.

Особливо за останні роки стрімко зросла кількість розлучень в Україні, біля 80% подружніх пар розлучаються, більшість залишаються в напружених стосунках і незадоволені відносинами, і лише незначна частина пар розуміють один одного та мають близькі стосунки.

І мало хто задумується, що образа на подружжя- це дзеркальна образа на своїх батьків вцілому або батька чи маму конкретно. Бо саме в дитинстві формуються базові відчуття емоційної прив'язаності, безпеки, довіри, любові чи страху, ненависті, байдужості, покинутості. Емоційна залежність виникає, коли потреби дитини в безпеці, спілкуванні, прийнятті та любові не були задоволені. Розлука з батьками, брак уваги та турботи з боку батька, заслуговування любові дитиною - основні причини отримання травми прив'язаності. Залежна людина очікує від партнера тих почуттів, які недоотримала у дитинстві: безумовне кохання, безумовне прийняття, зчитування його потреб без проговорювання їх вголос, негайне задоволення його потреб.

Контрзалежність людини в стосунках виникає через втрату віри, що тебе приймають і люблять і відбувається замикання емоцій в собі, переживання і почуття не показують, бо є досвід, що вони неважливі і не мають права на озвучення та прийняття. Контрзалежна людина прагне душевної близькості, але не знає як з нею поводитися, як довіритися іншій людині, страх бути неприйнятим, знехтуваним, тому постійно тікає від стосунків, або не розкриває свої почуття і переживання, що призводить до відчудження чи холоду в стосунках. Це все наслідок травматичного досвіду в минулому.

Травмою заведено вважати реакцію психіки на дуже сильний зовнішній стимул, коли психіка не витримує та власного ресурсу виявляється недостатньо. Іноді одна й та ж подія для однієї дитини буде просто неприємним випадком, про який вона навіть не згадає, а для іншої – травмою на все життя. Травма може статися й у більш пізньому віці, коли, наприклад, дорослі весь час щось обіцяють, але не виконують, чи не звертають уваги на потреби дитини або обезцінюють її. І контрзалежні люди цю травму потім проєктують на стосунки в дорослому віці.

Контрзалежній людині дуже складно витримувати близькі стосунки й власну вразливість. А саме такою вона відчуває себе в стосунках – вразливою. Їй буквально стає страшно, вона боїться, що її,

наприклад, поглинуть, від неї відщипнуть шматочок. Потреба в близькості залишається, але стратегія поведінки, яку людина обирає, – відштовхнути, дистанціюватися, знецінити — здається єдиною, щоби зберегти себе. Контрзалежні люди дуже схожі з нарцисичними; якщо точніше, це і є захисна реакція нарцисичної структури особистості. А контрзалежність – одна з компенсацій цієї структури.

У контрзалежної людини немає мети заподіяти іншому страждання.

У неї є мета зберегти себе і здобути свободу, бути незалежною ні від кого, ні від чого.

Часто можна почути: я цілком самодостатній, мені ніхто не потрібен. У такої людини, природно, вивільняється купа енергії, потреба десь себе знайти. Контрзалежні дуже часто компенсують себе в роботі. У них може бути дуже багато якихось занять, хобі, вони весь час поспішають, біжать, завжди дуже ділові. Якщо є хвилинка часу, вони заповнюють її для того, щоби не зустрічатись із цією своєю потребою в іншій людині. Тому що для них потребувати іншої людини, залежати від неї емоційно неможливо.

Експерти з контрзалежності Дженей Вайнхолд та Баррі Вайнхолд кажуть: «люди з контрзалежною поведінкою здаються сильними, впевненими та успішними зовні, тоді як всередині вони почуваються слабкими, боязкими, незахищеними та нужденними. Вони добре працюють у світі бізнесу, але часто мають труднощі в інтимних стосунках.» (З книги «Втеча від близькості: зцілення ваших стосунків від контрзалежності — іншої сторони співзалежності»).

Контрзалежна людина дуже мила та приємна, аж поки питання не заходить на зближення, наприклад, «давай жити разом», чи «виходь за мене заміж», чи «хочу бути завжди поруч з тобою»… і тут така людина попадає в ступор, адже реально їй страшно і цей страх пояснити вона не може, вона або уникає подальших розмов або втікає від ситуацій. Зазвичай контрзалежній людині важко вербалізувати свої почуття і причини, адже без консультації психолога не можливо збагнути істинні причини страху.

Дуже рідко, нажаль, подружні пари чи пари звертаються на консультацію до психотерапевта, і зазвичай такі пари розпадаються і в тому звинуваючують один одного, в тому що один-занадто відчуджений і стриманий, а інший реагує на це агресивно.

Часто можна почути від контрзалежного партнера, що інший не дає йому енергії для кар’єрного росту, не дає підтримки, свободи, коли при будь якій суперечливій ситуації виникає бажання втікати від

цих стосунків, почуття що так жити неможливо. Сам створює таку ситуацію, щоб партнер сам пішов або віддалився.

Тому партнеру потрібно бути досить стійким до відштовхування. Наприклад, чесно говорити: «Слухай, зараз прикро було таке чути. Навіщо ти так?» У такому разі можна допомогти контрзалежному сформувати критику до його власної поведінки. Не в сенсі звинувачувати у відповідь, але захищатися. Як із маленькими дітьми. Тому що контрзалежні, як і співзалежні, у момент афекту ніби регресують. Вони не в моменті сьогодення, не в реальності, яка є зараз, а десь у своєму триріччі, коли було дуже боляче, бо дорослий укотре зробив щось травмуюче, що зруйнувало здатність прив'язуватися без жаху та тривоги Який же вихід для контрзалежної чи залежної людини?

Чи означає це, що не можливо мати здорові, глибокі, близькі стосунки і приречений на самотність? Відповідь втішна – ні, не означає. У наших силах змінити прив'язаність, зробити її більш здоровою.

Що для цього потрібно?

1. Усвідомити свій тип прив'язаності. Помітити, що цей світ непоганий, а всі люди не хочуть мені зла. Що в мені є ті чи ті страхи, пов'язані зі стосунками. Що партнерів, які мені не підходять, теж вибираю саме я. І мовчу, і терплю замість того, щоб сказати, що мені підходить, а що ні – теж я. Або вибираю ніколи не говорити про те, що мене турбує, а потім йду. Тільки після цього усвідомлення можна рухатися далі.

2. Ідеальний варіант – це знайти партнера, з яким вдається безпечно зв'язатися. І ризикувати розмовляти з ним, зближуватися, просити про підтримку. Замість того, щоб ображатися або йти.

3. На жаль, ми не завжди можемо знайти таких партнерів або ризикнути. Тоді на допомогу приходить групова або індивідуальна робота з психотерапевтом. Саме в цих відносинах може з'явитися та надійна прив'язаність, де терапевт займатиме трохи батьківську позицію, але в цьому випадку вже з'явиться більше свободи і неушкодженості. Ви зможете з'ясовувати з терапевтом те, що з батьками не вдавалося. Проявити ті почуття, які з батьками ви тримали в собі. Так, наприклад, якщо в сім'ї не можна було злитися і вам відмовляли, ображалися, ігнорували або карали – то з терапевтом все може трапитися по-іншому. З ним можна злитися і залишатися у відносинах. З ним можна бути сумним, сердитим, наляканим або ще якимось – терапевт нікуди не дінеться, не втече, не відвернеться. Він

може бути не згоден з вами, не поділяти вашої думки, але при цьому залишатиметься з вами і за вас.

І головне: якщо ви хочете змінити ваш тип прив'язаності в стосунках, не чекайте, що хтось зробить все за вас. Це велика праця – змінювати звичний спосіб мислення, але повірте, вона того варта.

Список використаної літератури

1. Дженей Вайнхолд, Баррі Вайнхолд «Втеча від близькості», Видавництво Ростислава Бурлаки, 2020р., 528 с

2. Васильєва Олена, Травми розвитку і неможливість побудувати близькі стосунки, «Зміст» URL: https://zmist.pl.ua/blogs/travmi-rozvitku-i-nemozhlivist-pobuduvati-blizki-stosunki, (дата звернення: 10.05.2024).

3. Катерина Хорощак 4 типи прив'язаності та як вони впливають на стосунки. «Українська правда», 2021

БЛІНОВА ЛЮДМИЛА ВАСИЛІВНА
здобувач 1-го року підготовки магістратури
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦІЇ В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Соціально-психологічний аспект адаптації охоплює процес освоєння людиною соціально-психологічних аспектів. Це охоплює не лише навчання і розуміння внутрішньої структури та функціонування нового соціуму, але також вміння взаємодіяти позитивно та продуктивно з іншими його членами. Адаптація також означає успішне включення в установлену систему міжособистісних відносин [2].

Як процес, соціальна адаптація визначає відповідність зовнішньої та внутрішньої системи стосунків сім'ї соціально прийнятим нормам [10].

О. Ткачишина наголошує, що поняття соціально-психологічної адаптації можна описати як складний процес активного пристосування психіки та поведінки особистості до соціального оточення, яке впливає на неї через її основну діяльність на даному етапі життя [7].

О . Емішянц зазначає, що соціально-психологічна адаптація – це активне пристосування людини до соціального середовища, що включає прийняття цілей, норм групи, соціальних ролей та інших характеристик цього середовища. Цей процес залежить від взаємодії між особистістю та соціальною дійсністю, де особистість активно взаємодіє з соціальним оточенням для досягнення гармонії та пристосування [4].

Згідно з думкою А. Руденка та М. Чорної, соціально-психологічна адаптація може бути розглянута як процес соціалізації та інтеграції, який дозволяє особистості активно включатися у різні складові соціального оточення. Цей процес охоплює участь у праці та суспільному житті колективу, взаємодію в рамках соціального і культурного життя суспільства, а також влаштування свого побуту відповідно до норм і правил соціуму [6].

Згідно з В. Лисогором, соціально-психологічна адаптація може бути розглянута як завершальний етап в терапії, який характеризується закріпленням нових навичок, досягнень та відпрацюванням «поведінкових експериментів» для перевірки негативних передбачень [5].

У своєму дослідженні М. Шинкар вказує, що соціально-психологічна адаптація може бути розглянута як процес формування конкретного режиму функціонування особистості, де вона сприймає себе у визначених умовах місця і часу таким чином, що всі її духовні й фізичні сили спрямовані витрачаються лише на виконання основних завдань [9].

Згідно з дослідженням Я. Скороход та М. Тесленко, поняття соціально-психологічної адаптації може бути трактоване як створення умов, у яких між індивідом та його оточенням формуються не лише стан рівноваги, а й динамічні, взаємодоповнюючі взаємини, що є необхідним завданням для ефективного функціонування будь-якої соціальної системи [8].

Соціально-психологічну адаптацію також визначають як результат взаємодії зовнішніх і внутрішніх чинників нового соціального середовища, які спрямовані на створення відповідних умов [1].

Успішність і якість адаптації залежать від емоційно-вольової сфери, мотивації та спадкових особливостей особистості. У наукових дослідженнях виділяють дві стратегії соціально-психологічної адаптації до нових соціальних умов: активну і пасивну. В активній адаптації особи, що перебувають у новому середовищі, стають

активними учасниками адаптаційного процесу, впливаючи на своє власне існування.

Успішність адаптації внутрішньо переміщених осіб залежить від різноманітних факторів, які визначають їхній адаптаційний процес. Велике значення має спосіб, яким місцеві жителі сприймають переселенців, їхню готовність вважати їх активними учасниками спільноти, а також їхні установки, організація побуту, мовний аспект та інші аспекти [3].

Список використаної літератури

1.Андросович, К. А. (2016). Феномен соціальної адаптації як предмет наукового аналізу. Освіта та розвиток обдарованої особистості, (3), 20-24 [українською мовою].

2.Безрук, О. О. (2012). Адаптація у контексті соціальної мобільності в сучасному суспільстві: теоретичний аспект. Вісник Міжнародного слов'янского університету, 15(1-2), 47-53 [українською мовою].

3.Волошин, С. М. (2019). Особливості змісту соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб до нового соціального середовища. Наукові записки Національного університету Острозька академія, (9), 73-76 [українською мовою].

4.Емішянц, О. Б. (2017). Особливості соціально-психологічної адаптації особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету, 4 (1), 47-52 [українською мовою].

5.Лисогор, В. В. (2021). Соціально-психологічна адаптація та психологічна допомога особам, які брали участь у військових конфліктах. Л.В. Помиткіна & О.М. Івчанська, Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень: збірник наукових праць (210-215). Київ: «Кафедра» [українською мовою].

6.Руденок, А. І., & Чорна, М. Д. (2022). Соціально-психологічна адаптація дітей з ооп в умовах війни. Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір (211-215). Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія [українською мовою].

7.Ткачишина, О. Р. (2021). Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського, 32 (71), 93-98 [українською мовою].

8.Тесленко, М. М., & Скороход, Я. І. (2021). Соціально-психологічна адаптація першокурсників в умовах дистанційного навчання. О. Г. Коваленко & М. О. Антонець, Синергетичний підхід до проєктування життєвого простору особистості (280-283). Полтава:

ПНПУ імені В. Г. Короленка [українською мовою].

9.Шинкар, М. (2022). Особливості соціально-психологічної адаптації та комунікації студентської молоді в сучасному медіасередовищі. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, 1 (54), 91-99 [українською мовою].

10.Pesotska, Y. P. (2022). Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб. Social work and education, 9(1), 89-99 [англійською мовою].

БЕРЕГУЛЬКО НАТАЛІЯ ВЯЧЕСЛАВІВНА
здобувач 1-го року підготовки магістратури
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АДАПТОВАНОСТІ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Вивчаючи проблему соціальної адаптації варто зауважити, що адаптація індивіда-особистості у суспільстві відбувається щодо малих груп, їхнього способу мислення і розподілу соціальних ролей, щодо трудового процесу, соціальних інститутів, здобутків цивілізації тощо [1].

Соціальна адаптація (від лат. adaptation – пристосування, socialis – суспільний) – процес пристосування людини до нового для неї соціального середовища, а також наслідки цього процесу. Соціальна адаптація – це формування в індивіда в процесі онтогенезу соціальної поведінки, яка за смислом, що її надає суб'єкт, співвіднесена з поведінкою інших людей і спрямована на встановлення соціальних стосунків – достатньо стійких і самостійних зв'язків між індивідами та соціальними групами. Соціальна адаптація передбачає дотримання особою соціальних норм – історично зумовлених суспільним буттям вимог до діяльності та взаємин індивіда, соціальних груп, суспільних інститутів, що виражають суспільну потребу в організації діяльності та стосунків відповідно до об'єктивних умов. Соціальна адаптація охоплює соціалізацію та соціальну реабілітацію [1].

Соціальна адаптація – інтеграція людини в суспільство, у процесі якої відбувається формування самосвідомості, індивідуальних цінностей і переконань та суспільних норм. Тобто, соціальна адаптація – це активний процес пристосування до соціального середовища,

спрямований на збереження та формування оптимального балансу між її внутрішнім станом і навколишнім середовищем тепер з перспективою майбутнього [4].

В.Г.Казанська зазначила, соціальна адаптація – не лише пристосування до нових умов, але й здатність людини створювати їх для комфортної життєдіяльності. Соціальний розвиток людин відбувається постійно, кожен комунікативний акт людей між собою, кожне сприйняття доповнює досвід, внаслідок чого людина змінюється. Соціальну адаптацію потрібно розглядати в аспекті духовних потреб, цінностей особистоті та соціалізації як засобу засвоєння норм соціального життя [2].

Соціальна адаптація триває протягом усього людського життя і відповідно – є безперервним процесом,так як зміни, що відбуваються в суспільстві, розвиток соціальної дійсності завжди потребують адаптації до них людини. Проте, адаптація відбувається з різною інтенсивністю, так як зміни соціальної дійсності, що зумовлюють її, також мають мінливий характер. Періоди підвищенної інтенсивності адаптації співвідносні з пожвавленням соціальної дійсності суспільства, періоди невисокої інтенсивності відбіваються у час уповільнення соціального прогресу [2].

Під терміном адаптивність визначають здатність до адаптації, пристосування людини до існуючих в суспільстві вимог та критеріям оцінки за рахунок присвоєння норм і цінностей даного суспільства. Під час адаптації змінюється не лише особистість, але ї середовище, в якому цей процес відбувається. Адаптивність не варто плутати зі здатністю соціалізуватись. Змігши звикнути до соціуму, людина може так і не адаптуватись в ньому. Це означає, що ціннісні установки і особисті принципи повністю розходяться з тими, що існують в оточуючому середовищі – культурному, соціальному, комунікативному. У цьому випадку людині необхідно самій вирішувати, що варто змінити, щоб не знаходитись в подавленому стані. Тому адаптивність варто визначати не лише як здатність адаптуватись до змін, але і як бажання до них пристосуватись [1].

Адаптивність перш за все заключається в аналізі та адекватному сприйнятті оточуючого середовища, внаслідок чого виробляється вміння залишатись цілісною особистістю. Крім того, адаптивність виражається в здатності змінювати оточуючу дійсність на рахунок власних етичних та моральних уявлень. Якщо людина володіє здатністю до адаптації, то їй набагато легше переносити життєві зміни, є можливість адекватно зорієнтуватись в будь-якій, особливо

неприємній, ситуації, вона володіє високою емоційною стійкістю, а також здатна змінюватись. Ці зміни не лякають, а надихають людину.

Список використаної літератури

1. Кириленко Т. С. Гармонізація емоційних станів особистості / Т. С. Кириленко // Наука і освіта, 2000. №1-2. – С. 22-23.
2. Корсун С. І., Ткачук Т.А. Копінг-стратегії як складові копінг-поведінки особистості.:2016.
3. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : монографія: К.: Міленіум, 2004. 265 с.
4. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2011. 88- 272 с.

БЕРЕЗЮК ОЛЕНА СЕРГІЇВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ДЕВІАНТНИЙ ДИСКУРС І ЙОГО ТРАНСФОРМАЦІЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Актуальність дослідження обумовлена необхідністю глибокого вивчення проблеми проявів полярної девіантності в суспільстві. Це питання має не тільки академічно пізнавальний характер, воно безпосередньо пов’язане з практичною проблемою: необхідністю освіти формувати творчо активну особистість, яка має вміння ефективно і нестандартно вирішувати нові життєві завдання. Актуальні позиції дослідження девіантності зумовили вибір теми та формулювання наукового завдання, спрямованого на соціально-філософську рефлексію полярної девіантності у функціонально-корекційному аспекті освіти.

Ефективним засобом корекції різних проявів девіантності автори вважають систему освіти. Основним завданням сучасної системи освіти є не просто підготовка професіоналів, що володіють загальними та спеціальними знаннями, а формування самостійної творчо та соціально активної особистості. Функція освіти полягає в

тому, щоб трансформувати антиповедінку в ту модель поведінки, яка виступає найбільш оптимальною в плані співвідношення до моралі, загальноприйнятих цінностей, гуманітету як такого. Це відповідає світовим тенденціям розвитку та гармонізації суспільства у третьому тисячолітті.

За наявності великої наукової літератури з проблеми девіантності, її визначення загалом становить значну складність. Це пов‘язано з багатьма чинниками, насамперед, з нестабільністю соціальних моральних норм, які часто спірні, але від яких неминуче доводиться відштовхуватися щодо цього питання. Проблему ускладнює той факт, що моральні критерії не мають імперативного характеру, можуть змінюватися з часом, до того ж на основі різних культур формуються різні соціальні моральні нормативи. У сучасному суспільстві, що характеризується наявністю численних культурних і субкультурних систем, широкою диференціацією соціальних верств, маргіналізацією, ускладненням соціальної структури, поняття моральної норми часто носить суб'єктивний і достатньо умовний характер. Тому багато поведінкових моделей стають девіантними по відношенню до базових культурних установок. У плюралістичних суспільствах, де співіснує безліч субкультур, у різних груп населення можуть бути різні погляди та мотивування поведінки. Вивчення всіх сторін явища є актуальним та перспективним напрямом у соціальній філософії.

Відповідно до соціологічних пояснень девіантності, закладеними теорією аномії Е. Дюркгейма, вона виникає в перехідному суспільстві зі слабко вираженими, застарілими або такими, що втратили підтримку більшості моральними і поведінковими нормами [1]. Саме такий період нині переживає українське суспільство. Це пов'язано, в першу чергу, з нестабільністю соціальних моральних норм, які часто спірні, але від яких необхідно відштовхуватися при дослідженні цього питання. Моральні критерії змінюються з часом, з урахуванням різних культур формуються різні соціальні моральні нормативи.

Девіантна поведінка є соціальним явищем, вираженим у формах людської діяльності, які відхиляються від офіційно встановлених чи фактично існуючих у суспільстві норм, стандартів, шаблонів. Виходячи з цього, всі поведінкові відхилення можна поділити на дві полярні групи: позитивні та негативні девіації. Слід розрізняти ознаки девіантної поведінки, яка носить соціально творчий характер і є відображенням соціальної інновації (позитивної девіації), а також девіантної поведінки, породженої або тої, що відкриває шлях до

соціальної патології, що несе при цьому соціально негативний характер (Негативної девіації).

Позитивні девіації - соціально значимі в діях людини відхилення від загальновизнаних норм поведінки. Вони можуть мати форму нового мислення, нових ідей, як і прояви - носити характер творчої діяльності.

Негативні девіації - вчинення людиною соціальних дій, які відхиляються від домінуючих у соціумі соціокультурних очікувань та норм, загальноприйнятих правил поведінки. У контексті теорії соціалізації до девіантності схильні люди, соціалізація яких проходила в умовах заохочення або ігнорування окремих елементів їх поведінки (насильство, аморальність) [2].

Девіантність постає як різнополюсне явище, отже, залежно від характеру прояву, несе у собі амбівалентні начала. Як ключові форми полярної девіантності, виділяємо нестандартну творчу і деструктивну поведінку. Нестандартна творча поведінка (позитивна девіація) може мати форму нового мислення, нових ідей, а її прояви можуть мати характер творчої діяльності. Позитивна девіація - це соціально значущі в діях людини відхилення від загальновизнаних норм поведінки. Така форма передбачає активність, що грає позитивну роль в прогресивному розвитку суспільства.

Деструктивна поведінка спрямована на руйнування соціальних норм (правових, морально-етичних, естетичних, культурних). Девіантна поведінка деструктивної спрямованості (негативна девіація) - вчинення людиною або групою людей соціальних дій, що відхиляються від домінуючих в соціумі соціокультурних очікувань і норм, загальноприйнятих правил виконання соціальних ролей, що тягнуть за собою стримування темпів розвитку суспільства: руйнування енергетичного потенціалу окремих особистостей і суспільства в цілому.

Прояв девіацій у соціальній практиці створює унікальні ситуації, що потребують спеціальних способів пізнання. У центрі уваги науки виявляється спонтанна активність самоорганізованих суб'єктів, спосіб існування яких у соціальному просторі - гра смислів, вільна творчість та прийняття іншого

Список використаної літератури

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій. К.: МАУП, 2006. 88 с.

2. Веред І.С., Кушнір Ю.В. Соціологія девіантної поведінки: навчальний посібник. Донецьк: КІЦ, 2013. 192 с.

БУРЯЧОК ЛЮДМИЛА ВІТАЛІЇВНА
магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ОСОБИСТІСТЮ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ

Подружні взаємини є об'єктом різних досліджень – Завдяки копі-стратегіям відбувається долання стресових ситуацій та рівню розвитку адаптаційних механізмів, також позитивно впливає на збереження емоційного стану Дж. Фрейденберг. Копінг – відповідь є одним із засобів відповіді людини на стрес і засіб його подолання. На нашу думку різниця між копінг – стратегією і копінгом є те, що перше це сукупність свідомих дій особи, що об’єднуються в когнітивні, вольові та емоційні компоненти її саморегуляції, а друге це окремий засіб, спосіб долання стресу. Таке розмежування досліджували В. Моляко, Л. Чорна [2].

Головною функцією копінгу є адаптація особистості, до стресогенної ситуації, збереження психічного та фізичного здоров’я людини та забезпечення гомеостазу організму. Аналіз деконструктивних форм поведінки для боротьби із стресовими ситуаціям, серед яких використання психоактивних речовин, куріння, суттєво поглиблює уявлення про саморегуляцію та долаючу поведінку (В. Вид, Н. Водопьянова, Н. Козина, О. Лозинська). Велика кількість дослідження говорять, що неконструктивні копінг – стратегії (дистанціювання від них, уникання вирішення проблем) можуть призвести до дезадаптації та появи психосоматичних захворювань особистості, оскільки їй властиво різною мірою та по – різному переживати емоційне напруження, реагувати та діяти в умовах стресової ситуації. [1, 2]. Тому важливою складовою є проблема формування конструктивних та продуктивних копінг – стратегій, як один з компонентів долаючої поведінки людини.

Психодинамічні концепції копінгу. Центральне поняття психодинамічного підходу є тривога – це емоційний стан внутрішнього беззсмістовного неспокою, який пов’язаний з прогнозуванням особистістю власної небезпеки або невдачі. За З. Фрейдом тривога є механізмом розвитку особистості. Аналізуючи праці психоаналітика, спостерігається ідея щодо існування двох форм

тривоги: яка пов'язана з реальними подіями у житті особистості та безпідставної, невротичної, яка викликана не змогою Его протистояти впливу зовнішнього середовища на нього, яка сприймається загрозою для особистості .

Б. Джейкобс описував копінг, як поведінкову відповідь особистості на відчуття тривоги. В основі копінгу лежить поведінковий та емоційний стиль реагування особи на тривожні, стресогенні ситуації та є особливістю адаптації до них .

Р. Лазурс є представником когнітивно – мотиваційного підходу, який розглядав природу стресу, визнає, що важливість не лише свідомого, але й несвідомого компоненту в формуванні долаючої поведінки. К. Олдвін говорить що початком процесу долаючої поведінки визначається неусвідомлюваною готовністю діяти певним чином в умовах стесової ситуації.

Біхевіоральний підхід до розуміння долаючої поведінки. Копінг розглядається як поведінкова реакція, яка пов'язана з уникненням особистості вирішення стресових ситуацій у навколишньому світі, формування відбувається за рахунок процесу позитивного підкріплення досвіду, научіння, та долаючи стресогенних ситуацій особистістю .

Когнітивно – мотиваційна теорії копінг – поведінки. Г. Сельє розглядав стрес як стандартну реакцію організму на подразник, зовнішній фактор. Емоційне навантаження стресової ситуації, яка впливає на організм особистості призводить до фізіологічних та психічних порушень [1]. Праця Р. Лазаруса «Психологічний стрес і копінг – процес» замінила фундаментальні засади розуміння стресу, які започаткував Г. Сельє [2].

Р. Лазарус розглядав копінг як емоційні, поведінкові та когнітивні операції психічної діяльності людини, які орієнтовані на подолання зовнішніх або внутрішніх причин стресової ситуації. Також зазначав, що копінг є важливою складовою стресової ситуації і спрямований на підтримку психосоціальної адаптації людини. Р. Лазарус наголошував, що реакція особистості на стресову ситуацію обумовлення її суб'єктивною оцінкою навколишнього світу, особливостей стресової ситуації та шляхами її подолання .

Представники диспозиційного підходу Р. Маккрей, П. Коста, М. Зомерфільд, говорять, що некоректно класифікувати копінг – стратегії на успішні й неуспішні. Це пов'язано з тим, що копінг – стратегії залежать від акутальної стресової ситуації. Також впливають персональні дані на когнітивну оцінку стресу й вибір долаючої поведінки. Але класифікувати копінг – стратегії на успішні і не

успішні не має сенсу, оскільки критерії результативності у кожному окремому випадку є індивідуальними.

Диспозиційний напрям дослідження копінг-поведінки. Вони акцентують увагу на характеристиках особистості, які необхідні для того щоб подолати стресову ситуацію: внутрішній локус контролю, життєстійкості. Але, подолання стресових ситуацій вимагає особистісний навичок та властивостей, тобто особистість працює над ними під такі ситуації та вимоги діяльності, переводить свої індивідуальні риси в ресурс або уникає вирішення проблем.

Ресурсна теорія копінг-поведінки. С. Гобфол стверджує, що втрата ресурсів особистістю є вирішальним моментом у розвитку стресу. Когнітивне оцінювання виконує функцію надання інформації осіб щодо втрати ресурсів, він говорить що велика кількість ресурсів є об'єктивними. Автор виокремив основні принципи своєї теорії.

- Втрата ресурсів, яка зумовлює погіршення емоційного стану та самопочуття особистості, потім виникає зневіра в успішність та шляхи подолання стресових ситуацій, які спричиняють нову стресові реакції та дезадаптацію;
- Накопичення ресурсів, які забезпечують ресурсами і характеризуються поступовим їх відновленням, також збереження існуючих ресурсів з метою подолання стресу .

Список використаної літератури

1. Варій М.Й. Психологія особистості: Навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
2. Корсун С. І., Ткачук Т.А. Копінг-стратегії як складові копінг-поведінки особистості.:2016.
3. Пірен М.І. Основи конфліктології. - К., 2012.

БОДНАР АЛЛА МИХАЙЛІВНА
магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПОНЯТТЯ ТА ОСНОВНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ

Сексуальність – це невід'ємна та комплексна характеристика життя кожної людини. Вона виражається сукупністю

психофізіологічних, емоційних та біологічних реакцій у відповідь на прояв та задоволення статевого потягу.

На формування сексуальності впливають чимало чинників. Зокрема, від моменту зачаття біологічні чинники, такі як генотип та його фенотипова експресія відіграють важливу роль у розвитку сексуальності. Коли людина народжується у силу вступають інші впливові чинники: соціальні, економічні та культурні. Важливу роль має сім'я, її культурні норми, очікування та ставлення до проявів маскулінності та фемінності дитини. Від моменту народження, коли ідентифікується стать дитини, усі ці сили допомагають формувати особливості її сексуальності.

На жіночу, так само як і на чоловічу сексуальність впливають біологічні чинники, які визначають будову тіла та сексуальну орієнтацію, і соціальні, які в процесі взаємодії з оточенням формують сприйняття та ставлення до власної статі та сексуальності [1].

З одного боку сексуальність можна розглядати як щось динамічне – вона може змінюватися в залежності від обставин, стосунків з партнером, особистісних характеристик. Втім з іншого боку, сексуальність можна розглядати як відносно стабільну характеристику людини, зокрема говорити про її ідентичність, яку часто визначають через сексуальну орієнтацію індивіда як гетеро-, гомо- чи бісексуальну. Загалом, як різні життєві обставини, так і ідентичність індивіда визначають його чи її сексуальні думки, фантазії та переживання, а також конкретну сексуальну поведінку, до відносять зокрема такі прояви як поцілунки, обійми, статевий акт чи мастурбацію.

Розширенню знань із сексуальності сприяв психоаналіз та етнографія. Дослідники - етнографи, соціологи, психіатри, історики (А. Кінзі, Б. Маліновський, М. Мід, М.М. Бахтін та ін.) збирали інформацію про сексуальні ритуали, звичаї різних народів. Вчені дійшли висновку, що сексуальне життя людини дуже різноманітне й те, що для одних культур вважається нормою, для інших є патологією. З. Лев-Старович виділяє таки типи сексуальних культур: аполлонівські, ліберальні, «культура бідності», культура коханців, оргаїстичні культури, репресивні та пуританські. Виходячи зі ставлення різних культур та суспільств до сексуальності, ці типи розглядаються у категоріях репресивності та перміссивності. Дозвільне відношення до проявів сексуальності спостерігається у багатьох народів Полінезії, де відвертий еротизм (у тому числі прояв сексуальності у підлітків) не лише допускається, але й приймається з привітністю. У той же час середньовічна християнська мораль

розцінювала сексуальність як прояв гріховної розбещеності, допускаючи сексуальне життя лише з метою продовження роду. Іудео-християнський етичний кодекс оцінював дошлюбні та позашлюбні сексуальні стосунки як негожі, аморальні.

Вагомий внесок до розуміння сексуальності було зроблено завдяки гендерному підходу. На думку Е. Здравомислової та А. Тьомкіної, виявляється недолік емпіричного знання про специфіку середовища, віку, поколінь та гендерних відмінностей в інтерпретаціях та дослідженнях сексуального життя. Сексуальність розглядається як компонент гендерного порядку. Гендерний порядок визначається як цивільний порядок, для якого характерний нерівний розподіл благ та привілеїв за ознакою статі. R. Connell [1] виділяє наступні компоненти гендерного порядку: влада, розподіл праці за статевою ознакою, катексіс (емоції і сексуальність), а також символічні репрезентації. А. Тьомкіна визначає сексуальні стосунки як «базис» по відношенню до інших рівнів гендерного порядку, де постійно спостерігається створення гендерних відмінностей. Проте егалітарність, яка проповідується феміністками, у гендерному розподілі праці зберігає, а іноді і підсилює поляризацію норм сексуальної поведінки (наприклад - публічна сексуалізація жіночності). У зв'язку з цим слід зазначити, що одна з головних проблематик, які розглядаються в рамках гендерного підходу - це гендерно-стратифікована сексуальність. Її головний механізм - законодавча регламентація дозволеної та недозволеної сексуальної поведінки. Поляризація ролей перестає бути нормою, чому сприяють економічні та інші зміни. Правила сексуальної поведінки соціально стратифіковані, в суспільстві відбувається подальша диференціація норм та практик залежно від приналежності до певної соціальної верстви, співтовариства, місця помешкання. За G. Rubin не всі типи девіантної еротичної поведінки піддаються контролю з боку кримінального правосуддя як гомосексуалізм.

Як бачимо, в літературі описано одразу кілька різних моделей того, як може розвиватися жіноча сексуальна реакція. Також можемо зауважити, що коли мова йде про жіночу сексуальність, то загалом автори погоджуються у тому, що збудження, ймовірно, залежить від таких психологічних чинників, як бажання, сприйняття зовнішніх стимулів та стиль прив’язаності до партнера

Список використаної літератури

1. Гупаловська, В.А., Володимирець, О.І. (2012). Психологічні особливості сексуальності чоловіків: результати емпіричного дослідження. Проблеми сучасної психології, 16, 222-235.

2. Дідковська, Л.І. (2014). Психологічні особливості ставлення до сексу осіб ранньої дорослості. Психологічні науки, 2.12, 72-79.

БОНДАРЧУК НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
КРОЧАК ЛАРИСА ВАСИЛІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА***,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ

Проблема дослідження та діагностування тривожності користується незмінною увагою психологів, оскільки має важливе практичне значення. В останнє десятиліття істотно посилився інтерес психологів до вивчення тривожності у зв'язку з різкими змінами в житті суспільства, що породжують невизначеність і непередбачуваність майбутнього і, як наслідок, переживання емоційної напруженості, тривоги і тривожності.

Проблемі тривожності присвячена велика кількість наукових досліджень , висвітлених в різних літературних джерелах до того ж не тільки в психології та психіатрії, але і в інших науках, таких як соціологія та філософія.

Попри велику кількість робіт присвячених питанням тривоги і тривожності в них загалом вказується про невизначеність та багатозначність терміна.

Слід розрізняти тривогу як стан і тривожність як властивість особистості.

Як зазначено в психологічному словнику, тривога - це емоційний стан людини, що викликається почуттям неспокою, збентеження, побоюванням, передчуттям чогось несподіваного як при відстроченні приємних ситуацій, так і при очікуванні неприємностей. Тривога свідчить про недостатню пристосованість і готовність людини

до можливих змін навколишнього середовища, неспроможність швидко й адекватно реагувати на них [1].

Причини тривоги зазвичай не усвідомлюються, але тривога попереджує участь людини в можливій шкідливій поведінці, або стимулює її до дій з підвищенням вірогідності позитивного закінчення подій.

Стан тривоги не завжди оцінюється як негативний. Цей підхід покладено в основу виділення двох різновидів тривоги:

1) мобілізуючої тривоги, яка надає людині додатковий імпульс,

2) розслаблюючої тривоги, яка паралізує індивіда.

На відміну від тривоги, тривожність – це схильність індивіда до переживання тривоги, що виникає внаслідок уявної чи реальної дії загрозливого фактора і певний рівень тривожності є природнім, обов'язковою особливістю активної діяльності особистості. У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності - це так звана корисна тривожність [2].

Розрізняють ситуативну тривожність як реакція на скороминучу небезпеку та патологічну як постійне перебування у стані тривоги або надмірний її ступінь. Патологічна тривожність є показником дезадаптації людини в певних соціальних умовах [2].

Особистісна тривожність – це інтегративна негативна індивідуальна властивість, що визначає схильність індивіда до суб’єктивного переживання таких емоційних станів, як страх, хвилювання, напруга. Вона виявляється у почутті невпевненості в собі, беззахисності, безпомічності, безсилля перед реальними об’єктивними чи уявними (суб’єктивними) зовнішніми чи внутрішніми факторами, які містять небезпеку і загрозу самооцінці, рівню домагань, задоволенню основних потреб тощо (чи сприймаються як такі) [2].

Психоаналітики розглядають тривожність як явище, що виникає вже в ході самого процесу народження і отримує подальший розвиток під впливом зовнішніх факторів (Ф. Грінейкр, М. Клейн, К. Майер, О. Ранк, Г. Салліван, К. Хорні, А. Фройд, З. Фройд, О. Феніхель, Н. Фоудор, Е. Фромм, К. Юнг).

Згідно з роботами, які аналізують дослідження З. Фрейда, основна функція тривоги полягає у тому, щоб допомогти особистості уникнути усвідомлення своїх негативних імпульсів і задовольнити їх прийнятним способом у потрібний момент. Дослідники зазначають, що за Фрейдом тривожність може виникати як результат фантазування особистості про ситуації, пов'язані з минулими переживаннями безпорадності. Ця ідея була подальше розроблена О. Ранком, який

розглядав акт народження як головну травму в житті людини та розглядав тривожність як спробу реагувати на цю травму [3].

Подальший розвиток проблеми тривожності у неофрейдизмі включає роботи К. Хорні, Г.С. Саллівана та Е. Фромма. На відміну від Фрейда, Карен Хорні не розглядала тривогу як необхідний компонент психіки. Вона вважала, що тривога виникає внаслідок відсутності відчуття безпеки у міжособистісних відносинах.

Аналізуючи дослідження К. Хорні, науковці зазначають, що в дитинстві особистості потрібні дві основні речі: задоволення і безпека. Потреба в задоволенні охоплює всі біологічні потреби, такі як їжа та сон. Однак, головною потребою є потреба в безпеці, яка залежить від батьківського виховання. Якщо ця потреба не задовольняється, то виникає ворожість до батьків, що може призвести до базальної тривоги, відчуття самотності та безпомічності [4].

Для компенсації цієї тривоги людина розвиває невротичні потреби, такі як потреба в любові, владі, експлуатації інших та інші. Ці потреби проявляються у формі захисних стратегій, які можуть бути вкорінені у психіці людини, ускладнюючи її взаємодію з оточуючим світом.

Л. Наугольник, вивчаючи роботи Г. Саллівена, пише про те, що тривожність звертається до концепції психосоматики, відзначаючи, що задоволення біологічних потягів призводить до розслаблення внутрішніх органів і кісткових м'язів під впливом парасимпатичної нервової системи. Умови тривожності, небезпека та перешкоди у задоволенні призводять до зворотного ефекту: симпатична стимуляція збільшує тонус внутрішніх м'язів і супроводжується напругою кісткових м'язів під впливом центральної нервової системи [1].

У рамках гештальттерапевтичних концепцій дослідники пишуть, що основне джерело неврозів у незакінчених ситуаціях (незавершених гештальтах) минулого. На думку прихільників даного підходу, тривожність - розрив між «теперішнім» та «тодішнім», що заважає особистості спонтанно розвиватися [5].

Хоча когнітивна та гуманістична психотерапія використовують різний теоретичний підхід до тривожності, обидва підходи погоджуються, що тривожність виникає при зіткненні з новим досвідом, що не відповідає уявленням людини, і загрожує їй [2].

Що стосується сучасних підходів, вони базуються на твердженнях зазначених підходів, що дозволяє підсумувати факт того, що незважаючи на давню традицію вивчення тривожності, дана проблема залишається все ще беззаперечно актуальною.

Список використаної літератури

1. Гаркуша, І. В., & Рябуха, Н. Тривожність як індивідуальна властивість особистості. In The 5th International scientific and practical conference “Modern and global methods of the development of scientific thought”(October 25–28, 2022) Florence, Italy. International Science Group. 2022. P. 513.
2. Наугольник, Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ,.2015. № 324. С. 6-7.
3. Саннікова, А. О. Тривожність як стан і властивість особистості. Актуальні проблеми життєвого та професійного само, 2023. С. 58.
4. Волошок, О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. Збірник наукових праць" Проблеми сучасної психології". 2010 № (10).
5. Гандзілевська Г. Б. Психологічне осмислення травматичного досвіду особистості крізь призму життєвого сценарію: гештальт-терапевтичний підхід. Наукові записки Національного університету Острозька академія. Серія: Психологія. 2016. № 3. С. 27-38.

БРАТАНЮК ІРИНА ІВАНІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПОНЯТТЯ ФЕНОМЕНУ «ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ЖИТТЯМ» В ПСИХОЛОГІЇ

Проблема задоволеності життям та його різними гранями нині дуже часто стає предметом обговорення та вивчення серед представників соціально-гуманітарних наук, таких як: психологія, соціологія, економіка та ін., які аналізують різні аспекти цього явища. Зацікавлення вчених проблемою якості життя зростає, але в науковому середовищі ще немає сформованого єдиного підходу до змісту самого поняття, а також немає загальної методології та методики його визначення.

В якості одного з найважливіших факторів, що визначає активність та якість прояву особистості в соціумі, у взаєминах з оточуючими, ставленні до себе, виступає задоволеність життям. З іншого боку, саме переживання задоволеності життям виступає

показником стану суспільної свідомості, групових настроїв, очікувань, відносин у суспільстві, тому й урахування стану задоволеності життям є необхідною складовою адекватної, ефективної соціальної політики, управління та планування [1].

В історії психології як науки існує достатня кількість різних поглядів на цю проблему в багатьох галузях психології. Так, задоволеність життям розумілася або була пов'язана з низкою факторів: у низці психолого-філософських поглядів – відсутність невдоволення й отримання вигоди від своїх дій; форма або один із видів кінцевого результату задоволення потреб, або виникнення смислів у підходах гуманістів та екзистенціалістів; результат первинної когнітивної оцінки того, що буде критерієм стану задоволеності й подальшим зіставленням із ним свого життя, яке задовольняє критеріям або не задовольняє в когнітивній психології. Так само задоволеність життям пов'язують із доданими зусиллями для досягнення поставлених цілей, тобто чим сильніша депривація, тим більшим буде задоволеність від її зникнення в деяких відгалуженнях біхевіоральної парадигми. Існують також психофізіологічні напрями вивчення питання задоволеності життям, що пов'язують його з роботою мозкових систем та ін.

Історична ретроспектива вивчення феномену «задоволеність життям» показала започаткування роботи в цьому напрямку в західній психології десь

у другій половині 60-х років XX століття. Водночас існували окремі клінічні концепції, що ґрунтувались на досвіді психологічної практики. В радянській психології ця проблема мало розроблялась і тільки на початку 90-х років почали з'являтися публікації з цього приводу. У дослідженнях зарубіжних науковців під поняттям «задоволеність життям» розуміється почуття щастя, що також є співвідносним із самореалізацією особистості та її психологічним здоров'ям.

В науковому середовищі задоволеність життям розуміється як суб'єктивна оцінка якості тих чи інших об'єктів (М. Аргайл, М. Селігман), умов життя і діяльності, життя в цілому (І.А. Джидар'ян), відносин з людьми, самих людей, в тому числі і самого себе (Л.В. Куліков), рівень та ступінь реалізації життєвих потреб (А. Кембелл, Ф. Конверс, Е. Фромм), відчуття добробуту особистості, її задоволення чи незадоволення життям (Н. Далкі), справжнє відношення до себе (К. Роджерс), певною мірою рефлективну оцінку минулого і сьогодення, (М. Аргайл). Високий рівень задоволеності життям, насамперед,

відповідає тому, що іменується щастям; найбільш близький конструкт - психологічне (суб'єктивне) благополуччя [2].

Специфіка психологічного дослідження якості життя зосереджується, насамперед, у тому, що акцент робиться на його суб'єктивному характері. Із погляду психології, задоволеність життям являє собою «складну, динамічну соціально-психологічну освіту, яка заснована на інтеграції когнітивних й емоційно-вольових процесів, які характеризуються суб'єктивним емоційно-оцінним відношенням і володіє спонукальною силою, що сприяє дії, пошуку, керуванням внутрішніми та зовнішніми об'єктами».

Задоволеність життям – інтегральний показник, який об'єднує в собі багато компонентів та залежить від певних характеристик (зокрема серед них виділяють віру у власні сили, планування, уміння оцінити наслідки своїх дій). Насамперед, задоволеність життям визначається досягнутими цілями, подоланими труднощами, змінами, що відбуваються в особистому й професійному житті.

Список використаної літератури

1. Мукашевич, М., Корпач К. Концептуальні підходи вивчення феномену якості життя та його оцінки / М. Мушкевич, К.Корпач // Український науковий журнал Освіта регіону. – 2011. – № 3

2. Diener, E. (1984) Subjective well-being. Psychological Bulletin, vol. 95, no. 3, pp. 542–575.

БОНДАРЧУК ОЛЕНА ПИЛИПІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ І КОНТРЗАЛЕЖНІСТЬ, ЯК ОБ'ЄКТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Життя людини у сучасному суспільстві вимагає насамперед усвідомленої самоідентифікації самої себе, адже кожна людина вразлива, коли вона знаходиться наодинці з собою і кожна людина потребує когось поруч. Невід'ємною складовою і запорукою благополуччя особистості є наявність здорових і гармонійних близьких стосунків. Але нажаль наявність стосунків-це не є запорука особистого щастя та гармонії в житті. Деякі стосунки навпаки руйнують і поглинають саму особистість, її внутрішні кордони,

викликають нездорову залежність або навпаки виникає емоційне відсторонення, страх близькості ,втеча від себе і віддаленість. Саме тому вміння побудувати гармонічні відносини властиве небагатьом і на цьому шляху виникає багато складнощів.

В світі давно порушується проблема залежності різного роду, але психологічні залежності, зокрема співзалежність і контрзалежність ще тільки набуває масштабності і важливості вивчення і дослідження.

Співзалежність і контрзалежність-це фактори, які руйнують і саму особистість і особисті відносини. Схильність до них формується ще в процесі дитячо-батьківських відносин. Характер батьків, їх рівень тривожності ,їх стиль взаємодії з дитиною, гіперопіка , вседозволеність, холодність або агресія –це все напряму впливає на стиль формування мислення ,сприйняття і взаємодії дитини у майбутньому. Тут і бере початок співзалежність і контрзалежність- це дві крайності одного спектру травми розвитку. Ці два терміни описують сукупність психічних і поведінкових феноменів ,які разом утворюють специфічні поведінкові і емоційні схеми, які виникають у одних людей по відношенню до інших. І в залежності від конкретного набору феноменів ці схеми і називаються спів- або контрзалежністю. У першому випадку це хвороблива прив'язаність до іншої людини, у другому-це відмова від прив'язаності і відсутність потреби в інших людях.

Чому так багато хто з нас не в змозі побудувати гармоній ні відносини ? І чому так багато людей залишаються у самотності ,або вступають у відносини .які позбавлені справжньої близькості і турботи. Насправді є багато причин, одна з яких-стратегії самозахисту ,які грають злий жарт і ми самотужки вибудовуючи відносини ,самі ж себе обмежуємо. Можливо виділити дві форми самозахисту : перша – це інтропсихічна ,коли ми не бажаємо помічати власні неприємні почуття думки і бажання та друга –це інтерпсихічна ,коли ми дистанціюємося від оточуючих людей. Саме наднормативне використання особистістю цих психологічних захистів є непрямим свідченням наявності внутрішньоособистісного конфлікту . В одному випадку змушуючи закривати очі на очевидні неприйнятні для нас речі, а в іншому дистанціюватися від людей або власних почуттів. В обох випадках це стратегія самозахисту. У випадку з контрзалежністю ми стримуємо власні почуття ,тим самим робимо наше життя безрадісним і тьмяним ,а у випадку з співзалежністю перестаємо керувати ситуацією і втрачаємо можливість повноцінно розпоряджатися своїм життям .

Важливим аспектом в розумінні і подоланні цих психологічних явищ є те. що потрібно побачити і розгледіти саме «свою картину залежності» ,відчути її, відчути. як можна її дослідити і зцілитися без нападу на себе за те, що ви володієте такими особливостями сприйняття. Це буде необхідною умовою для того, щоб побудувати нові відносини з навколишнім світом і з самим собою. Саме завдяки виявленню і усвідомленню залежності ви зрозумієте ,чому люди взагалі залежать і чому в окремих випадках цього неможливо уникнути .Ви зможете відчути ,що саме ви в змозі впливати на своє життя, ви будете мати можливість зрозуміти свої потреби і справжні почуття і емоції. Ви зможете отримати свободу вибору.

Бажання змінити попередні деструктивні поведінкові моделі виникає .коли одночасно і страждання і відчуття жалю про витрачене марно безрадісне життя зійдуться в одній точці свідомого сприйняття. Тоді ми усвідомлюємо «час змінюватися» і саме тоді ми відкидаємо непотрібні стратегії самозахисту і робимо крок на зустріч зовсім іншого способу присутності у своєму житті . Ми звертаємо пильну увагу на свій внутрішній світ ,переглядаємо життєві стратегії і розуміємо чим заважають вони нашим відносинам з оточуючими . Шлях із лабіринту самозахисту і залежностей лежить через пізнання.

Список використаної літератури

1.Робін Норвуд - «Letters from Women Who Love Too Much: A Closer Look at Relationship Addiction and Recovery» (1988); • «Daily Meditations»

ВИСОЧАНСЬКА ЛЮДМИЛА МИХАЙЛІВНА
здобувач 1-го року магістртури
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Підлітковий вік – вкрай складний і суперечливий період становлення людської особистості, що вимагає від батьків і педагогів великих зусиль, напруженої праці. В той же час, це вік неповторної краси: бурхливої енергії, жаги пізнання, пристрасного пошуку істини.

Підтримка та виховання підлітків потребує особливого підходу, який враховує їх індивідуальні особливості, потреби та

інтереси. Батьки, вчителі та інші дорослі повинні прагнути створити для підлітків сприятливе і безпечне середовище, в якому ті зможуть проявляти себе та розвивати свої здібності. Особливу увагу слід приділити розвитку емоційної підтримки, умінню слухати та розуміти підлітка, а також наданню можливостей для самовираження і самореалізації. Важливо допомогти підліткам навчитися приймати відповідальні рішення, зміцнювати самооцінку та розвивати соціальні навички.

Виховання підлітків також включає встановлення розумних кордонів та правил поведінки, які допоможуть їм зрозуміти свої обов'язки та відповідальність перед собою та оточуючими. Важливо навчити їх адекватним способам боротьби зі стресом та конфліктними ситуаціями, а також формуванню позитивних цінностей і переконань. Батьки та вчителі повинні бути хорошими рольовими моделями для підлітків, демонструючи приклади конструктивного і здорового способу життя. Взаємодія з підлітками має бути заснована на взаємній повазі та довірі, що допоможе зміцнити відносини і сприятиме успішному розвитку та дорослішання молодого покоління.

Розуміння психологічних особливостей підліткового віку має велике значення для успішної соціалізації та адаптації підлітків у суспільстві. Цей етап розвитку характеризується рядом змін на фізичному, когнітивному, емоційному та соціальному рівні, які можуть стати викликами для підлітків та оточуючих їх дорослих. А саме:

- Емпатія та підтримка. Розуміння особливостей підліткового віку допомагає батькам, вчителям та іншим дорослим проявляти емпатію та підтримку, створюючи безпечне та розуміюче оточення для підлітків. Це сприяє їхньому емоційному благополуччю і зміцненню самооцінки.

- Адекватне виховання. Знання про психологічні особливості підлітків дозволяє дорослим вибирати найбільш підходящі та ефективні методи виховання та навчання. Дорослі можуть краще адаптувати свої очікування і підходи до реальних можливостей та потреб дітей.

- Розвиток навичок і компетенцій. Розуміння особливостей підліткового віку дозволяє вчасно визначити та підтримати розвиток навичок і компетенцій, необхідних для успішної соціалізації, таких як комунікативні навички, уміння встановлювати та досягати цілей, приймати рішення і вирішувати конфлікти.

- Профілактика проблем та ризиків. Знання про психологічні особливості підлітків допомагає дорослим визначити потенційні

ризики та проблеми (наприклад, залежності, девіантна поведінка, депресія) та вжити своєчасних заходів щодо їх профілактики і корекції.

- Допомога у формуванні ідентичності. Розуміння підліткового віку дозволяє дорослим допомогти підліткам у формуванні здорової самоідентифікації та самопізнання, що є важливим аспектом успішної соціалізації та адаптації.

- Зміцнення відносин. Усвідомлення психологічних особливостей підліткового віку сприяє зміцненню взаєморозуміння та довіри між підлітками і дорослими. Це буде сприяти більш гармонійним та конструктивним відносинам з батьками, вчителями та однолітками, що у свою чергу покращить соціалізацію та адаптацію підлітка.

В цілому, розуміння психологічних особливостей підліткового віку є ключовим фактором для успішної соціалізації та адаптації підлітків. Воно дозволяє дорослим ефективніше взаємодіяти з підлітками, підтримувати їх розвиток, запобігати проблемам і конфліктам та допомагати їм успішно справлятися з викликами цього періоду життя.

Список використаної літератури

1. Орбан-Лембрик Л.Є. Соціальна психологія./ . Л.Є. Орбан-Лембрик. – К.: Академвидав, 2005. – 448с.

2. Клейман П. Психологія 101: Факти, теорія, статистика, тести й таке інше. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2018. 240 с.

ВОЙТЮК ВІТАЛІЙ ВІТАЛІЙОВИЧ
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
КУЗЬ МАКСИМ ВІТАЛІЙОВИЧ
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПОНЯТТЯ ПРО НЕСВІДОМЕ

Несвідоме, у контексті психологічних наук, представляє собою складну сферу психічного життя людини, яка функціонує за межами її свідомого сприйняття та контролю. Ця концепція базується на ідеї існування непримусованих інстинктивних та біологічно

обумовлених потягів, які регулюють поведінку та думки особистості. Варто відзначити, що несвідоме не ігнорує соціальні або природні впливи, але скоріше працює у тісному взаємозв'язку з ними, утворюючи складну систему впливів та взаємодій.

У психологічній науці несвідоме визнається як важливий аспект психічного феномену, який може бути досліджений та аналізований для кращого розуміння людської поведінки та мислення [3]. Вивчення несвідомого відкриває перед наукою широкі можливості для розкриття та пояснення різноманітних аспектів психічного життя людини, включаючи внутрішні конфлікти, мотиваційні підстави та механізми захисту. Такий підхід допомагає розширити наші знання про те, як люди сприймають світ навколо себе та взаємодіють з ним.

Як результат, несвідоме виступає як ключовий елемент психічного життя, який варто вивчати та розуміти для розвитку більш повного та глибшого уявлення про людську природу та її функціонування.

Загальна концепція несвідомого, що витікає з вчення Платона про пізнання-спогад, протримувалася в академічних та філософських колах до наступних етапів розвитку. Нові ідеї з'явилися з приходом Рене Декарта та його постановки проблеми свідомості. Декарт стверджував тотожність свідомого та психічного, що змінило уявлення про природу людської свідомості. Це відкриття надихнуло нові думки про те, що за межами свідомості може існувати лише чисто фізіологічна, а не психічна, діяльність мозку [2].

Таким чином, парадигма несвідомого зазнала переосмислення під впливом ідей Декарта. Замість виключно метафізичної та філософської інтерпретації, несвідоме стало розглядатися через призму більш наукового та фізіологічного підходу, відкидаючи певні аспекти його психологічної та метафізичної інтерпретації. Це відкриття відкрило нові горизонти для розуміння функціонування людської ментальної сфери та її зв'язку з фізіологічними процесами мозку.

Концепція несвідомого, вперше чітко сформульована Ґ. Лейбніцом у його творі «Монадологія» (1720), відкриває нові глибини для розуміння людської психіки [2]. Лейбніц трактував несвідоме як нижчу форму душевної діяльності, яка знаходиться за порогом усвідомлених уявлень. У його метафоричній візії, усвідомлені уявлення піднімаються, наче острівці, над безоднею темних сприйняттів, які є частиною несвідомого.

Ця аналогія ілюструє, що багатство нашого свідомого досвіду, або острови усвідомлення, спирається на безмежні глибини

несвідомого, яке є джерелом та фундаментом нашої психічної діяльності. Лейбніц вважав, що розуміння цих «темних сприйнять» може розкрити нові аспекти людської природи та функціонування ментальних процесів [2].

Така концепція несвідомого започаткувала шлях для подальших досліджень у цій області та стала важливим етапом у розвитку психології та філософії.

Перша спроба строго матеріалістичного пояснення несвідомого належить Д. Гартлі з Англії, який спрямовував увагу на зв'язок несвідомого з функціонуванням нервової системи. Його дослідження поклало початок матеріалістичному підходу до розуміння несвідомого, де акцент робився на фізіологічних процесах, що лежать в основі психічних явищ .

У німецькій класичній філософії, особливо в роботах Іммануїла Канта, більший акцент робився на гносеологічному аспекті несвідомого [2]. Кант пов'язував несвідоме з проблемою інтуїції та питанням про чуттєве пізнання. Для нього, несвідомий апріорний синтез, або спосіб, за допомогою якого ми об'єднуємо чуттєві враження в єдине сприйняття, мав ключове значення в процесі пізнання [1].

Такі різні підходи до розуміння несвідомого підкреслюють багатогранність цієї проблеми та широкий спектр можливих трактувань в різних наукових та філософських школах думок.

Інший вимір несвідомого виявився у відчуттях і творчості поетів-романтиків та теоретиків романтизму. Вони, розвиваючи свої ідеї на тлі протистояння раціоналізму Просвітництва, віддавали своєрідний культ несвідомого як глибинного джерела творчості та мистецької інтуїції .

У XIX столітті почалася важлива лінія в психологічному вивченні несвідомого, представлена німецькими вченими, такими як Йоган Фрідріх Гербарт, Г. Фехнер, Вільгельм Вундт та Т. Ліппс [2]. Ці дослідники внесли значний внесок у розуміння природи та функцій несвідомого.

Гербарт, у своїй роботі з 1824 року, ввів динамічну характеристику несвідомого. Згідно з його теорією, різні ідеї можуть утворювати конфлікт між собою, і слабші ідеї можуть бути витіснені зі свідомості, але продовжують впливати на неї, не втрачаючи своїх динамічних властивостей. Цей підхід дозволив розглядати несвідоме як активну та динамічну частину психіки, що впливає на свідомі процеси та регулює поведінку [3].

Згідно з теорією Лакана, психоаналіз відрізняється від інших психотерапевтичних підходів тим, що він включений у світ значень, у світ мови. Саме мова є засобом вираження та реалізації несвідомого, що дозволяє розкрити його структуру та динаміку.

Список використаної літератури

1. Варій М.Й. Психологія особистості: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури. 2008. 592 с.
2. Винославська О.В. Психологія. Навчальний посібник. Київ, 2005. 320 с.
3. Єрмаков Т.І. Індивідуальне розуміння концепту "Я" як ключова компетентність особистості в умовах сучасного інформаційного суспільства. Наукові студії із соціальної та політичної психології: Збірник статей. К., Міленіум, 2002. С.200-207.

ВЕРЕЩАК ОЛЕНА В'ЯЧЕСЛАВІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ЧЕРЕЗ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК

Психологічне відновлення особистості через інтелектуальний розвиток – це процес, що стає все більш актуальним у сучасному світі, насиченому стресом, швидкими змінами та інформаційним перенавантаженням. У багатьох людей виникає відчуття душевного виснаження, втрати сенсу життя, а також зниження самооцінки та емоційного вигорання. У таких умовах важливою стає потреба у відновленні та розвитку особистісних ресурсів через інтелектуальний ріст. Інтелектуальний розвиток виступає наріжним каменем в цьому процесі, адже не просто збагачує знання, формує практичні навички, а також розвиває критичне мислення, емоційну стійкість, створює умови для самовдосконалення, самоаналізу та рефлексії. У даній темі ми розглянемо ключові аспекти психологічного відновлення особистості через інтелектуальний розвиток, звертаючи увагу на конкретні методи та техніки, які сприятимуть досягненню цієї мети. Адже для кожної людини важливо знайти свій власний шлях до внутрішньої гармонії та психологічного благополуччя.

Позитивні емоції та позитивна мотивація. Підтримка позитивного ставлення до діяльності і самовдосконалення може стимулювати інтелектуальний розвиток, збільшуючи мотивацію до нових досягнень, психологічної рівноваги емоційних станів як потреби. Марта Пивоваренко, експертка з якості психотерапевтичних, психологічних послуг у Фонді народонаселення ООН в Україні (UNFPA) стверджує: «Якщо при спілкуванні з певними категоріями людей якісь теми викликають у них надто сильні емоційні реакції, то, ймовірно, за цим криється якийсь важкий досвід. Важливо не ігнорувати це, не вважати особливістю характеру.»

Нейрофізіологічний аспект емоцій визначається електричною активністю нервової системи, нервово-м'язовий аспект – міміка, пантоміміка, голосові реакції, на феноменологічному рівні емоції стають переживаннями, значущими для суб'єкта [2, с.350].

Стимулююче середовище. Оточуючи себе стимулюючими інтелектуальними викликами, такими як, нові інформаційні джерела, обговорення складних проблем із групою однодумців, особистість прагне ухвалювати правильні рішення, мислити раціонально.

Мислячи, розв'язуючи задачі, в яких закладено особистісний смисл, у людини формується певне ставлення до проблеми: позитивне чи негативне, відмінне за об'єктом, формою вираження та проявами. [2, с.299].

Менторство і різні стратегії розвитку. Взаємодія з більш досвідченими особами або експертами в певних галузях знань може сприяти розвитку інтелекту та більш ефективному психологічному відновленню. Менторство — це взаємовигідний процес для обох сторін. Якщо є людина, з якою у вас співпадає потреба у розвитку, тоді обоє зацікавлені докласти максимум зусиль задля досягнення гарного результату.

Пізнавальні конфлікти. Активна участь в дискусіях, дебатах чи інших формах обговорень проблемних питань чи розв'язування творчих задач може стимулювати творче мислення, розширювати когнітивні функції особистості. Так, за методом «брейн-стормінгу» Осборна («мозкового штурму») група людей пропонує будь-які ідеї вирішення задачі, навіть абсурдні, оскільки критикувати їх заборонено. [2, с.309].

Саморефлексія. Систематичне самооцінювання власних досягнень може сприяти самовдосконаленню, а отже і постійному активному інтелектуальному росту. «Відчуття, що ти чогось досяг — це найнебезпечніша отрута. Протиотрута — щовечора думати про те,

що можна поліпшити завтра», — писав шведський підприємець і промисловець Інгвар Феодор Кампрад.

Здатність до рефлексивного аналізу ситуацій визначають як самосвідомість особистості в певній ситуації, корекцію та прогнозування наступних дій. [1, с.273].

Таким чином, психологічне відновлення особистості через інтелектуальний розвиток може відбуватися за допомогою різноманітних психологічних методів, що охоплюють як когнітивні, так і емоційні аспекти. Ефективність цього процесу залежить від систематичності застосування психологічних засобів, таких як менторство та стратегії розвитку. Позитивна мотивація, а також зацікавленість у самовдосконаленні, відіграють ключову роль у досягненні успіху в різних сферах діяльності. Стимулююче середовище, що сприяє активному обміну інформацією та ідеями, може значно збільшити ефективність процесу психологічного відновлення. Адже це процес, який потребує постійної уваги та зусиль. А саморефлексія і стійке прагнення особистості до саморозвитку через інтелектуальне зростання є важливими складовими цього процесу.

Отже, вдале комбінування різних психологічних засобів і методів може мати синергетичний ефект і покращити очікувані результати.

Список використаної літератури

1. Мислення і його розвиток. Про психологію розуміння//Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. Костюк Г.С. Київ. – 1989

2. Психологія. Підручник для вищих навчальних закладів. За редакцією Ю.Л.Трофімова. Київ. «Либідь». – 2003

3. Відновлення психологічних ресурсів. https://chdtu.edu.ua/psychological-support/psychological-resources-restoration

4. https://socsprava.com.ua/psyhologichne-vidnovlennya-lyudej-neobhidne-shhob-spraczyuvalo-j-infrastrukturne-vidnovlennya-krayiny-psyhologynya-marta-pyvovarenko/

ГОЛОДЮК СВІТЛАНА МИХАЙЛІВНА
здобувач 1-го року підготовки магістратури
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

В юнацькому віці молодь адаптується і встановлює відчуття статевої ідентичності. Це включає в себе стійке особисте відчуття маскулінності чи жіночності; встановлення цінностей щодо сексуальної поведінки та розвиток навичок у починанні і збереженні романтичних стосунків.

Невдоволення своїм тілом в сучасному світі стало «нормативним невдоволенням» і тісно пов’язане з прагненням до схуднення. Неможливість скинути зайві кілограми може драматично вплинути на загальний настрій та впевненість у собі.

Американськими дослідниками також було вивчено стратегії саморегуляції та суб'єктивне самопочуття студентів, у котрих нещодавно діагностували розлади харчової поведінки та студентів із ризиком виникнення відхилень у харчовій поведінці. Студенти з порушеннями харчування і студенти, які тільки знаходяться на грані між адекватною і хворобливою харчовою поведінкою, повідомляли про велику кількість стратегій для управління своєю вагою, при цьому їм був властивий низький рівень задоволеності життям. Крім того, опитувані з порушеннями харчування показали велику кількість стратегій саморегуляції: постійний пошук в Інтернеті інформації про зменшення ваги, самоконтроль та ведення щоденників харчування [1].

Звичайно, що розлади харчової поведінки стали поширюватися ще до того, як з’явилися соціальні медіа, але соціальні медіа сприяють гостроті сприйняття проблеми за допомогою націленої реклами та відповідними веб-сайтами, які рекламують нереалістичні ідеали тіла та способу життя.

Харчова поведінка — це складна діяльність, яка є важливою для розвитку та виживання. Харчові звички формуються і простежуються з дитинства до початку дорослого віку. На формування харчової поведінки впливає взаємодія між гомеостатичними механізмами; нейронними системами винагород; руховими, сенсорними та соціально-емоційними факторами. Виховання,

соціальний вплив та харчова культура визначають розвиток харчової поведінки.

Кризові моменти викликають розлади харчування, які, в свою чергу, викликають емоційний стрес і психічні та поведінкові проблеми. Розлади харчування серйозно погіршують здоров'я та соціальне функціонування та розвиваються у людей будь-якої статі, віку, раси, етнічної групи та соціально-економічного статусу, частіше діагностуються у жінок і на кінець підліткового - початку юнацького віку. Найпоширенішими типами розладів поведінки харчування є анорексія, булімія, компульсивне переїдання, орторексія. Незважаючи на те, що симптоми різних розладів відрізняються, є деякі, які повторюються в тому чи іншому розладі: часті зміни показників ваги; обмеження в харчуванні, дієти; переїдання; наявність надмірних фізичних вправ; негативний образ власного тіла.

У осіб юнацького віку, зважаючи на особливості їх життєвого етапу, чинниками виникнення порушень харчової поведінки є: низька самооцінка, незадоволення образом власного тіла, недовіра в міжособистісних стосунках, неузгодженість між поставленими і досягнутими цілями, почуття самотності, відсутність відчуття безпеки, надмірний перфекціонізм, високі вимоги (отримані від близького оточення) та значний вплив соціальних медіа, де зображуються нереалістичні ідеали зовнішності та способу життя.

Список використаної літератури

1. Братусь Б.С. Аномалії особистості / Б.С. Братусь. – К.: Думка, 2008. – 301с.
2. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності / Т. М. Титаренко. – К.: Либідь, 2013. – 376 с.

ГОНЧАРУК ІВАН СЕРГІЙОВИЧ
здобувач 4-го курсу бакалаврату
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ САМООЦІНКИ ОСОБИСТОСТІ

Визначивши поняття самооцінки в психології, її види і складові, необхідно звернути увагу на фактори соціально-психологічної природи формування особистісної самооцінки.

Л. Глушко зазначає, що фактори формування самооцінки у людини можуть бути внутрішніми і зовнішніми. Внутрішній фактор міститься всередині чого-небудь, він знаходиться по іншу сторону зовнішнього фактора, звернений всередину чого-небудь. Зовнішніми факторами впевненості в собі є засвоєння людиною соціальних ролей, духовної культури, соціального досвіду, формування особистості, засвоєння соціальних вимог, придбання соціально значущих характеристик свідомості і поведінки.

Г. Гончаровська вважає, що фактори формування самооцінки можуть варіюватися в залежності від віку індивіда. Наприклад, для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку важливим фактором є взаємини з дорослими (батьками, родичами, вихователями, вчителями). Перша самооцінка людини формується в перші 5 років і залежить від оцінки дитини батьками. Тому дуже важлива позитивна оцінка з боку батьків. У цей момент дитина відчуває вразливість і емоційну прихильність до сім'ї [1].

Ю. Бабаян підкреслює, що оцінка вчителя є потужним соціальним фактором формування самооцінки у молодших школярів. Оцінюючи знання, викладач одночасно оцінює особистість, її здібності і, перш за все, місце. В ході навчального процесу учні поступово стають більш критичними і вимогливими до себе. Вчені переконані, що вплив викладачів на формування самооцінки учнів незаперечний.

Н. Орішко зазначає, що для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку такий соціальний фактор формування самооцінки, як сім'я, є більш важливим, ніж підлітковий вік. У підлітковому віці більш авторитетними є такі фактори, як суспільство і спілкування з однолітками [3].

На думку Т. Павлової, структура сім'ї надає основний вплив на формування самооцінки у дитини. Залежно від моделі виховання самооцінка може формуватися як позитивна, так і негативна. Без єдиної сім'ї (матері, батька) у дитини може бути низька самооцінка. Через це дитина може відчувати себе приниженим, незахищеним і в якійсь мірі обділеним. У неповній сім'ї діти не відчувають себе повністю захищеними, в тому числі і зі своїми близькими. Батьки, які виховують дитину поодинці, часто обурюються і не виявляють необхідної любові і турботи до дитини, знижуючи самооцінку дитини до межі і приводячи до формування у дитини почуття слабкості, безглуздості і самотності, що може завдати непоправної шкоди

психологічному здоров'ю. Т. Павлова підкреслює, що формування правильної і позитивної самооцінки залежить від взаємин між батьками і дітьми, їх виховання.

Г.Ульюбаєва впевнена, що у дорослих, що оточують цю дитину, формується саме неправильна самооцінка дитини. 1. Тому одним з найважливіших факторів формування самооцінки можна назвати батьків (сім'ю) і вихователів і вчителів. Вчені також стверджують, що можна виділити такі фактори формування самооцінки, як індивідуальні особливості людини. Наприклад, така схильність людей з чутливою психікою до схильності до заниженої самооцінки. Г. Ульюбаєва вважає, що індивідуальні риси особистості впливають на формування самооцінки, а її вектори задає соціальне оточення [2].

Л. Бороздіна зазначає, що в житті людини вплив соціального оточення на формування його самооцінки не так важливо. Уявлення про себе людей, засноване на думці оточуючих, впливає на формування певного рівня самооцінки. Особливо це стосується колективних оцінок, які мають навіть більший вплив, ніж оцінки однієї людини. Під впливом сприятливих думок самооцінка підвищується, а несприятливих знижується. Є такі принципи, які впливають на формування самооцінки людини:

1. Принцип засвоєння оцінки інших людей."Інтерналізація думки іншої людини включає в себе як соціальне порівняння, так і процес атрибуції, коли люди спочатку приписують те чи інше ставлення до іншої людини, приймають або відкидають його як оцінку, а потім вибирають інформацію відповідно до існуючих самооцінювальними і ціннісними стандартами.

2. Принцип соціального порівняння. Йдеться про порівняння людини з оточуючими його людьми. Тобто про співвідношення позитивних і негативних рис особистості і їх самих .

А. Толоконін переконаний, що вік є фактором формування самооцінки. Це пов'язано з тим, що з віком відбувається перехід від певної ситуації до більш узагальненої самооцінки. Дослідження в цій галузі показують, що старші дошкільнята все ще не мають доступу до оцінки своєї особистості, оскільки діти молодшого шкільного віку виявляють цю здатність, критерії самооцінки також змінюються з віком. У підлітковому віці зовнішній вигляд дуже важливий для самооцінки, але дорослих зовнішній вигляд не хвилює, на перший

план виходять моральні якості, розумові здібності і т. д. В результаті з віком самооцінка стає більш адекватною і усвідомленою [1].

Список використаної літератури

1. Видолюб Н. О. Проблема самооцінки особистості у контексті гуманістичної психології. Молодий вчений. 2016. № 9. С. 21-25.

2. Павелків Р. Д. Загальна психологія: навч. посіб. К.: Кондор, 2009. 576 с.

3. Папітченко Л. Теоретичний аналіз проблеми значущості самооцінки в структурі гідності особистості. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. 2020. № 12. С. 79-89.

ГУК ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ГРОМАДСЬКИХ ДІЯЧІВ

Сучасні наукові дослідження фіксують значне збільшення кількості громадських діячів, які відчувають себе знесиленими та емоційно виснаженими, що у результаті позначається на продуктивності їхньої праці. Виходячи з того, що розповсюдження синдрому емоційного вигорання поступово набуває все більших масштабів, це зумовлює зростання інтересу до цього феномену науковців з різних галузей, зокрема: психологів, педагогів, філософів, медиків та ін. Цією проблемою дослідники займаються впродовж останніх тридцяти років.

Короткий аналіз останніх досліджень і публікацій з проблеми. Аналіз наукової літератури свідчить, що проблема емоційного вигорання знайшла своє відображення у роботах зарубіжних і вітчизняних вчених, присвячених змісту та структурі синдрому емоційного вигорання (Л. М. Карамушка, С. Д. Максименко, В. Є. Орел та ін.), а також методам його діагностики (В. В. Бойко, Н. Є. Водоп'янова, С. Джексон, К. Маслач, О. С.). На сучасному етапі розвитку зарубіжної науки феномен емоційного вигорання досліджується в психології стресових станів (вигорання як результат стресу), в межах психології професійної діяльності (вигорання як

форма професійної деформації) та екзистенційної психології (вигорання як стан фізичного і психічного виснаження, що виникло в результаті довготривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях).

Вважається, що термін «емоційне вигорання» запровадив американський психіатр Х. Фреденбергер для позначення емоційного виснаження своїх колег, використовуючи слово «вигорання» як метафору. Надалі цей термін використовувався різними вченими, зокрема К. Маслач. Дослідниця використовувала його для опису ширшого спектра станів, а саме фізичного, емоційного та розумового виснаження людей

В.В. Бойко виділяє компоненти (стадії) процесу вигорання:

Перша стадія. Протікає в легкій формі: більше виражається повага до себе – перерви у роботі, згодом можливе випускання з голови певних робочих питань. Характер має більш рухливий, вимотує. Формується 3 – 5 років.

Друга стадія. Час формування займає приблизно 5 – 15 років. Яскравим прикладом можуть слугувати такі ознаки, як втома, потреба в домашньому спілкуванні, відсутність сил, мотивації, головні болі, людина стає дратівливою.

Третя стадія. Проявляються більш серйозні наслідки такі, як язви, депресія. Людина втрачає сенс життя, знесилена, не хоче ні з ким спілкуватися, сумніви на кожному кроці, апатія, байдужість. Також порушується сон, процеси уваги та пам'ять. Ця стадія може формуватися 10 – 20 років.

Науковці виділяють фізичні та емоційні симптоми. Фізичні симптоми: різке підвищення втомлюваності; головний біль; сприйнятливість до змін зовнішнього середовища; зміни артеріального тиску; астенія (безсилля, слабкість); обмеження рухів шиї, болі в спині; мимовільні рухи - стискання кулаків, скованість; збільшення чи втрата ваги; задишка; безсоння; статева дисфункція. Емоційні симптоми: недостатність емоцій, не емоційність; песимізм, цинізм і черствість в роботі та особистому житті; Байдужість і втома; Відчуття фрустрації і безпорадності, безнадія; Дратівливість, агресивність; Тривога, посилення ірраціональної тривожності, нездатність зосередитися; Депресія, почуття провини; нервові ридання, істерики, душевні страждання; втрата ідеалів чи надій, чи професійних перспектив; збільшення деперсоналізації власно чи інших; переважає почуття самотності.

В роботах науковців спостерігається акцент на дослідженні факторів, що викликають емоційне виснаження і зазвичай виділяли дві

великі групи:

1. Особливості самої професійної діяльності або об'єктивні чинники;

2. Індивідуальні характеристики особистості професіоналів або суб'єктивні чинники. Так до перших відносимо фактори породженні умовами праці (організаційні і рольові), а до других – індивідуально-психологічні особливості фахівця, а також задоволеність професійною діяльністю, соціально-психологічним кліматом колективу, спрямованість особистості.

До основних факторів, що призводять до формування емоційного вигорання, належать:

1. Особистісний (емоційна ригідність, низька самооцінка, дуже висока або дуже низька мотивація до успіху, високий рівень емпатії, реакція на стресові ситуації, вік, досвід роботи);

2. Рольовий (невизначена роль, невдоволення професійним та особистісним зростанням, низький соціальний статус);

3. Організаційний (нестабільна заробітна плата, графік роботи нерегулярний, конфлікти з колегами та керівництвом)

Симптомами емоційного вигорання є:

1. Емоційне виснаження, виражається через невдоволення власною роботою та емоційному руйнуванні;

2. Деперсоналізація /дегуманізація, негативне, цинічне ставлення до оточуючих, деформація стосунків з колегами, поява почуття провини, людина обирає автоматичне «функціонування» і всіляко уникає навантажень;

3. Редукція особистих досягнень, виражається у почуття власної некомпетентності, в негативній оцінки себе, своїх досягнень та успіхів, заниженні своїх службових переваг, своїх можливостей, і як наслідок відчуття незадоволеності та низька самооцінка.

Таким чином, приходимо до висновку, що представники професії типу «людина-людина», найбільше схильні до розвитку синдрому емоційного вигорання, що, в свою чергу, призводить до психічного дискомфорту, зниження задоволеності професійною діяльністю, появи психосоматичних порушень, які безпосередньо впливають на якість життя працівників. Розвиток цього синдрому призводить до втрати важливих компонентів в структурі професійно-особистісних компетенцій до фінальної депресивної невротизації особистості.

Виходячи з цього, можемо зробити висновок, що емоційне вигорання – це надбаний стереотип емоційної, частіше професійної поведінки, а вигорання є частково функціональним стереотипом,

оскільки дає змогу людині дозувати та економно витрачати енергетичні ресурси. Таким чином, приходимо до висновку, що представники професії типу «людина-людина», найбільше схильні до розвитку синдрому емоційного вигорання, що, в свою чергу, призводить до психічного дискомфорту, зниження задоволеності професійною діяльністю, появи психосоматичних порушень, які безпосередньо впливають на якість життя працівників. Розвиток цього синдрому призводить до втрати компонентів в структурі професійно-особистісних компетенцій до фінальної депресивної невротизації особистості.

Список використаної літератури

1. Дудяк В. Емоційне вигорання: Главник. 2007
2. Maslach C., Leiter M. P. Early predictors of job burnout and engagement. P. 498–512.c. Journal of Applied PsychologH. № 93. 2008
3. Maslach, C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (1982)
4. Зайчикова Т. В. Вплив синдрому «емоційного вигорання» на професійне становлення педагога. Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології: матер.міжнар. наук. конф., присвяченої 35–річчю наукової та педагогічної діяльності академіка С. Д. Максименка. Т. 4. Міленіум, 2002).
5. Півторак О. Становлення арт-терапії як галузі педагогіки, 2012.

ДІДКІВСЬКА АНАСТАСІЯ ВОЛОДИМИРІВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА****,*
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙ В СТУДЕНТСЬКИЙ ПЕРІОД

Юнацький вік — це період навчання у вищій школі, коли студенти демонструють активні емоційні реакції та способи вираження своїх емоцій, а також підвищують рівень самоконтролю та

саморегуляції. Відповідно до психологічних досліджень, почуття та емоції мають важливе значення для діяльності студентів, особливо під час важких періодів, таких як іспити, вступ до вищого навчального закладу та інші події [1]. Загалом дослідники стверджують, що підтримка більш-менш постійних емоційних станів учасників навчально-виховного процесу є особливо важливою в контексті сучасних освітніх реформ [2; 3]. Останнім часом більшість психологів сходяться на думці, що депресія та агресія є найпоширенішими негативними емоційними станами серед студентів. Науковці сучасного часу приділяють значну увагу дослідженню цих негативних емоційних станів [4].

У сучасних дослідженнях зазначається, що окрему увагу доцільно звертати на тривожну депресію, яка характеризується відсутністю чи слабким виявленням рухової загальмованості, а також присутністю поряд з афектом смутку яскраво виявленого афекту тривоги, який може проявлятися в агресивних вибухах нестримної поведінки [4]. Дослідники зазначають, що морально-діловий клімат найбільше впливає на психічне здоров'я людини, і студентство є однією з груп ризику в цьому сенсі.

Студентський вік є важливим періодом розвитку соціальної активності людини як особистості та формування професійних, світоглядних і громадянських якостей майбутнього фахівця. Це основний період становлення та структурування інтелекту, розвитку стійкості рис характеру, мотивації до навчання, системи ціннісних орієнтацій і інтенсивне формування спеціальних здібностей у зв'язку з професійною підготовкою та соціальними цінностями [5, 6].

І. Волженцева каже, що занепокоєння та тривога є одними з негативних психічних станів, які супроводжують навчальну діяльність [6].

Як стверджує Кузнєцова О., причиною тривоги є невизначеність ситуації, а відхилення від ідеального стану, який характеризується тривогою та напруженістю, призводить до подальшого розвитку стану тривоги, який поступово переходить у таку властивість особистості, як тривожність [7].

У своїх роботах низка дослідників (Гула І., Волженцева І., Гончаренко М. та ін.) зазначили, що навчальна діяльність студентів супроводжується значним емоційним навантаженням, перевтомою та стресом. На їхню думку, стрес є неспецифічним фізіологічним і психологічним проявом адаптації людини під час екстремальних екстремальних впливів. Вони вважають, що стрес під час навчальної

діяльності може призвести до перевтоми, нервово-психічного виснаження та негативних психічних реакцій студентів [8, 9].

В роботах групи дослідників (Боднар І., Вовканич Л., Духта Т. та ін) зазначено, що для більшості студентів-першокурсників адаптація до навчальної діяльності та пристосування до нових умов життя та побуту є складним процесом. Таким чином, вони часто зазнають таких станів, як монотонність, нудьга та психічне виснаження. Автори стверджують, що неготовність студентів до самостійної навчальної діяльності є причиною цього стану[10].

У своєму дослідженні Потецька І. та Лойко Л. підкреслили, наскільки важливо досліджувати негативні емоційні стани студентів [11]. Авторки стверджують, що депресія та агресія сприймаються як полярні емоційні стани, які мають відображати протилежну негативну реакцію учнів на труднощі, які виникають протягом їхнього життя та навчання.

Низка дослідників досліджували зміни психічних станів під час навчання і дійшли висновку, що першокурсники відчувають стани активності, збудження та радості; третього курсу відчувають роздратування, пасивність, сумніви та розчарування; і п'ятого курсу відчувають переважно психічні стани, такі як радість, страх, апатія, сонливість і втома. [6].

Загалом, що серед показників здоров'я української молоді часто спостерігається погіршення стану опорно-рухової системи (на 69%), центральної нервової системи (на 61%) і серцево-судинної системи (на 56%) [12]. Дослідники вважають, що причиною цього є збільшення вимог до кваліфікації працівників і покращення навчального процесу в вищій освіті.

Фізичне здоров'я студентів погіршується під час навчання, існують певні фактори, які сприяють таким ситуаціям. Однією з причин є типовий спосіб життя, який мають студенти. Цей типовий спосіб життя часто характеризується хаотичною організацією, такою як несвоєчасний прийом їжі, систематичне недосипання, мало рухової активності, відсутність загартувальних процедур, виконання самостійних завдань уночі та паління.

Список використаної літератури

1.Грицук О.В. Емоційні стани студентів як метакогнітивне утворення . Наука і освіта. 2014. № 6. С. 30-34.

2.Баклицька О., Сірко Р. Аналіз методів корекції психічного здоров'я студентської молоді. Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні: зб. наук. праць. Рівне, 2006. Вип. 4. С. 82–

87.

3. Блавт О. З. Інформативні показники рівня фізичного здоров'я та фізичної підготовленості студентів ВНЗ. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: [зб. наук. праць/під ред. Єрмакова С. С.]. Харків: ХХПІ, 2012. № 11. С. 14□18.

4.Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1. С. 77-81.

5.Москалець В. П. Структурно – функціональна організація особистості. Психологія і суспільство. Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис. 2010. № 2 (40). С. 20–26

6.Волженцева І. В. Динаміка стану тривожності студентів у навчальному процесі. Педагогічний процес: теорія і практика: зб. наук. праць. Інститут педагогіки і психології професійної освіти АПН України. Київ: П/п ЕКМО, 2004. Вип. 2. С. 319□329.

7.Кузнєцова О. Т. Системний підхід як засіб управління якістю навчання студентів у вищому навчальному закладі. Науковий вісник Кременецької гуманітарно-педагогічної академії імені Тараса Шевченка. Серія: Педагогіка. 2015. Вип. 5. С. 80–87.

8.Гула Н. В. Саморегуляція як чинник подолання негативних психічних станів у студентському віці: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2014. 20 с.

9.Гончаренко М. С. Оцінка стану соматичного та психічного здоров'я студентів ВУЗів при адаптації до учбового процесу. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. праць. Харків: ХДАДМ, 2006. № 3. С. 12□14.

10.Боднар І., Вовканич Л., Духта Т. Властивості нервової системи та психоемоційний стан студентів вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації. Слобожанський науково-спотивний вісник. Харків: ХДАФК, 2012. № 3. С. 94□98.

11.Pototska I., Rysynets T., Loiko L., Loiko Y. The impact of social isolation on the emotional state of students. Norwegian Journal of development of the International Science. VOL.2. №62/2021. P. 65-69.

12.Носков В. І. Актуальні проблеми психогігієни у контексті удосконалення освітніх систем. Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка. 2002. Т. 4. Ч. І. С. 181□189.

ДЕРКАЧ ІРИНА АНАТОЛІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ

Термін «акцентуація» в 1968 році ввів німецький психіатр Карл Леонгард, який вживав його у словосполученнях «акцентуйована особистість» і «акцентуйована риса особистості». Він описує акцентуації як надмірно посилені індивідуальні риси особистості, які мають тенденцією до переходу в патологічний стан в несприятливих умовах. Леонгард характеризує акцентуації як «відхилення від норми». Він розробив також свою класифікацію акцентуацій, в якій можна бачити значний вплив психоаналітичних уявлень про типологію психічних розладів .

У 1977 році Андрій Євгенович Личко на основі робіт Леонгарда та класифікації психопатій Петра Борисовича Ганнушкіна розвинув концепцію і почав використовувати словосполучення «акцентуація характеру», вважаючи особистість надто комплексним поняттям для акцентуацій.

Поняття "акцентуації" схоже з поняттям "розлади особистості". Головна відмінність полягає в тому, що три основні ознаки розладів особистості (вплив на всі сфери життя людини, довгострокова стабільність і соціальна дезадаптація) ніколи не присутні одночасно в "емфазах":

1. Емфатична людина може специфічно реагувати на певні психогенні впливи, але тільки на них. З іншого боку, людина з розладом особистості реагує на всі психогенні впливи відповідно до характеристик розладу (вплив на всі сфери життя).

2. Розлади особистості характеризуються симптомами, які з'являються в ранньому віці та залишаються стабільними або посилюються протягом усього життя (стабільність у часі)

3. Загострення не спричиняють соціальної дезадаптації взагалі або спричиняють її лише на короткий період часу, тоді як розлади особистості постійно перешкоджають такій адаптації (соціальна дезадаптація).

А.Є. Личко виділяє два ступені акцентуації:

Явна акцентуація – крайній варіант норми. Акцентуйована

риса характеру дуже яскраво виражена протягом усього життя. Навіть за відсутності психологічних травм вона не піддається корекції.

Прихована акцентуація – поширений варіант норми. Акцентуйовані риси особистості проявляються здебільшого під час психологічної травми, але не призводять до хронічної дезадаптації. Тому варто дати чітке визначення акцентуації особистості.

Акцентуація особистості – це відхилення в розвитку емоційної, вольової та мотиваційної сфер особистості, що виявляється в надмірному посиленні певних особистісних якостей. Формування таких відхилень зумовлене незбалансованим і негармонійним розвитком емоційної регуляції. Модуляції особистості найбільш виражені в підлітковому віці (коли гормони активніші) і згладжуються в міру дорослішання, хоча деякі виявляються і в більш ранньому віці. Частота акцентуацій особистості, що спостерігаються в підлітковому віці, різна. Вона залежить від типу акцентуації та досліджуваної популяції. Наприклад, серед учнів масової школи частота акцентуацій становить близько 40 %, серед підлітків із соціально дезадаптивною поведінкою - 60 %, серед підлітків, які вчинили правопорушення, - 80 %. У сучасній практиці використовують типологію акцентуацій особистості А. Личка та К. Леонгарда.

Типологія акцентуацій особистості у підлітків за А. Личком: гіпертимна, циклоїдна, нестійка, сенситивна, психастенічна, астеноневротична, шизоїдна, епілептоподібна, істерична, нестійка, конформістська .

За К. Леонгардом, типи акцентуації особистості: гіпертимічний, нестійкий, буйний, емоційний, тривожний, педантичний, збудливий, демонстративний, ригідний, дистимічний.

Гіпертимічно-циклоїдний, лабіринтно-чутливий, астено-стероїдний тощо. А. Личко виділяє 20 варіантів таких змішаних типів.

Акцентовані в пубертатному періоді особливості посилюються внаслідок дії механізму аттенуації, тобто тієї ситуації, до якої людина найбільш схильна.

Зокрема, підлітки з підвищеною збудливістю схильні до інтенсивніших нападів гніву, а іноді й до самоушкодження в ситуаціях фрустрації. У разі епілептиформної збудливості напади афекту частішають і стають інтенсивнішими в ситуаціях, які потребують швидкого ухвалення рішень або раптової зміни обставин, і проявляються депресією, гнівом і агресією щодо вразливих людей. Для нестабільних підлітків ситуації без контролю дорослих підвищують ризик потрапити в антисоціальну компанію або пристраститися до алкоголю чи наркотиків .

За сприятливих умов можлива компенсація відхилень у розвитку особистості. Завдання психологів, які працюють із підлітками з акцентуаціями особистості, - знайти найсприятливіші види діяльності (наприклад, заняття і враження, пов'язані з їхньою власною діяльністю, для гіперактивних підлітків, можливість бути в центрі уваги для демонстративних підлітків) та запобігти придушенню (наприклад, для дітей із шизофренією - обмеження спілкування з однолітками). для дітей із шизофренією, наприклад, обмеження спілкування з однолітками). Також важлива відповідна профорієнтація та нормалізація стосунків між дитиною та батьками. Для діагностики акцентуації в підлітків використовують «Психодіагностичний опитувальник» (ПДО) А. Личка та методику, розроблену М. Шмішеком на основі типології К. Леонгарда .

Список використаної літератури

1.Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 2014. 375 с.

2.Лічко А. Е. Психопатії та акцентуації характеру у підлітків. Л.:Медицина, 1983.

3.Максименко Д. С. Загальна психологія: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. Вінниця, 2004. 701 с.

ЗАБРОЦЬКИЙ МИХАЙЛО МИХАЙЛОВИЧ
кандидат педагогічних наук, професор,
професор кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ВПЛИВ АДАПТАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ЗДОБУВАЧІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ

Зі вступом до закладів вищої освіти, абітурієнти стикаються з низкою проблем, таких як недостатня психологічна підготовленість до нових умов навчання, руйнування сформованих у старшокласників установок, навичок, звичок, ціннісних орієнтацій, втрата стосунки зі шкільними друзями та нездатністю психічно саморегулювати власну діяльність і поведінку.

Віковий етап студентів-першокурсників – юність. Порівняно з підлітковим віком юнацький вік характеризується більшою диференціацією емоційних реакцій та шляхів прояву і вираження емоційних реагувань, а також підвищенням самоконтролю і саморегуляції. Однак, як загальна характеристика цього віку, є зміна

настрою, перехід від божевільної веселощі до смутку та почергове поєднання екстремальних якостей.

Хоча юнаки мають набагато вищий рівень самоконтролю, ніж підлітки, вони часто скаржаться, що емоційну нестабільність та легко піддаються впливу зовнішнього світу. Їх характеризують такі риси характеру, як примхливість, ненадійність, вразливість тощо. Переважання негативних емоцій може свідчити про труднощі соціалізації, особливо в адаптації до нових умов життєдіяльності.

Наш аналіз психолого-педагогічної літератури щодо проблеми соціально-психологічної адаптації підтверджує, що більшість досліджень учених розкривають загальні проблеми цієї форми активності особистості (Б.Г.Ананьєв, Г.О.Балл, Ю.В.Гана, Л.С.Виготський, О.М.Леонтьєв та ін.), співвідношення проблем соціальної адаптації і соціальних установок (А.А.Налчаджян, Ш.А.Надірашвілі, К.Роджерс, Л.Фестінгер та ін.), соціально-психологічні проблеми адаптації молоді до нових умов існування й соціального оточення (О.І.Гончаров, А.Д.Ерднієв, Д.В.Іщенко, В.Л.Кікоть, О.В.Симоненко, Т.В.Середа та ін.), адаптації людей до розумових і фізичних навантажень (А.М.Антропова, А.Г.Хрипкова та ін.). Однак, дослідження емоційного стану студентів-першокурсників та його впливу на процес адаптації є недостатніми. Наявні дослідження переважно мають констатуючий характер. Ми ж маємо за мету встановити зв'язок між рівнем адаптації та емоційними станами студентів.

Особливості адаптації студентів першого курсу визначаються тим, що їхні інтереси та пріоритети в основному пов’язані з навчанням у вузі або пов’язані з ним. Рушійним моментом соціально-психологічної адаптації є певна різниця між особистими планами, звичками та здібностями студента та місцем, яке він займає в групі, курсі, університеті та вимогами до нього як студента.

Згідно з літературою, основними симптомами психологічної дезадаптації є підвищення показників емоційного збудження, тривожності та нейротизму; зниження комунікабельності, емоційної стійкості, самоконтролю та соціальної сміливості; поява почуття неповноцінності в стосунках із товаришами, вчителями, батьками, а також у поведінці в цілому; скарги на погане самопочуття, сон і втрату сну; і зниження успішності Ці прояви викликають непродуктивні форми реагування, симптоми порушення поведінки та різні емоційні розлади.

Таким чином, емоційний стан і оточення першокурсників впливають на рівень соціальної адаптації. Коли студенти розвинуть

свої рефлексивні здібності, отримають навички ефективної адаптивної реакції на основі позиції інтернальності та зможуть легко вступати у взаємодію з оточуючими людьми, вони зможуть адаптуватися краще.

Проблема вивчення адаптації здобувачів вищої освіти до умов навчання досить актуальна і невичерпує усієї різноманістності проблематики, що може бути продовжено у подальших наши дослідженнях.

Список використаної літератури

1. Заброцький М.М. Основи вікової психології. Тернопіль, 2011. 207 с.

2. Бойко І.І. Психологічна адаптація підлітка до нових умов навчання. // Психологія : Зб. наук.праць. – К.: НПУ. – 1999. – Вип. 2. – 230 с.

5. Варій М.Й. Психологія: навчальний посібник. – К.: Фенікс, 2017. – 267 с.

ЗАГОРОДНЮК ЄВГЕНІЯ ВІКТОРІВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКА

Однією з важливих соціально-психологічних проблем у сучасній психології, педагогіці, соціології та філософії є забезпечення нормального розвитку особистості. В сучасній психології пріоритетом є дослідження особистісного розвитку та цілісного розуміння людини.

Проблеми психологічного здоров'я найчастіше виникають під час формування особистості, особливо в підлітковому віці, оскільки цей період значно впливає на формування основних психологічних структур, таких як індивідуальність. Дослідження індивідуального розвитку підлітків має враховувати час, який вони проводять у школі.

Згідно з аналізом наукових джерел, існує проблема психологічного забезпечення діяльності навчальних закладів. Це означає, що психологічна служба школи повинна переорієнтуватися на створення умов для індивідуального розвитку учнів і формування їхньої особистості відповідно до потреб віку (Н.Антіпіна, О.Дусавицький, С.Томчук, Ф.Кевля, М.Заброцький, С.Максименко, Т.Хомуленко та інші).

В підлітковому віці відбуваються значні зміни в мотивації. Мотиви, пов'язані з формуванням світогляду та планами майбутнього

життя, становлять найбільшу увагу. Мотиви, які стали цінними для особистості, і основні суспільно значущі мотиви складають структуру мотивів. Л.Божович стверджує, що мотивація є основною причиною новоутворення в перехідному віці [2].

Почуття дорослості, яке характеризується як новоутворення свідомості, є особливою формою підліткової самосвідомості. Це відбувається через те, що підлітки порівнюють себе з іншими, знаходять приклади для наслідування, будують свої стосунки з оточуючими та перебудовують свою діяльність. Це ключова характеристика особистості, яка виражає нову життєву позицію підлітка щодо себе, інших і навколишнього світу [5].

Розбіжність між вимогами життя та інтересами, а також між можливостями та вимогами до себе є особливістю соціальної ситуації розвитку підлітка. Таке розбіжність вимагає досить високого рівня розвитку волі, якого підлітки зазвичай не досягають.

У підлітків виникає сильна боротьба мотивів (чи робити те, що хочеться, чи те, що потрібно), після чого виникає намір і, нарешті, виконання. Тим не менш, такий тип довільної поведінки є надзвичайно складним, оскільки він вимагає зміни мотиваційної сфери таким чином, що значущий мотив стає більш сильним і перемагає всі інші мотиви, які впливають на людину [1].

Підлітки також стикаються з багатьма проблемами, коли вони створюють і реалізують свій намір. Багато аспектів їхньої особистості заважають їм ефективно контролювати свою поведінку в цьому контексті. Після цього намір підлітка виконати прийняте рішення слабшає, коли ситуативна емоція послаблюється.

Психічне здоров’я в підлітковому віці має важливе значення, оскільки воно змінюється разом із змінами особистості. Отже, слід звернути увагу на психічне здоров’я, оскільки саме в підлітковому віці найчастіше спостерігаються психічні відхилення від норми.

Відсутність патології або симптомів, які заважають соціальній адаптації людини, є нормою психічного здоров'я. Хвороба є альтернативною нормою психічного здоров’я. Наявність певних особистісних якостей, які дозволяють людині адаптуватися та розвиватися в суспільстві, визначається як норма психологічного здоров’я. У психологічному здоров’ї альтернативною нормою є відсутність або недостатній рівень розвитку соціальних, особистісних і професійних компетенцій людини, що ускладнює її розвиток у процесі життєдіяльності та перешкоджає виконанню власних життєвих завдань.

С.Максименко та К.Максименко визначають «емоційні проблеми» як неспокій, тривогу, деморалізацію, апатію, дратівливість, озлобленість, ворожість і агресивність. Ці «емоційні проблеми» є основними ознаками психічного нездоров'я [2].

Варто пам'ятати, що під емоцією ми розуміємо стан організму, який супроводжується певними змінами (здебільшого з боку внутрішніх органів, контролюючих вегетативну систему) у поєднанні з психологічними феноменами, такими як збудження або тривога, які зазвичай спричиняють дії або певну поведінку. Щастя, любов, ненависть, гнів і злість є прикладами основних емоцій. Смуток, тривога та благодушність, ймовірно, демонструють меншу міру емоційної напруги. Силові емоції можуть спричинити порушення інтелектуальних функцій, таких як дезорганізація думок і дій, а також спонукати до зміни поведінки в бік автоматизму або стереотипних дій. Зовнішні прояви емоційного стану, особливо мімічна реакція, називають «афектом» [3].

Ознаки психологічного нездоров'я включають байдужість, пасивність, перевагу зовнішньої мотивації, страх самореалізації та деструктивність, а також руйнівний (дегуманізуючий) вплив на оточення [6].

Ознаками порушення психологічного здоров'я підлітків найпоширенішими в умовах шкільного навчання є високий рівень тривожності, агресивності та ворожості, а також завищений або занижений рівень самооцінки.

Отже, особистість підлітків і їх психологічне здоров'я продовжують формуватися та розвиватися під час підліткового віку. У підлітковому віці психічне здоров'я та відсутність його порушень є важливими. Однак порушення психічного здоров'я, основними ознаками якого є неадекватна самооцінка, високий рівень тривожності, агресивності та ворожості, можуть виникнути під час навчання. Отже, ми будемо вивчати самооцінку, тривожність і агресивність у наших подальших дослідженнях.

Список використаної літератури

1. Заброцький М.М. Основи вікової психології. Тернопіль, 2011. 207 с.
2. Максименко С.Д. Загальна психологія: Навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2004. 124 с
3. Скібська Л.І. Конфліктологія. К.: Вища школа, 2018. 335.
4. Томчук С.М. Генеза негативних психічних станів та їх

корекція. К.: 2013. 183.

5. Філоненко М.М. Психологія спілкування. К.: Центр навчальної літератури, 2019. 464 с.

6. Erikson E. The problem of ego identity. In G. Pollock (Ed.), Pivotal papers on identification. Madison: International Universities Press,1993. 230 p.

ЗАРЕМБА СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АЛЬТРУЇЗМУ ОСОБИСТОСТІ

Альтруїзм, як явище, має значний вплив на міжособистісні стосунки та соціальну згуртованість. Люди, які проявляють альтруїстичну поведінку, здатні створювати позитивні взаємозв'язки, сприяти співпраці та взаємній підтримці в суспільстві. Вивчення психологічних аспектів альтруїзму допомагає зрозуміти, які фактори сприяють або, навпаки, перешкоджають формуванню альтруїстичних мотивів і дій. Це дозволяє розробляти ефективні стратегії для виховання і підтримки альтруїстичних рис у різних вікових групах.

Окрім соціального значення, дослідження альтруїзму важливе й для розуміння індивідуальної психології. Альтруїстична поведінка тісно пов'язана з такими аспектами особистісного розвитку, як емпатія, співчуття, моральні цінності та внутрішня мотивація. Вивчення цих аспектів дозволяє виявити, як вони впливають на загальний психологічний добробут людини. Адже відомо, що люди, які активно допомагають іншим, часто відчувають більше задоволення від життя, мають вищий рівень емоційного благополуччя і навіть кращий фізичний стан.

З практичної точки зору, дослідження психологічних особливостей альтруїзму є корисним для різних сфер діяльності, таких як психологічне консультування, соціальна робота, педагогіка, менеджмент та багато інших. Наприклад, у сфері освіти розуміння механізмів альтруїстичної поведінки може сприяти розробці програм, які допомагають дітям і підліткам розвивати навички співпраці і взаємодопомоги. У менеджменті ж знання про альтруїзм може бути використане для створення корпоративної культури, що заохочує співпрацю і взаємну підтримку між співробітниками.

Таким чином, актуальність теми дослідження психологічних особливостей альтруїзму особистості обумовлена її значущістю для розуміння як соціальних процесів, так і індивідуального психологічного розвитку. Це дослідження сприяє формуванню більш гуманного і гармонійного суспільства, а також допомагає людям досягти вищого рівня особистого щастя і задоволення від життя.

Проблема альтруїзму та егоїзму в психології не піддавалася спеціальному аналізу як окрема тема, проте різні її аспекти привертали увагу дослідників з різних галузей знань. Питання, що стосуються альтруїстично спрямованої особистості, а також природи альтруїзму і егоїзму, розглядаються представниками таких наук, як психологія, філософія, біологія, генетика та теологія. Проте, жодна з цих наук не надає однозначних формулювань і відповідей щодо цих понять.

Аналіз літературних джерел свідчить, що проблема альтруїзму займала важливе місце в роздумах багатьох філософів минулого. У філософії альтруїзм і егоїзм розглядаються як моральні категорії. Наприклад, англійські етики XVIII століття, такі як Ентоні Шефтсбері, Френсіс Хатчесон і Девід Юм, а також інші відомі мислителі, як-от Готфрід Вільгельм Лейбніц, Артур Шопенгауер, Людвіг Фейєрбах і Огюст Конт, розглядали ці поняття у своїх роботах.

У теології альтруїзм часто сприймається як божественна заповідь, яка закликає до доброчинності та допомоги іншим.

Біологи, у свою чергу, розглядають альтруїзм як інстинкт, вроджений і спадково зафіксований результат природного відбору. Видатні вчені, такі як Чарльз Дарвін, Герберт Спенсер, Петро Кропоткін та Веніамін Ефроімсон, внесли свій вклад у розуміння альтруїзму з точки зору еволюції та біології.

У психології альтруїзм розглядається як система ціннісних орієнтацій особистості, де центральним мотивом і критерієм моральної оцінки є інтереси іншої людини або соціальної спільноти. Альтруїстичні дії в цьому контексті розглядаються як такі, що спрямовані на благо інших, іноді навіть на шкоду власним інтересам. Ця система цінностей формується під впливом багатьох чинників, включаючи сімейне виховання, соціальне оточення, культурні норми і особистісні переживання.

Отже, проблема альтруїзму та егоїзму є складною та багатогранною, і її аналіз потребує міждисциплінарного підходу. Хоча різні науки надають свої перспективи на ці поняття, об’єднання цих поглядів може допомогти глибше зрозуміти природу альтруїзму і розробити ефективні стратегії для його підтримки та розвитку в суспільстві.

Список використаної літератури

1. Психологічні особливості вияву альтруїстичних тенденцій у юнацькому віці / О. П. Лящ // Збірник наукових праць. Серія: Збірник наукових праць. Вип. 40. Ч.2. Хмельницький: Вид-во Національної академії ДПСУ, 2007. С. 242-245.
2. Рідкодубська А. Альтруїзм як педагогічна категорія. Педагогічний дискурс. Випуск 17. 2014. С. 136–140.
3. Heider, F. The psychology of interpersonal relations. New York: John Wiley & Sons. 1958. 322 p.

ЗАЙЦЕВА ЛЮДМИЛА ГРИГОРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
СТАВИЦЬКА ОЛЕНА МИХАЙЛІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ВПЛИВ ФАКТОРІВ СЕРЕДОВИЩА НА ФОРМУВАННЯ ПОЧУТТІВ У ЮНАЦТВІ

У період юнацького віку відбувається інтенсивний розвиток особистості, що супроводжується формуванням емоційної сфери та почуттів. Цей процес визначається впливом різноманітних факторів, які включають біологічні аспекти, вплив сімейного оточення, оточуючого середовища та соціальних чинників, а також стресові ситуації та емоційний стан. Розуміння цих факторів дозволяє краще зрозуміти і підтримувати психічне здоров'я та емоційний розвиток молоді.

Соціальне середовище відіграє ключову роль у формуванні почуттів у людини, особливо в юнацькому віці, коли ідентичність ще знаходиться на етапі становлення. Взаємодія з різними соціальними групами, такими як родина, друзі, шкільне середовище та інші, впливає на емоційний стан та сприйняття світу. Спілкування з різними людьми надає можливість відчути широкий спектр емоцій та відчуттів, від радості та підтримки до стресу та відчуженості.

Крім того, соціальні норми, цінності та очікування оточуючих можуть впливати на формування почуттів у молоді. Бажання відповідати соціальним стандартам або відмовлятися від них може викликати внутрішню напругу та конфліктність емоцій. Таким чином,

соціальне середовище надає не лише можливість для взаємодії та підтримки, але й створює контекст, у якому формуються почуття та емоції у молоді [2].

У юнацькому віці біологічні фактори відіграють суттєву роль у формуванні почуття кохання. В цьому періоді активно розвивається гормональна система, що може впливати на почуття прив'язаності та пристрасті до інших людей. Зокрема, підвищення рівнів гормонів, таких як естроген та тестостерон, може сприяти збудженню та появі романтичних почуттів.

Крім того, біологічні аспекти, такі як генетична схильність до емоційної реактивності та наявність фізіологічних особливостей, також можуть впливати на формування почуттів кохання. Наприклад, деякі особливості нейрохімічних процесів у мозку можуть зробити людину більш схильною до романтичних емоцій та впливати на її сприйняття різних аспектів міжособистісних відносин. Таким чином, біологічні фактори відіграють важливу роль у формуванні почуттів кохання у юнацькому віці, які є складовою частиною процесу становлення особистості.

Сімейне оточення має значний вплив на формування почуттів у підлітковому віці, зокрема почуття кохання, закоханості та симпатії. Взаємини з батьками, рівень їхньої взаємодії та взаєморозуміння створюють основу для розвитку міжособистісних відносин підлітка з іншими людьми. Дитина, яка виростає у сприятливому сімейному середовищі, зазвичай відчуває більшу підтримку, впевненість та здатність до формування глибоких емоційних зв'язків.

Крім того, стиль виховання батьків також може впливати на сприйняття та розуміння підлітком своїх почуттів. Наприклад, сім'ї, які сприяють відкритому спілкуванню та вислуховують почуття дитини без засудження, допомагають їй краще розуміти свої емоції та виявляти їх у взаємини з оточуючими. Отже, сімейне оточення відіграє ключову роль у формуванні почуттів у юнацькому віці, створюючи основу для міжособистісних зв'язків та визначаючи спосіб сприйняття та виявлення емоцій [1].

Оточуюче середовище та соціальні фактори також відіграють значну роль у формуванні почуттів. З одного боку, сприйняття оточуючого середовища, включаючи родинну, шкільну та спільнотну атмосферу, може впливати на спосіб, яким молодь сприймає та виражає свої емоції. Наприклад, сімейне оточення та рівень підтримки з боку батьків можуть визначати ступінь комфорту та безпеки, яку вони відчувають, що впливає на їхню здатність розвивати емоційну близькість та відкритість у стосунках з іншими людьми.

З іншого боку, соціальні фактори, такі як культурні норми, стереотипи та очікування, можуть впливати на те, як підлітки сприймають та виражають свої почуття. Наприклад, відповідно до соціокультурного контексту, певні взірці поведінки або стандарти відносин можуть бути підкреслені або пригнічені, що може впливати на спосіб, яким підлітки розуміють та реагують на свої емоції. Таким чином, оточуюче середовище та соціальні впливи спільно визначають контекст, у якому формуються почуття у підлітковому віці.

У підлітковому віці особливо важливою є роль стресу в емоційному стані та психічному здоров'ї. Стрес може виникати з різних джерел, таких як навчальні навантаження, конфлікти в сім'ї, проблеми в соціальному оточенні або психологічні невпевненості. У підлітковому періоді особливо чутливою стає реакція на стресові ситуації через формування ідентичності, самоусвідомлення та стосунків з оточуючими.

Стрес може негативно впливати на емоційний стан підлітка, спричиняючи зміни в настроях, самопочутті та поведінці. Відчуття стресу можуть виявлятися у вигляді роздратованості, тривоги, суму, або навіть впливати на фізичний стан організму. Ефективне управління стресом у юнацькому віці важливо для забезпечення психічного здоров'я та адаптації до різних життєвих ситуацій. З часом родинні зв'язки, які колись міцно об'єднували батьків та юнаків, послаблюються. Дорослі діти прагнуть покинути батьківський дім та починають віддалятися від емоційних зв'язків, які їм більше не потрібні..

Список використаної літератури

1. Мединська, Ю. Теоретичні підходи та практичні аспекти діагностики компетентності особистості у сфері емоцій. 2013. 8 с.

2. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія. Київ: Академія, 2017. 368 с.

ЗВ'ЯГІНА ОКСАНА ВАСИЛІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

СОЦІАЛЬНО ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Як би сумно це не звучало, війна і досі змушує тисячі українців змінювати місця постійного проживання. Тому значущість теми психологічної адаптації ВПО в контексті сьогодення досить залишається актуальною.

Якщо розглядати це питання через призму законів природи то вижити в несприятливих чи незвичних умовах може тільки найсильніший представник виду. Однак, вченими вже давно доведено, що найважливішу роль для виживання особин відіграє їх пристосування (адаптація) до умов навколишнього середовища. Аналогічна ситуація і з внутрішніми мігрантами. Не всім вдається пройти цю надзвичайно складну дорогу випробувань і труднощів, втім є безліч тих хто подолав цей тернистий шлях.

Питання збереження психічного здоров'я та процесів адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни вивчали у своїх працях В. Вишньовський, Л. Карамушка, Т. Карамушка, Я. Короход, В. Лефтеров, В. Тюріна, Л. Солохіна , В. Федько та ін. [1].

Говорячи про зміни психоемоційного стану ВПО не можливо виділити якусь окрему групу (вікову, гендерну, професійну), яку б ця тема не торкнулася. Тривожність, і як наслідок безсоння, дратівливість, а й інколи і агресивність, безпорадність, депресивні стани, емоційна нестабільність простежуються у всіх вимушено переміщених осіб, включаючи дітей, людей похилого віку, чоловіків та жінок працездатного віку. Головна причина це стрес. І саме тоді актуальності набирає адаптація, адже її головна функція це подолання стресу.

Процес адаптації ВПО насамперед передбачає мобілізацію внутрішніх резервів людини для забезпечення на першому етапі елементарного виживання, а на послідуючих - продовження функціонування та інтегрування в нове суспільство. Це період усвідомлення того що сталося, прийняття ефективних рішень, ініціативності та моделювання майбутнього. І це прояв ще однієї

функції адаптації - уміння вирішувати проблеми. При цьому не має значення чи це побут, чи працевлаштування, чи влаштування в заклади освіти дітей і т. ін. Адже чим частіше у нашому житті виникають складнощі, тим швидше ми знаходимо вихід а згодом, взагалі інакше сприймаємо перешкоди. Загартованість до труднощів дає розуміння, що проблеми – це можливість саморозвитку. Людина починає по іншому сприймати себе, з'являється самоповага, цікавість до життя, підвищується самооцінка, психологічна стійкість та емоційна врівноваженість, що дуже добре впливає на психічне благополуччя ВПО.

Адаптація проходить в декілька етапів:

1)Підготовка. Людина акумулює та обробляє інформацію, так би мовити «перетравлює». Залежно від особливостей це проходить або в пасивній формі або ж в активно-цілеспрямованій.

2)Старт. Особа починає адаптуватися до нових умов і саме на цьому етапі необхідна максимальна мобілізація психічних та фізіологічних ресурсів людини.

3)Інтеграція. ВПО починає відчувати на собі вплив змінених факторів. На цьому етапі характерно переживання стану фрустрації. Дуже часто ВПО вважають, що до них має бути виняткове ставлення, особливо з боку тих хто продовжує жити «мирним» життям. Здебільшого очікування перемінюється зневірою та розчаруванням. «Нікому і ніколи не відчути чужий біль, кожному судився свій» Колін МакКалоу «Ті, що співають у терні».

4)Фініш. Людина не тільки усвідомлює, що необхідно продовжувати жити далі, а й дозволяє собі це. Відбувається фільтрація почуттів і емоцій. Переміщення припиняє викликати гострі переживання, побут устатковується, налагоджується професійна діяльність, психічна напруга спадає. Нове середовище стає знайомим.

Тривалість та успішність адаптації ВПО залежить від адаптаційного потенціалу, який в свою чергу залежить від наступних чинників:

1. Резилієнтність. І тут не можна відкидати вроджені якості. Одні народжуються семижильні, інші від найменшої проблеми впадають у відчай.

2. Вміння управляти своїм психоемоційним станом. Емоційні реакції вкрай необхідні для пристосування, а ось їх пригнічення може стати причиною не тільки психічних проблем, а й багатьох захворювань.

3. Соціальна підтримка. Комунікація. Усвідомлення того, що ми є частиною спільноти людей. «Просіть і буде вам дано, шукайте і

знайдете, стукайте і відчинять вам; бо кожен, хто просить одержує, хто шукає знаходить, а хто стукає відчинять йому». Євангелія від св. Матвія.

4. Розуміння і пізнання самого себе. Саме в стресових та незвичних умовах людина по новому відкриває себе, а інколи і зовсім стикається з іншим «Я».

5. Фізичне здоров'я. По-перше, потрібно мати достатній фізичний ресурс, щоб витримати випробування, з якими стикнулися мільйони українців. По-друге, після фізичного навантаження у людини зменшується рівень стресогенних гормонів, таких як кортизол, адреналін, котехоламін та адренокортикотропін. Водночас збільшується рівень норадреналіну та "гормонів щастя" – серотоніну та ендорфінів.

Адаптація не означає, що людям стає байдуже. Вона є тим захисним механізмом, щоб пристосуватися, вижити та функціонувати далі. І ще плюс, пройшовши цей жорстокий тест на адаптацію вимушеним переселенцям вже буде набагато легше пристосуватися до нових мирних реалій, адже після завершення війни нам всім знову потрібно буде змінюватися і адаптуватися до нових умов. Хоча ця адаптація буде вже не така болюча, особливо для «прищеплених» ВПО.

Список використаної літератури

1. Могильова Н. М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. Випуск 2, 2023

2. Попова А. С., Романов Р.Е. Підходи та показники соціальнопсихологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб. VI Міжнародна науково-прак тична інтернет конференція, 20-21 квіт. 2023 р., м. Запоріжжя. Запоріжжя. 2023. С. 381-384. URL: https://bdpu.org.ua/wpcontent/uploads/2023/05/Romanov-Roman-Eduardovych-Popova-AnastasiiaSerhiivna.pdf

ІВАСИК МИРОСЛАВА ПЕТРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

Тривожні розлади – найпоширеніші психічні розлади, які впливають на якість та задоволеність життям людини. Психологічні механізми цих розладів складні та складаються з різних когнітивних, емоційних і біологічних чинників.

Зв'язок між стресом та тривогою. Стрес та тривога – пов'язані між собою поняттями, але відрізняються за прявом та функціями. Стрес – це реакція на певну загрозу, здебільшого має адаптивний характер. Тривога – це передчуття загрози в майбутньому чи уявної проблеми, може мати хронічний характер.

Спричинити розвиток тривожного розладу може тривалий стрес, що зі свого боку здатне порушити функціонування нервової системи. Хронічний стрес впливає на гіпоталамо-гіпофізарно-адреналінову вісь, що відповідає за вироблення кортизолу (основного гормону стресу). Аномальний рівень кортизолу може впливати на діяльність мозку (гіпокамп, мигдалеподібне тіло), що, у свою чергу, відповідають за обробку пам'яті та емоцій, слугуючи формуванню тривожних симптомів.

Роль генетичних та середовищних чинників у формуванні тривожних розладів. У виникненні тривожних розладів вагоме значення мають генетичні фактори. Схильність до тривоги може спадкуватися. Дослідженнями виявлено кілька генів, які регулюють роботу серотоніну, дофаміну та інших нейротрансмітерів, що можуть відноситися допідвищеного ризику розвитку тривожних розладів.

У формування тривожних розладів досить вагоме значення мають середовищні фактори, що пов'язані із генетичними. До середовищних факторів відносять тривалий та хронічний стрес, дитячі травми, соціальні та економічні умови життя. Для прикладу, дитина, яка стикнулась із насильством або емоційною відстороненістю, має більший ризик розвитку тривожного розладу у дорослому віці.

Вплив внутрішніх конфліктів на розвиток тривожних станів. Внутрішні конфлікти також мають важливе значення у розвитку тривожних розладів. Через протиріччя між різними аспектами індивіда, а саме очікуваннями, цінностями та бажаннями і виникає внутрішній дисонанс, створюючи постійну напругу і стрес, що може спричинити хронічну тривогу.

Внутрішні конфлікти пов'язують із підсвідомими страхами та бажаннями, які появляються ще у ранньому дитинстві. У випадку не вирішення цих конфліктів, вони будуть впливати на психіку людину у дорослому віці, що призведе до тривожного розладу. До того ж, когнітивні теорії зазначають роль дисфункціональних переконань і мисленнєвих процесів у виникненні тривожності. Для прикладу, людина, яка має схильніть до переоцінки набезпеки або перебільшення негативу, більш піддатлива до розвитку тривожних розладів.

Підсумовуючи, психологічні механізми тривожних розладів складні та включають зв'язок когнітивних, емоційних та біологічних чинників. Зв'язок між стресом та тривогою, роль генетичних та середовищних чинників, а також вплив внутрішніх конфліктів – все це формує різностороннє бачення, що вимагає універсального підходу до лікування та профілактики тривожних розладів. Розуміння цих механізмів є суттєвим для розробки ефективних терапевтичних методик та покращення якості життя людей, які страждають від тривожних розладів.

Список використаної літератури

1. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 208 с.

2. Циганчук Т.В. Динаміка переживання стресу студентами 1-4 курсів ВНЗ. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПНУ. Київ : Книга, 2010. 360 с

КІСІЛЬОВА ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА,
студентка 1 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У СТУДЕНТІВ

Повномасштабне вторгнення на територію України ворожих військ завдало величезної шкоди всім галузям держави. В свою чергу, перед освітянами країни виникли нові виклики та завдання, особливого значення та відповідальності набуває проблема підготовки майбутніх фахівців психологів. Саме на представників зазначеної професії покладається місія збереження психологічного та психічного здоров'я населення, особливо майбутнього покоління держави. Важливими якостями майбутнього фахівця-психолога є емпатійність, сенситивність, стресостійкість, здатність розуміти власні емоційні переживання та переживання інших. Поєднання зазначених якостей формує складний психологічний феномен – емоційний інтелект.

Емоційний інтелект – це багатокомплексне явище, що інтегрує у собі внутрішньоособистісну та зовнішньоособистісну складову успішності професійної самореалізації психолога. Емоційний інтелект – це група психічних здібностей, які задіяні у процесі усвідомлення та розуміння власних емоцій та емоцій оточуючих.

Емоційний інтелект є ключивим серед професійно важливих здібностей психолога, так як саме через розуміння власних переживань, фахівець-психолог має доступ до розуміння емоційних переживань інших людей, саме за допомогою емоційного інтелекту має можливість долучитися до внутрішнього світу клієнта. Саме завдяки розвитку зазначених здібностей формується професійний портрет психолога, його умінні, навички та завдяки емоційному інтелекту формуються основні професійні компетенції.

Проблема емоційного інтелекту висвітлена у наукових працях таких зарубіжних як Р. Бар-Он, Х. Вейсингер, Д. Гоулман. Д. Карузо, Д. В.Люсін, Дж. Меєр. А також цей феномен вивчали відчизняні науковці О. Власова, С. Дерев'янко, В. Зарицька, О.Лящ, Е. Носенко. Попри те, що емоційний інтелект швидко популяризується, а також швидкими темпами досліджується науковцями, проблема

психологічних особливостей емоційного інтелекту майбутніх фахівців-психологів недостатньо висвітлена.

За результатами теоретичного узагальнення проблеми психологічних особливостей емоційного інтелекту майбутніх фахівців-психологів встановленно:

Емоційний інтелект — це група ментальних здібностей, які беруть участь в усвідомленні та розумінні власних емоцій і емоцій оточуючих. Вперше про емоційний інтелект говорили Д. Маєр та П. Соловей у 1990 році, вказуючи на те, що емоційний інтелект це здатність розпізнавати, керувати своїми емоціями так і емоціями інших людей.

Список використаної літератури

1. Бантишева О. О. Емоційний інтелект та чинники що впливають на рівень його розвитку. Запоріжжя, 2014. 74 с.
2. Корольчук М.С., Крайнюк В.М., Косенко А.Ф. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / Заг. ред. М. С. Корольчука. К.: Інкос, 2019. 272 с.
3. Макаревич О.П. Психологія регуляції поведінки особистості у складних ситуаціях : монографія. К.: Оріяни, 2020. 223 с.
4. Рева О. М. Формування емоційної стійкості у ранньому юнацькому віці. К., 2020. – 207 с.
5. Schilder P. The Image and appearance of the human body. New York: International Universities Press, 1950. 353 p.

КОВБАСЮК НАТАЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА***,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

У 1974 році американський психіатр Х. Дж. Фрейденберг використав термін «вигорання» для опису психологічного стану

здорових людей, які надають допомогу за професійною діяльністю та перебувають у посиленому, тісному спілкуванні з клієнтами в напружених емоційних умовах [1].

Емоційне вигорання є однією з останніх стратегій захисту, розглянутих у психологічній літературі, тому його визначення має багатоаспектний і складний характер. Цей термін спочатку використовувався для опису стану виснаженості та знемогу, що супроводжується почуттям непотрібності. Накопичення негативних внутрішніх емоцій, які не мають можливості розрядитися або звільнитися, називається вигоранням. Іншими словами, «вигорання співробітників» або «вигорання персоналу» є наслідком дистресу, який знаходиться на третій стадії загального адаптаційного синдрому, також відомої як стадія виснаження [1].

Термін «вигорання» має багато визначень. Однак у більшості випадків його можна описати як довготривалу стресову реакцію або синдром, який розвивається в результаті тривалого напруження та постійного стресу, що призводить до зниження емоційно-енергетичних і особистісних запасів людини. Однак ніхто не знає, коли саме відбувається перехід від стресу до вигорання. Таким чином, важливо також розглянути, що таке стрес [2].

Розбіжності між ресурсами людини та вимогами навколишнього середовища викликають стрес. Іншими словами, ця теорія стверджує, що організм людини завжди пильний, очікує змін і постійно оцінює своє оточення. Стрес, насправді, не є стабільним станом. Його поява залежить від змін зовнішнього середовища та особистих психологічних особливостей [3].

Дослідження Г. Сел'є, яке детально розглядає поняття стресу, призвело до появи терміну «емоційне вигорання». Цей психологічний стан може проявляти себе різними способами, оскільки він залежить від особистісних характеристик і загального досвіду життя кожної людини [4].

Емоційний вигорання виникає через загрози та перешкоди в діяльності, на відміну від фізіологічного стресу, який був детально досліджений Г. Сельє. Інтенсивне когнітивне, емоційне та комунікативне навантаження, необхідність швидкого прийняття рішень і збільшення відповідальності за результати роботи є усіма ознаками цієї ситуації. Більшість дослідників стверджують, що емоційне вигорання є видом особистісної та професійної деформації [4].

Психологи активно досліджують емоційне виснаження вже більше 50 років. Протягом цього періоду було опубліковано декілька

тисяч наукових статей, які вивчали проблему емоційного вигорання, і було виявлено приблизно сто симптомів, пов'язаних з ним. З іншого боку, емпіричні дослідження рідко підтверджували ці описи.

Термін «вигорання» спочатку використовувався для опису стану виснаження, який супроводжується відчуттям безсилля та невдачі. Згодом значення стало більш конкретним і багатогранним, що зробило його дослідження складним. К. Маслач, професор психології Каліфорнійського університету та відомий дослідник професійного вигорання, визначає вигорання як «синдром, що включає в себе фізичне та емоційне виснаження, яке проявляється через негативне ставлення до самого себе, до роботи та втрату здатності розуміти та відчувати співчуття до інших людей» [5]. Важливо пам'ятати, що вигорання не призводить до втрати творчого потенціалу та не є результатом нудьги. Скоріше, це реакція на стрес, який виникає в результаті взаємодій між людьми [5].

Згідно з більшістю досліджень, вигорання складається з трьох взаємопов'язаних компонентів: емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції досягнень.

Основними компонентами ємнісного вигорання є відчуття емоційного виснаження та перенапруження, а також втрата емоційних ресурсів [6].

У людей, які страждають від деперсоналізації, збільшується ймовірність проявляти негативне, бездушне та цинічне ставлення до оточуючих. Згодом це може призвести до цинізму, відданості та ворожості до тих, хто вимагає виконання обов'язків. Зменшення персональних досягнень проявляється у вигляді незадоволення своєю роботою, відчуття некомпетентності в своїй роботі, заниженої самооцінки та негативного сприйняття себе в професійному плані.

На думку дослідників, професійне вигорання як психологічний механізм захисту, коли людина обмежує або відключає свої емоції у відповідь на психотравмуючі впливи [7].

Список використаної літератури

1.Freudenberger H.J. Staffburnout. Journalof Social Issues. 1974. V. 30. c. 150–165

2.Хайрулін О.М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців: [монографія] / Олег Михайлович Хайрулін; за наук. ред. А.В. Фурмана. Тернопіль: ТНЕУ, 2015. 220 с. URL: http://surl.li/fvoga

3.Kovacs G. Stressors leading to teacher burnout in adult education and ways of prevention helping the language teacher. AARMS. 2010. Vol. 9. № 1. P. 117–123.

4.Selye H. Confusion and controversy in the stress fi eld. Journal of human stress. 1975 Jun 1;1(2):37-44.

5.Maslach C. The truth about burnout : How organization cause personal stress and what to do about it. SF, CA: Jossey-Bass, 1997. 186 p.Maslach C. The client role in staff burn-out. Journal of Social Issues. Vol. 34. № 4. P. 111−124

6.Павлюк М.М. Психологічні чинники емоційного вигорання у професійній діяльності. Актуальні проблеми психології. Київ, 2018. Т. XI. Вип. 18. С. 226–244.

7.Найчук В.В., Лєсніченко Н. П., Кожухаренко М. О. Причини та специфіка прояву синдрому професійного вигорання працівників ІТ-сфери. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. Випуск 1. 2022. С. 18-22

КОТИК ІННА ОЛЕКСАНДРІВНА,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»
м.Вінниця

НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ

Психологічне благополуччя – це соціально-психологічне утворення, що характеризує позитивне функціонування особистості, яке виражається у суб'єктивному відчутті задоволеності життям, реалізації власного потенціалу, високій інтегрованості та опосередковане домінуючими ставленнями (до інших людей, до світу і до себе).

Наразі активно розвивається модель психотерапії психологічного благополуччя - *Well-being therapy* [3]. Показано, що загальний рівень психологічного благополуччя підвищується, якщо поетапно коригувати кожен з його компонентів – актуалізувати почуття автономії і самостійності, визначати життєві цілі й особистісні сенси, допомагати в усвідомленні меж і можливостей власної компетентності в управлінні навколишньою дійсністю, збалансувати рівень самоприйняття і самопізнання, визначити критерії власного особистісного зростання і створення образу ідеального «Я», збудувати конструктивні взаємозв'язки і соціальні стосунки.

Нами виокремлено й охарактеризовано три типи психологічного благополуччя у контексті соціальних ставлень особистості.

Неблагополучний егоцентричний тип характеризується хаотичною структурою благополуччя, виключеними компонентами. У ставленні до світу і до інших людей переважають негативно-відчужуючі тенденції: ставлення до інших людей як до ресурсів реалізації власних потреб, а до навколишнього світу як до небезпечного і суперечливого. Ставлення до себе супроводжується неприйняттям власної особистості, низьким рівнем рефлексії. Особистість з неблагополучним типом не прагне до прояву компетентності в управлінні зовнішнім середовищем, соціальна активність має демонстративний характер.

Для середньоблагополучного групоцентрованого типу характерна орієнтація на близьке і постійне коло спілкування, на референтну групу. У зв'язку з чим, особистісне зростання як чинник психологічного благополуччя уникається, оскільки пов'язується з можливістю зміни значущих стосунків. Загалом світ уявляється як умовне безпечне місце, що володіє необхідними ресурси для реалізації власного потенціалу. Ставлення до себе умовно-приймаюче, оскільки рефлексія здійснюється за рахунок отримання зворотного зв'язку від інших значущих людей.

Для високоблагополучного просоціального типу з високою інтеграцією особистості притаманна специфічна гармонійна внутрішня структура благополуччя, опосередкована збалансованою і загалом позитивною системою соціально-психологічних стосунків. Домінує ставлення до іншої людини як до цінності, ставлення до світу як до первинно хорошого, цілісного, правильного. Ставлення до себе супроводжується самоприйняттям і рефлексією. Особистісні кризи переживаються за рахунок зміни ставлення до ситуації, власної компетентності, упевненості у своїх силах, наявності позитивних стосунків з іншими людьми.

За будь-якої форми надання психологічної допомоги та у межах різних напрямів необхідно зважати на специфіку сприйняття й інтерпретації особистості навколишньої дійсності, залежно від її благополуччя і актуальної системи соціально-психологічних ставлень [1-5].

Отже, припускаємо якісні й формальні відмінності процесу надання психологічної допомоги при різних типах благополуччя особистості:

1. *Спільна мета психологічного супроводу.* Провідною проблемою, що обмежує розвиток і самореалізацію неблагополучного егоцентричного типу, є жорстко фіксоване, насторожене і негативне ставлення до інших людей, світу і власної особистості. Подібні стосунки створюють бар'єри щодо конструктивних соціальних контактів, блокуючи тим самим можливість зміни особистості за рахунок щирого екзистенційного діалогу з іншими та з самим собою. Відсутність досвіду близьких емоційних і довірчих стосунків породжує тривогу, пов'язану із спробами їх створити. Особистість іншого залишається незрозумілою, загрозливою, як і світ загалом. Звідси – хаотична соціальна активність, яка швидше імітує самореалізацію, ніж створює умови для неї. Отже, метою психологічної допомоги може стати, з одного боку, концентрація на істинних потребах особистості, які до цього моменту залишалися фрустрованими (у любові, у прийнятті), а з іншого – зміна ставлення до інших людей, світу і себе посередництвом отримання досвіду у безпечних умовах діалогу між психологом і клієнтом, а також у межах групової роботи. Завдання психолога у спільній роботі з клієнтом створити фундамент для побудови близьких стосунків, де є місце як відкритому вираженню почуттів (тривоги, занепокоєння клієнта), так і поступовому усвідомленню значущості, цінності та унікальності інших людей. Стосунки з психологом – прообраз майбутніх конструктивних стосунків.

Для середньоблагополучного групоцентрованого типу характерна орієнтація на збереження звичного кола спілкування, що стає певним обмеженням для особистісної самореалізації. Подібна орієнтація може пригнічувати особистісні потреби, бажання, можливості. Основною метою психологічного супроводу, з одного боку, може стати орієнтація на деякі особистісні зміни, особистісне зростання без тривоги втратити значущі стосунки, встановлення нових соціальних контактів за межами знайомого кола взаємодії, а з іншого – підтримка актуальних потреб особистості у значущій групі, акцент на особистісних переживаннях, створення умов для більшого вираження індивідуальності.

Надання психологічної допомоги благополучно-просоціальній особі теж потрібне, оскільки є певні обмеження самореалізації цього типу. Так, вагома орієнтація на рефлексію і зміну, передусім, власного ставлення до ситуації або людей, спричиняє за собою певну соціальну пасивність. У результаті, внутрішньо благополучні особистості можуть бути недостатньо активними з точки зору реальних змін дійсності. Маючи достатній ресурс для особистісного зростання, вони можуть не

реалізовувати його повною мірою і, як наслідок, недостатньо відчувати власну самореалізацію (через відсутність видимих, об'єктивних, фактичних життєвих змін). Метою психологічного супроводу може стати підтримка суб'єктності, творчого потенціалу особистості в її суб'єктивній і об'єктивній площинах.

2. *Форма роботи.* Залежно від ставлення до інших людей і готовності з ними взаємодіяти, розрізняється і форма надання психологічної допомоги. Так, для неблагополучного егоцентричного типу повинен здійснитися поступовий перехід від індивідуальної роботи до групової взаємодії. Для середньоблагополучного типу перехід від індивідуальної роботи до взаємодії у малих групах може бути досить швидким, а ось перехід від малої групи до групи з більшою чисельністю учасників має бути поступовим і закономірним з точки зору особистісних змін клієнта. Для благополучного типу, форма роботи обумовлюється специфікою його взаємодії з навколишньою дійсністю: постійне поєднання діадної форми і групової з можливістю отримання зворотного зв'язку від інших людей, його осмислення і повернення у формі зміни поведінки або реальних дій зі зміни довкілля.

3. *Послідовність етапів.* Поетапність надання психологічної допомоги залежить від того, який компонент благополуччя є виключеним і в якому співвідношенні знаходяться усі компоненти між собою. Так, для неблагополучного типу повинен здійснитися поступовий перехід до самоприйняття і усвідомлення власної компетентності в управлінні довкіллям. Якщо психологічну роботу почати з цих компонентів, то вона може бути ускладнена або зупинена за рахунок того, що клієнт не має достатнього ресурсу для їх рефлексії, осмислення. На перших етапах це може стати «надзавданням». Для середньоблагополучного типу компонентом, що завершує загальну роботу, є готовність до особистісного зростання і зміни. Для цього типу акцент слід зробити не на кожному компоненті окремо, а на встановленні взаємозв'язків між ними і правилі «першого кроку».

4. *Зміна структури благополуччя.* За рахунок якісної зміни кожного компонента благополуччя окремо може змінюватися структура благополуччя загалом. У разі неблагополучного егоцентричного типу і середньоблагополучного групоцентрованого зменшиться число хаотичних взаємозв'язків між компонентами, зміна або зменшення значення одного компонента не спричинить сильне коливання загального рівня благополуччя. Для благополучного просоціального типу в структурі благополуччя можуть з'явитися

значущі взаємозв'язки між компонентами для гармонійнішого їх поєднання, збільшення міри інтеграції особистості.

5. *Стимульний матеріал.* При наданні психологічної допомоги слід враховувати той емоційний стан, який домінує у клієнтів з різним типом благополуччя. Так, для неблагополучного егоцентричного типу властивий високий рівень фонової тривоги, пригнічений комплекс негативних почуттів і переживань. Проективний стимульний матеріал може викликати додатковий сплеск тривожності, пов'язаної з невизначеністю, незрозумілістю стимулу і попередньою негативною оцінкою власного результату дій. Великі можливості для саморозкриття, які пропонує матеріал для відображення проекцій, можуть бути блоковані через страх самовираження, знецінення дій психолога і його інтерпретацій. Тому первинні діалогові бесіди можуть поступово доповнюватися різною проективною технікою з напрямів арт-терапії, музикотерапії, казкотерапії. У разі благополучного просоціального типу ми орієнтовані на зворотний перехід: від проективних матеріалів, що дозволяють більше дізнатися і зрозуміти себе, до конкретних дій, шаблонів поведінки, реальних змін, оскільки високий рівень рефлексивності супроводжуватиметься постійним осмисленням власних почуттів і переживань, але меншим фактичним проявом поведінки.

6. *Загальна логіка особистісних змін.* Для неблагополучного типу провідною лінією особистісних змін може стати поступовий перехід від негативного, тривожного сприйняття світу, інших людей і себе до готовності встановлювати довірчі й емоційні стосунки з іншими людьми, приймати навколишню дійсність в усій її повноті, рефлексії власної особистості. Для середньоблагополучного типу – поступове розширення меж взаємодії, відкритість новому як з точки зору стосунків з людьми, так і до змін власної особистості як нового ресурсу самореалізації, до нових аспектів реальності. Для благополучного просоціального типу – менша концентрація на рефлексії й зміні власного ставлення певної ситуації, вагома орієнтація на реальні дії і зміну об'єктивної дійсності – посилення компонента компетентності в управлінні довкіллям.

Таким чином, незалежно від типу благополуччя особистості, психологічний супровід повинен вибудовуватися у напрямі конструктивної зміни ставлення до себе, до світу та до інших людей. Діалогічність взаємин психолога і клієнта передбачає безперервну дію основних принципів психологічної роботи – принципу опори на ресурси клієнта, віру в можливість позитивної зміни його особистості,

ретроспектива взаємодії психолога і клієнта як проекція реального досвіду життя клієнта.

Слід зазначити, що для кожного типу благополуччя можливі труднощі у процесі роботи з психологом. Неблагополучному типу належить створити перший досвід позитивних стосунків, наново відкривши для себе як іншу людину, так і себе, світ загалом. Основна складність для середньоблагополучного групоцентрованого типу – усвідомлення того, що життя не зачинене у межах звичного кола взаємодії й існування, що для повноцінної самореалізації вимагається ці межі пом'якшити, зняти, навчитися при необхідності, виходити за межі. Благополучний просоціальний тип може мати труднощі подолання суб'єктивного відчуття вже досягнутого «високого» рівня життя, відчуття його остаточності. Його чекає усвідомлення необхідності повернення суб'єктивного ставлення до світу в реальну дійсність конкретними діями, поведінкою, отриманням об'єктивних результатів діяльності. Одним з таких результатів може стати творча діяльність у найрізноманітніших сферах життя, позитивне, продуктивне, повноцінне функціонування особистості. Особливою цінністю у сучасних соціопсихологічних умовах, може стати передача благополучним типом власного досвіду, трансляція іншим людям свого розуміння і сприйняття світу, знання, можливість стати наставником тим, кому потрібний досвід щирих і довірчих стосунків.

Саме структура психологічного благополуччя, його рівень і тип є коренем різного стилю подолання важких життєвих і кризових ситуацій, певним ресурсом для самореалізації і проявляється у специфіці взаємодії особистості з навколишньою дійсністю. Тип психологічного благополуччя обумовлюватиме механізм переживання як особливої діяльності по перебудові психологічного світу, спрямованої на встановлення смислової відповідності між свідомістю і буттям, спільною метою, якої є підвищення осмисленості життя.

Робота з клієнтами повинна відрізнятися за формою і черговістю етапів залежно від типу психологічного благополуччя при збереженні спільної мети для кожного з етапів.

Отже, групова робота для людей з різним типом благополуччя дозволяє сконцентруватися на власному досвіді й переживаннях та навчитися встановлювати контакт з іншими, вступати у взаємодію, відкрито виражати свої думки і почуття з приводу обговорюваних тем.

У перебігу дослідження запропонована схема опису соціально-психологічної характеристики ставлень особистості на різних рівнях благополуччя за темами: ставлення до інших людей; ставлення до світу; ставлення до себе. Високий рівень психологічного благополуччя

супроводжується позитивним і конструктивним ставленням особистості до себе, доброзичливим і приймаючим ставленням до інших людей, більш рефлексивним відношенням до власного минулого і теперішнього, оптимістичним ставленням до майбутнього.

Виокремлено три типи психологічного благополуччя у контексті соціальних ставлень особистості: неблагополучний егоцентричний тип з низькою інтеграцією особистості, середньоблагополучний групоцентрований тип з помірною інтеграцією особистості, благополучний просоціальний тип з високою інтеграцією особистості.

Запропонована програма надання психологічної допомоги, орієнтована на особливості різних типів психологічного благополуччя особистості. Визначені основні відмінності за метою роботи, формою, послідовністю етапів, стимульним матеріалом, зміною структури благополуччя, загальною логікою особистісних. Показано, що за рахунок зміни соціально-психологічних ставлень особистості до себе, до інших і до світу можлива зміна рівня і якості психологічного благополуччя. Психологічна допомога, що враховує особливості різних типів благополуччя зможе бути ефективною і дозволить створити усі необхідні умови для повної реалізації життєвого потенціалу особистості.

Список використаної літератури

1. Каргіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості. Наука і освіта. 2015. № 3. С. 50.

2. Кологривова, Е.І. Функції особистісних прагнень в переживанні молодою людиною суб'єктивного благополуччя. К., 2008. 123 с.

3. Ruini, C. The use of well-being therapy in clinical settings // The Journal of Happiness & Well-Being 2014, 2(1)

4. Ryan, R.M., Deci E.L. On happiness and human potentials: a Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 141-166.

5. Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. P. 719-727.

КРИВЕНКО СВІТЛАНА СТЕПАНІВНА
студентка 2 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: к.психол.н., доц. КОТИК І.О.
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИЗНАЧЕННЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Психологічна готовність старшокласників до професійної діяльності залежить від розвитку професійних умінь особистості. Ці професійні навички формуються на основі властивостей, які вони мають, а також набувають під час самостійної діяльності та навчання. Г.С.Костюк стверджує, що професійні вміння є результатом поєднання теорії та практики, тобто поєднання знань з діями та навичками, які були отримані внаслідок спадкової спадковості. Якщо індивідуальні особливості студента не враховуються під час навчання, це може призвести до поганого оволодіння професією [5].

У значній мірі психічна готовність залежить від постійних психологічних характеристик людини. Ті конкретні умови, в яких відбувається діяльність, також мають значний вплив на стан психологічної готовності. Слід звернути увагу на внутрішні та зовнішні фактори, які впливають на психологічну готовність, а також на складність завдань діяльності, новизну, приклад оточуючих, особливості стимулювання дій і результати. Крім того, необхідно враховувати власну самооцінку, психічне та фізичне здоров'я. Таким чином, процесуально-динамічні характеристики психологічної готовності до професійної діяльності студентів з інвалідністю, безсумнівно, матимуть певні особливості [4, 6].

Такі основні підходи до вивчення феномену готовності до професійної діяльності були виокремлені завдяки аналізу літератури з цієї теми [1, 3]:

1. Функціональний підхід визначає готовність як певний стан психічних функцій людини. У цьому підході психологічна готовність визначається як певний психічний стан, який є умовою високих результатів під час виконання певної діяльності. Г.Балл, П.Перепелиця, В.Рибалка, М.Левітов, Ш.Надірашвілі, К.Платонов,

А.Пуні, М.Філоненко, В.Яремчук, Д.Узнадзе, В.Ядов розглядають психологічну готовність як певний стан, який спонукає людину до діяльності; стан, який передує усвідомленій поведінці.

2. Особистісний підхід розглядає готовність як набір особистісних якостей, які складаються з пізнавальних, мотиваційних і вольових елементів і зумовлені типом діяльності, яку людина виконує. Психологічна готовність у особистісному підході визначається як готовність людини до конкретної діяльності. Цей підхід стверджує, що готовність є постійним, складним ієрархічним утворенням особистості. Готовність не тільки існує як психічний стан, але й проявляється як постійна риса особистості.

Зважаючи на те, що професійна діяльність є окремим соціальним проявом особистості, можна умовно класифікувати такі характеристики та компоненти особистості: 1) ставлення до себе як до суб'єкта (самосприйняття, стилі компенсації дефекту, механізми самозахисту, самоцінність, самоповага); 2) ставлення до себе як до суб'єкта професійної діяльності (співвідношення між самооцінкою (оцінкою своїх професійних здібностей і навичок), співвідношення між «Я-реальним» і «Я-ідеальним» (тим, яким себе студент бачить у професійному плані і яким він бачить ідеального фахівця в даній галузі).

Таким чином, стан психологічної готовності старшокласників до професійної діяльності має складну та постійно змінюючу структуру, яка залежить від інтелектуальних, емоційних, мотиваційних і вольових якостей їх психічного складу та пов'язана з їхніми зовнішніми умовами та завданнями.

Заклади освіти повинні виховувати особистість, здатну до саморозвитку, свідомого професійного самовизначення та вільного входження в новий трудовий етап життя. Це вимагає перебудови змісту навчання та виховного процесу, зокрема щодо проблем формування у старшокласників психологічної готовності до професійної діяльності.

Студенти, які закінчують школу, повинні бути соціально та психічно готовими до вступу в доросле життя. Це готовність означає наявність певних компетенцій, знань, умінь і навичок, які дозволять йому жити в суспільстві як унікальна особистість, яка прагне до успіху, а також розвиватися як громадянин, працівник і творець сім'ї.

Конкретні ознаки готовності випускника школи до самостійного життя включають [2, 7]:

1. Велика сила духу, розуміння законів життя та готовність дотримуватися їх, щоб досягти самовиразності, самореалізації та самодостатності.

2. Освіченість – це знання про різні сфери суспільного життя, життєвий досвід, стійкі та реалістичні погляди на життя, політичні події; усвідомлення свого місця в житті, своїх обов'язків і прав; розвиток національної самосвідомості, знання історичного минулого та перспектив розвитку свого народу та держави; і готовність захищати свої інтереси.

3. Розсудливість проявляється в здатності уникати негативних впливів, аналізувати явища та події та раціонально реагувати на складні та надзвичайні ситуації.

4. Здатність працювати. Виконання різних видів робіт, здатність раціонально використовувати свій час, навички ведення домашнього господарства та готовність забезпечити себе матеріально є доказами того, що вона це робить. Обрання професії, яка відповідає можливостям особистості та відповідає потребам суспільства, є основним проявом цієї здатності.

5. Особистісна культура, яка проявляється в правильній оцінці своєї особистості та усвідомленні своїх сильних і слабких сторін Впевненість у собі, вміння самореалізуватися, вміння керувати своїм настроєм, контролювати себе, дбати про своє здоров'я (правильно харчуватися, займатися фізкультурою, дотримуватися особистої гігієни, дотримуватися режиму сну, праці та відпочинку), відсутність шкідливих звичок (куріння, вживання наркотиків, алкоголю тощо), заняття самовихованням і різноманітні інтереси.

6. Готовність до сімейного життя, свідченням якої є розуміння ролей дружини чи чоловіка та відповідальності за виховання дітей.

7. Повага та любов до батьків, допомога їм і доброзичливе ставлення до них.

8. Культура спілкування, яка характеризується способом взаємодії, розваг і відпочинку з іншими людьми, демонструючи здатність ставитися до них доброзичливо, справедливо, милосердно та потовариськи. Крім того, це означає розуміння інших, здатність об'єктивно оцінювати те, що вони роблять, здатність давати поради, вибачати помилки та допомагати у складних ситуаціях.

Таким чином, основними досягненнями в соціально-психологічному розвитку старшокласників є внутрішня духовна сила, самосвідомість, розсудливість, готовність до самостійного дорослого життя, здатність брати на себе відповідальність за своє життя та висока особистісна культура, яка проявляється в усіх сферах їх поточної життєдіяльності та чітко проектується на майбутнє.

Список використаної літератури

1. Закатнов Д.О., Капустіна О.В. Професійне самовизначення старшокласників. К.: КНЕУ, 2019. 96 с.
2. Закатнов Д.О., Мельник О.В., Федоришин Б.О. Зміст профорієнтаційної роботи зі старшокласниками. К.: ІПВ АПН України, 2013. 80 с.
3. Підготовка до професійного навчання і праці (психолого-педагогічні основи): Навчал.-метод. посібник / За ред. Г.О.Балла, П.С.Перепелиці, В.В.Рибалка. К.: Наукова думка, 2020. 188 с.
4. Філоненко М.М. Психологія спілкування: підручник. К.: Центр навчальної літератури, 2019. 464 с.
5. Штифурак В.С., Яремчук В.О. Психологічна допомога у процесі консультування: Навчально-методичний посібник. Вінниця, 2019. 198 с.
6. Янцур М.С. Основи професіографії: практикум. К.: МПУ ДЦЗ, МОУ РДПІ, 2013. 223 с.
7. Ericson E.H. Identity development from adolescence to adult-hood: An extension of theory and review / E. H. Ericson // Development Physiology. –1982. – V. 18. – № 3. – pp. 341-358.

КУЗЬМІНА НАТАЛІЯ АНДРІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ: ТРАДИЦІЯ ВИВЧЕННЯ В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Що таке емоційний інтелект і чому важливо його розвивати у людей будь якого віку? А також які на сьогодні є ефективні методи розвитку емоційного інтелекту ?

Емоційний інтелект (EQ від англ. Emotion Quotient) - це розуміння своїх і чужих емоцій, вміння конструктивно їх висловлювати, розуміти почуття і переживання оточуючих. Особи з розвиненим EQ легко вибудовують соціальні відносини і налагоджують основні аспекти свого життя: вони більш успішні в навчальній діяльності, простіше адаптуються в соціумі, більш затребувані, задоволені своїм життям, гармонійні і щасливі. «Люди забудуть, що ви говорили, люди також забудуть, що ви зробили, але вони ніколи не забудуть, які почуття ви у них викликали», – ця істина найкраще ілюструє поняття EQ.

Як пояснити простими словами, що ж таке емоційний інтелект? Це вміння усвідомлювати почуття, керувати ними, мотивувати себе, розпізнавати почуття інших людей та будувати взаємини. Це така важлива частина нашого життя, як і вміння думати. Але мало хто це усвідомлює.

У минулому столітті вираховували коефіцієнт наших розумових здібностей, і у кого він був вищим – той був розумнішим, а, отже, у такої людини було більше шансів досягти в житті більшого. Але тепер складові успіху психологи розглядають під іншим кутом. Якщо уявити собі айсберг, то його надводна частина – це IQ (логічні здібності), а підводна – EQ (емоційні). Про емоційний інтелект почали говорити в 1990-х роках.

У своєму сучасному звучанні термін емоційний інтелект було застосовано в 1990 році Пітером Саловеєм (Peter Salovey) та Джоном Д. Майєром (John D. Mayer). Вони говорили про нього як про форму соціального інтелекту, яка вмикає здатність відслідковувати свої власні почуття та емоції, а також почуття та емоції інших людей. Знання емоцій інших людей також дозволяє вам краще зрозуміти, які ситуації або люди викликають певні реакції у вас і ваших оточуючих . Це може допомогти вам уникати негативних впливів або шукати способи покращення ваших взаємин з іншими , здатність розпізнавати та розуміти свої власні емоції є важливим кроком до розвитку особистої емоційної інтелігентності та покращення якості життя [1].

У 90-х роках Деніель Гоулман (Daniel Goleman), який співпрацював із Нью Йорк Таймз (New York Times), спеціалізуючись на дослідженнях мозку та поведінки людини, і одночасно навчався на психолога в Гарвардському університеті, познайомився із роботами Пітера Саловея та Джона Д. Майєра. В Гарварді Деніель Гоулман також співпрацював з Девідом МакКлілендом (David McClelland), який належав до групи дослідників, які поставили під сумнів

інформативність когнітивних тестів щодо показнику успішності людини у житті [2].

Все це надихнуло його на написання власної книги «Емоційний інтелект», яка була вперше опублікована в 1995 році. Деніель Гоулман доводив, що успіх у бізнесі гарантував не когнітивний, а емоційний інтелект. Людей з розвиненим емоційним інтелектом він описував так:

Вони добре розуміють власні емоції (самосвідомість). Вони добре керують власними емоціями (самоконтроль).

Вони з емпатією ставляться до емоцій інших людей (соціальне розуміння). Вони добре справляються з емоціями інших людей (управління взаємовідносинами).

Багато вчених, які досліджують емоційний інтелект, все ж погоджуються у тому,що він відрізняється від інших наших інтелектуальних здібностей тим, що він є не вродженою, а опановуваною рисою.

Саме такий підхід до емоційного інтелекту сприяв його популяризації та створенню різних рекомендацій, програм та тренінгів з його розвитку. Що дає людині розвинений емоційний інтелект?

Емоційний інтелект – це поняття, яке вражає нас своєю одночасною простотою та глибиною. Його дієвість та вплив можна зрозуміти, поглянувши на наше життя:

–Робота : розвинений емоційний інтелект допомагає прокладати курс через складності соціальної взаємодії на роботі, бути лідером та надихати інших, а також розвиватися.

– Фізичне здоров'я: нездатність керувати емоціями часто свідчить про нездатність керувати стресом, що може призвести до серйозних проблем зі здоров'ям. А розвинений емоційний інтелект допомагає значно знижувати рівень стресу.

– Ментальне здоров'я: неконтрольовані емоції та стрес роблять людину уразливою перед тривожністю та депресією. Здатність розуміти, сприймати та керувати емоціями захищає вас від ризику самотності та ізоляції.

– Взаємовідносини: розуміючи власні емоції та вміючи їх контролювати людина здатна краще виражати свої почуття та розуміти як почуваються інші люди. Завдяки цьому спілкування стає більш ефективним, а стосунки - сильнішими [3].

На відміну від IQ, емоційний інтелект можна розвивати в будь-якому віці. Він піддається цілеспрямованому тренуванню і тут відіграє значну роль соціальне середовище.

Якщо логічні здібності розвивають до 17 років, максимум до 25 (ось чому так важливо не змарнувати цей період в освіті), то пік розвитку EQ – це 40 років[4].

Що більш досвідченими емоційно ми стаємо, то краще вміємо контролювати власний настрій, визначати емоційний стан оточуючих, встановлювати контакт.

С. Кас'янова, аналізуючи роботи Д. Люсіна, зазначає, що у вітчизняній психології Д. В. Люсін визначає емоційний інтелект як здатність до розуміння своїх та чужих емоцій та управління ними.

Здатність до розуміння емоцій означає розпізнавання і розуміння емоції, тобто встановлення самого факту наявності емоційного переживання у себе або у іншої людини; можливість ідентифікувати емоцію, тобто можливість встановити, яку саму емоцію переживає сама людина або інша людина і знайти для неї словесне вираження; розуміння причини, яка викликала дану емоцію і наслідки, до яких вона приведе.

Здатність до управління емоціями означає, що людина може контролювати інтенсивність емоцій; може контролювати зовнішнє вираження емоцій; здатність до розуміння емоцій є важливою частиною соціальної та емоційної інтелігентності, оскільки вона дозволяє нам краще розуміти себе та інших людей, взаємодіяти з ними та вирішувати конфлікти [5].

Ще існує багато теорій що до емоційного інтелекту особи від вітчизняний та закордонних фахівців наукових дослідників психології людини.

Отже, емоційний інтелект – це інтегральна властивість особистості, яка сприяє її гармонійному розвитку, покращенню міжособистісної взаємодії та відкриває для особистості широкі можливості для самореалізації та розкриття свого потенціалу.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні вікових та гендерних особливостей прояву емоційного інтелекту та шляхів його розвитку, що має важливе практичне значення для становлення особистості, реалізації її можливостей, успішній пізнавальній діяльності та покращенню міжособистісних стосунків.

Список використаної літератури

1. Salovey, P; Гревал, Д (2005). «Наука про емоційний інтелект». Сучасні напрямки психологічної науки 14 (6): 281–285

2. Кулик, Н. А., & Гільова, Л. Л. (2017). Емоційний інтелект: аналіз сучасних західних досліджень. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (39), 19–90.

3. Зарицька В.В.(2019) ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕФЕЛЕКСІЇ ОСОБИСТОСТІ. Збірник 1 міжнародна наук-практ інт конф Summer Debates 6, м.Днепр .ст 209-212

4. Босова А. (2008) Що таке EQ? «Пані Вчителька»,5 , 20-21

5. Кас'янова С.Б. (2018). Особливості впливу емоційного інтелекту на особистісні ресурси подолання складних життєвих ситуацій. Вісник Одеського національного університету ім. І.І. Мечнікова. Серія «Психологія», Т. 23, 2 (48), 49-57

ЛЄСНІЧЕНКО НІНА ПАВЛІВНА
PhD, доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Структура та динаміка мотиваційної сфери підлітків є складними і багатогранними процесами, які визначаються як віком, так і умовами навчання та виховання. У підлітковому віці відбуваються значні зміни як у соціальній ситуації, так і в особистості в цілому, що суттєво впливає на розвиток мотивації.

Підлітковий вік характеризується зростанням уміння знаходити та порівнювати кілька різних шляхів розв'язання проблеми, що сприяє переходу в навчальній діяльності з репродуктивного на продуктивний рівень. Також становиться актуальним розвинення прогнозуючих та плануючих навичок, які дозволяють планувати та коригувати навчальну діяльність до її початку.

Вчені, такі як Д.Б. Ельконін, Т.В. Драгунова та Н.С. Лейтес, виокремлюють кілька сприятливих особливостей для розвитку мотивації в цьому віці. Перш за все, це «потреба в дорослості», яка виявляється у загальній активності підлітка та його прагненні до самостійності. Підліток також починає усвідомлювати себе як особистість через сприйняття вимог інших людей та своїх внутрішніх потреб. Важливим аспектом є розвиток самовияву та самоствердження. Крім того, у цьому віці спостерігається зростання широти та різноманітності інтересів, що поєднується з їх вибірковістю та диференційованістю. Значний вплив на розвиток мотивації має також розвиток спеціальних здібностей підлітків, що базується на цих якостях [1].

Усі ці аспекти взаємодіють та впливають на формування мотиваційної сфери підлітків, що робить її складною та унікальною для кожної особистості.

У підлітковому віці спостерігається значний розвиток розумової активності, яка поєднується зі зростанням самостійності та широким спектром інтересів. Згідно з Н.С. Лейтесом, в цьому віці відбуваються значні зміни в розвитку пізнавальних і соціальних мотивів учіння [2].

Пізнавальні мотиви в цей період посилюються, проявляючи збільшений інтерес до нових знань. Замість простого цікавства до фактів, у більшості школярів спостерігається інтерес до вивчення закономірностей. Підлітковий вік вважається чутливим для розвитку пізнавальних інтересів, які можуть з'являтися у всіх дітей, незалежно від їхніх особистих здібностей [1].

У підлітковому віці продовжується розвиток мотивів самоосвіти. Способами здійснення самоосвіти стає вибіркове і систематичне читання нових джерел, засвоєння нової інформації, а також максимальне використання матеріалу шкільної програми. Підлітки виявляють інтерес до знань, що виходять за межі шкільної програми, і відрізняються переходом до оволодіння не тільки додатковими знаннями, але й методами наукового мислення [1].

Розвиток пізнавальних мотивів у підлітків проявляється у їхньому активному прагненні до самостійних форм навчальної роботи. Вони виявляють задоволення від виконання самостійних навчальних завдань на уроці, в роботі зі складним навчальним матеріалом, а також у прагненні будувати свою пізнавальну діяльність за межами шкільної програми та в різних формах самоосвіти.

У підлітковому віці відбуваються значні зміни в розвитку соціальних мотивів учіння, які стають важливими складовими у підготовці школярів до подальшої освіти в середніх спеціальних і вищих навчальних закладах. Перш за все, у цьому віці удосконалюються широкі соціальні мотиви, оскільки у ході навчальної та громадської діяльності підлітки збагачують своє розуміння моральних цінностей та ідеалів суспільства, що має вплив на їхнє уявлення про смисл учіння для подальшого життя.

Мобілізація резервів мотивації учіння є ключовою умовою підготовки підлітка до подальших етапів освіти. Проблема активізації та формування мотивації учіння стає однією з найбільш актуальних у сучасній педагогічній науці та практиці. Для цього необхідні нові підходи до удосконалення змісту, форм і методів навчання. Однак в аналізі мотивації учіння спостерігається значний розрив між

теоретичними та практичними дослідженнями [2].

По-перше, теоретичні дослідження виділяють різні функції мотиву, такі як селективна, когнітивна, цілемоделююча, регуляторна та спонукальна, але в емпіричних дослідженнях ці функції не завжди належним чином відображаються. Це призводить до того, що розробка типологій мотивів ґрунтується на спрощеному узагальненні емпіричних даних, а критерії та основи типологізації залишаються нечіткими [2].

По-друге, хоча досліджується зміна мотивації до навчання у дітей різного віку, але вікові особливості структури мотиваційної сфери та її розвитку залишаються маловивченими. Недостатньо вивчено процес онтогенетичного розвитку мотиваційної сфери особистості, а це ускладнює розуміння причин вікових відмінностей у мотивації до навчання [2].

Сьогодні проблема формування навчальної мотивації досліджується в різних наукових напрямах. Деякі автори звертають увагу на змістові характеристики мотивів навчальної діяльності, інші фокусуються на умовах, що впливають на формування мотивації. Такий різноманітний підхід свідчить про складність цієї проблеми та розмаїття факторів, які можуть впливати на мотивацію [1].

Деякі вчені, зокрема П.С.Абрамова, Г.Л.Буткін, В.С.Мерлін, звертають увагу на вплив особистісних рис учнів на їхню мотивацію до навчання. Інші дослідники, такі як А.К.Маркова, П.М.Якобсон, П.В.Симонов, О.К.Тихомиров, аналізують вплив емоційних станів на мотивацію. Також вивчається вплив специфіки організації навчальної діяльності на формування мотивації, як це роблять Т.А. Матіс та інші дослідники.

Список використаної літератури

1. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. К.: Просвіта, 2001. 410 с.

2. Гуменюк О. Є. Психологія Я-концепції підлітків: навч. Тернопіль:, 2014. 309 с.

3. Заброцький М. М. Основи вікової психології: Педагогічний посібник. Тернопіль:, 2015. 112 с.

4. Ч Куніцина В. Н. Міжособистісне спілкування. К., 2015. 544 с.

ЛИСИЙ ДЕНИС ВІТАЛІЙОВИЧ
студент 2 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
науковий керівник: к.пед.н., проф. ***ЗАБРОЦЬКИЙ М.М.***
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

СПЕЦИФІКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВОЛОНТЕРІВ

Багато невротичних і психосоматичних симптомів, а також факторів роблять емоційне виснаження небезпечним. Це вимагає різноманітних підходів до психопрофілактики, психокорекції та психотерапії. Аналіз досліджень, які досліджували фактори та симптоми емоційного вигорання, показує, що дослідники характеризували їх по-різному як у якісно-змістовому, так і в кількісно-співвідносному вимірах.

Г.Фройденбергер був першим, хто детально описав симптоми та фактори емоційного вигорання. Спочатку він відніс загальну фізичну втому та розчарування в роботі альтруїстичного типу. Учений стверджує, що працівники, які вважаються «відданими та досконалими», частіше вигорають через те, що вони «працюють надто багато, надто довго та надто інтенсивно». Згодом дослідники виявили симптоми, пов'язані з імпульсивністю, низькою емоційною стійкістю та неефективними стилями поведінки в конфліктних ситуаціях (здебільшого пасивним уникненням) [4].

Деякі дослідники вважають симптомами емоційного виснаження є неспроможність працювати з повною самовіддачею, дегуманізацію, яка проявляється в цинізмі та негативізмі стосовно залежних осіб, а також негативне ставлення до себе як до фахівця (редукція особистих досягнень).

Згідно з дослідженнями К.Маслач, основною причиною емоційного вигорання є перевантаження. Науковці стверджують, що люди, які не мають достатньо роботи, можуть відчувати нудьгу, але не відчувають синдрому вигорання [5].

Інші дослідження показують, що власне перевантаження часто є проміжним або похідним фактором, а основним фактором є надмірна відповідальність, яку людина бере на себе, що перевантажує та виснажує її. Таким чином, якщо він не відступить і не знижуватиме рівень домагань, які він поставив собі, а продовжуватиме докладати

надмірних зусиль, перевантаження збільшиться та призведе до вигорання. [1].

Отже, аналіз психологічних досліджень проблеми емоційного вигорання у працівників допоміжних професій дозволяє зробити висновок, що це є результатом низки факторів і має широкий спектр проявів. Професія часто є серйозним випробуванням, перевіркою ресурсів, професіоналізму фахівця та створює умови для вигорання. Однак існує закономірність, яка допомагає фахівцям підтримувати емоційну рівновагу та протистояти вигоранню, коли вони уникають сприйняття негативних емоцій і знижують внутрішні переживання..

У своїй роботі Л.Снайдер виділила основні загрози для благополуччя волонтера. Вона каже, що волонтери можуть зіткнутися зі смертю, видом зруйнованих будівель, а також розповідями тих, хто вижив про критичні ситуації. Більш того, безпека самих волонтерів може бути під питанням у випадку надзвичайної ситуації. Крім того, більшість людей сприймають волонтерів як безстрашних, невтомних «надлюдей» [3].

З іншого боку, ризики кризової ситуації можуть перевищити можливості волонтерів і працівників. Часто, коли робочий день доходить до кінця, вони вважають, що зробили занадто мало. Л.Снайдер відмічає, що причини стресу у волонтерів не такі поширені, як картини руйнувань і страждань. Часто люди, які допомагають постраждалим, відчувають сенс у тому, що вони роблять. Саме це відчуття значущості своєї роботи допомагає їм справлятися з новими труднощами [3].

Емоційні реакції волонтерів на нещодавні страждання та трагедії викликають у фахівців набагато сильніші почуття страху, провини та гніву, ніж у клієнтів минулого.

Крім контрперенесення, основним ризиком для роботи волонтера-психотерапевта є емоційний виснаження. Люди, які надають підтримку іншим людям, особливо ті, хто постійно стикається з людським горем, стражданнями тощо, можуть відчувати певні психологічні проблеми, які впливають на їхню емоційну ситуацію та професійну поведінку, що може призвести до емоційного вигорання [2].

Зазвичай процес вигорання починається з тривалого і напруженого стресу, який викликає почуття напруженості, роздратування та втоми, а потім призводить до психологічного

відсторонення від роботи, що призводить до апатії, цинізму та ригідності [2].

Отже, за результатами дослідження, можемо стверджувати, що у волонтерів-психологів відзначаються такі емоційні стани, як страх зустрічі із важко постраждалими, «емоційне оніміння», депресивні епізоди, відразу, спроби звинувачення клієнта, знецінення себе, своєї роботи, змішування психологічної підтримки з соціальною роботою тощо. Медичні працівники на фоні перевантаження та критичності ситуації (постійне збільшення кількості поранених, відсутність медичних препаратів, досвіду роботи з "бойовими травмами" солдат, міжвідомча неузгодженість тощо) у шпиталях так само відзначаються сильними переживаннями, найчастіше злістю, роздратуванням та розгубленістю (особливо ті, які не мають в своєму професійному досвіді практики роботи з важко травмованими, пораненими).

Волонтери благодійних фондів та інших громадських організацій теж достатньо швидко «перегорають» ¬ активно долучаючись до різних видів допомоги, вони виснажуються, почуття роздратування та образи призводять до знецінення своєї праці, що з часом переростає у знесилення, апатію, почуття провини або відсторонення.

Список використаної літератури

1. Вайнола Р. Х. Волонтерський рух в Україні: тенденції розвитку. К.: Академпрес, 1999. 285 с.

2. Волонтерство. Порадник для організатора волонтерського руху /Укл. Т.Л.Лях, авт.кол.: О.В.Безпалько, Н.В.Заверіко, І.Д.Звєрєва, Н.В.Зімовець та ін. К.: Волонтер, 2001. 552 с.

3. Назарук Н.В. Психологічні засоби профілактики «професійного вигорання» вчителя. Івано-Франківськ, 2007. 320 с.

4. Herman J. Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror / Judith Herman. NY: Harper Collins, 1992. 387 p.

5. Maslach C. The truth about burnout : How organization cause personal stress and what to do about it / C. Maslach, M. P. Leiter. SF, CA: Jossey-Bass, 1997. 186 p.

ЛЕВЧЕНКО ГАННА ЄВГЕНІВНА
магістр фізичної сміхореабілітації ,
сміхотерапевт, сміхопатолог,
Кіноактриса Національної Спілки кінематографістів України
Володарки Міжнародного ордена
"Золота зірка Культурної дипломатії"
та голос Українського Барта Сімпсона
Німеччина

СМІХО-РЕАБІЛІТАЦІЯ

Роль сміху в фізичній реабілітації

Сміх стимулює м'язи, покращує кровообіг та сприяє відновленню рухових функцій у пацієнтів після травм або операцій. Вправи сміхової йоги, де поєднуються сміх та йогівські дихальні техніки, допомагають зміцнити м'язи пресу та збільшити об'єм легенів.

Цитата: «Сміх – це сонце, яке проганяє зиму з обличчя людини.» – Віктор Гюго.

Практика:

- Сміхова йога: Учасники починають з глибокого дихання і переходять до сміху, поступово додаючи фізичні рухи, наприклад, нахили, повороти та прості йогівські пози. Це покращує фізичний стан, зокрема, зміцнює м'язи пресу і збільшує об'єм легенів.

Психологічні аспекти сміхо-реабілітації

Сміх зменшує стрес, підвищує настрій та допомагає управляти емоціями, що важливо для психологічного відновлення. Він сприяє виробленню ендорфінів, які діють як природні знеболювальні та покращують настрій.

Цитата: «Сміх – це найкоротша відстань між двома людьми.» – Віктор Борг.

Практика:

- Смішні мантри: Промовляння смішних мантр, таких як «ха-ха-хо-хо», під час глибокого дихання допомагає зменшити тривожність і покращити настрій. Ця техніка може бути інтегрована в групові терапевтичні сесії для створення атмосфери підтримки і взаєморозуміння.

Соціальна адаптація через сміхо-реабілітацію

Сміх стимулює соціальні контакти та підтримує відновлення комунікації у пацієнтів після важких життєвих подій. Соціальні

взаємодії через спільний сміх зміцнюють зв'язки між людьми і сприяють соціальній інтеграції.

Цитата: «Нічого так не зближує людей, як сміх.» – Остап Вишня.

Практика:

- Ігри для сміху: Групові ігри, де учасники розповідають жартівливі історії або імітують смішні ситуації, сприяють соціальній взаємодії та покращують навички комунікації.

Терапевтична вартість гумору в реабілітації

Використання гумору та сміху може покращити дотримання пацієнтів до лікування та реабілітаційних програм. Гумор допомагає зменшити страх перед медичними процедурами і полегшує процес реабілітації.

Цитата: «Весела дума найшвидше злітає до серця.» – Тарас Шевченко.

Практика:

- Комічні сценки: Інсценування комічних ситуацій у терапевтичних групах допомагає пацієнтам розслабитися, зменшити тривогу і страх перед лікуванням. Це також сприяє зміцненню м'язів обличчя і покращенню зору через активну роботу м'язів навколо очей під час сміху.

Інновації у сміхо-реабілітації

Розвиток нових методів та програм, що використовують сміх як терапевтичний інструмент у медичній практиці. Сміхотерапія включає інноваційні підходи, такі як вібраційний спів і смішні відео, що стимулюють сміх і покращують загальне здоров'я.

Цитата: «Коли нема сили сміятися, тоді, виходить, справді кепська справа.» – Леся Українка.

Практика:

- Вібраційний спів: Виконання вібраційного співу з використанням смішних слів або фраз допомагає покращити функцію легенів і зміцнити дихальні м'язи. Це також сприяє зняттю стресу і поліпшенню загального стану здоров'я.

Вплив сміху на якість життя пацієнтів

Сміх сприяє покращенню загальної якості життя пацієнтів, забезпечуючи позитивне сприйняття і підтримуючи оптимізм. Регулярний сміх підвищує імунітет, знижує рівень кортизолу і покращує роботу серцево-судинної системи.

Цитата: «Сміх - це найкращі ліки.» – Стародавнє прислів'я.

Практика:

- Сміхотерапія в природі: Проведення сеансів сміхотерапії на свіжому повітрі або в парках, де учасники можуть насолоджуватися природою, сміятися і взаємодіяти з природним середовищем. Це покращує психічне і фізичне здоров'я, підвищуючи настрій і зміцнюючи імунну систему.

Список використаної літератури

1. Berk, L. S., Tan, S. A., Fry, W. F., Napier, B. J., Lee, J. W., Hubbard, R. W., ... & Eby, W. C. (1989). Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter. *The American journal of the medical sciences*, 298(6), 390-396.

ЛЮТИЙ ОЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ
студент 1 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ІЗ СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дослідницький інтерес до психологічних проблем старіння пов’язаний з демографічними змінами у сучасному світі, що виражаються у тенденції до збільшення населення похилого і старечого віку.

Вікові зміни судинної, нервової та інших систем організму призводять до погіршення соматичного і психічного здоров’я літніх людей. Відхід від активного професійного життя, втрата рідних і близьких, самотність підвищують рівень невротизації, тривожності й депресивності [2].

Характерні для людей літнього віку особливості особистості (замкненість, підвищений самоконтроль, надмірна вимогливість до себе та оточуючих, прагнення повчати, агресивність, дратівливість, тривожність, образливість, значна потреба в увазі з боку оточення) можуть спровокувати порушення стосунків у сім’ях літніх людей, з оточенням і порушення самоставлення. Тому важливим завданням є розробка програм психологічної реабілітації для цієї вікової категорії,

спрямованої на корекцію особистісних особливостей і гармонізацію системи їх стосунків [4].

Однією з найчастіших у літньому віці є судинна патологія: атеросклероз судин головного мозку і серця, гіпертонічна хвороба, аритмії, інфаркт міокарду. Разом з перерахованими захворюваннями широко поширені дисциркуляторна енцефалопатія, порушення мозкового кровообігу, вертеброгенні неврологічні синдроми [3].

Часто соматичні захворювання супроводжуються вторинними невротичними і неврозоподібними розладами пізнього віку.

Інволютивні процеси відзначаються і з боку психічної діяльності, зачіпаючи як пізнавальну, так і емоційно-вольову сферу особистості літньої людини. Різноманіття клінічних форм психічного старіння визначається нерівномірним характером вікових змін у різних системах мозку (гетеротопність психічного старіння), різним часом появи цих змін, різною швидкістю прогресування.

Особливістю протікання захворювань у літньому віці є сполучення соматичних і психічних змін. Враховуючи, що судинні зміни – це найпоширеніша соматична патологія у осіб похилого і старечого віку, важливим є детальніше вивчення особистісних особливостей і особливостей психоемоційного стану у цієї категорії пацієнтів. Це тим більше важливо, що психологічну реабілітацію рекомендується проводити на початкових стадіях прояву нервово-психічних порушень, поки немає суттєвих психічних розладів і деменції [3].

Метою нашого дослідження є вивчення особистісних особливостей пацієнтів похилого і старечого віку з судинною патологією для побудови програм їх психологічної реабілітації.

Особливостями особи пацієнтів літнього віку з судинною патологією є: знижений фон настрою, підвищений рівень тривожності, зниження соціальної активності, замкненість, надмірний самоконтроль. Понижений фон настрою у чоловіків виражений більше, ніж у жінок, і збільшується з віком. З віком у чоловіків також посилюється владолюбство, нетерпимість, бажання наполягти на своєму [1].

У жінок занижене уявлення про свою соціальну репутацію, владолюбство і нетерпимість характерніші для періоду, пов’язаного з виходом на пенсію. У пізнішому віці жінки більшою мірою адаптовані до свого актуального стану.

Виявився зв'язок особистісних властивостей пацієнтів з їх сімейним станом. Проживання у сім'ї з родичами і задоволеність сімейними стосунками підвищує соціальну репутацію і настрій літньої людини, а наявність у родині дітей робить її поступливішою і терпимішою.

У структурі психологічних захисних механізмів у пацієнтів з судинною патологією переважають захисні механізми проекції, реактивних утворень, інтелектуалізації. Виявлено зв'язок чинників віку, статі, рівня освіти, сімейного стану з вираженістю механізмів психологічного захисту.

У чоловіків у міру старіння збільшується вираженість заміщення, компенсації і регресії. У жінок з віком збільшується вираженість проекції і інтелектуалізації. У самотніх літніх людей більше була виражена регресія. Заперечення було характерне для літніх людей, що мають вищу освіту [5].

Основна проблема літніх пацієнтів полягає в тому, що їх захисні механізми (проекція, реактивна освіта, інтелектуалізація) не дозволяють їм ефективно впоратися з тривогою і занепокоєнням (низьке витіснення). У результаті відбувається формування внутрішньоособистісного конфлікту, який можна визначити як «повинен, але не можу», «хочу, але не можу» [2].

Не виявлено відмінностей особистісних властивостей і психологічних захисних механізмів залежно від діагнозів захворювання (церебрально-судинна і серцево-судинна патологія).

Таким чином, не діагноз, а інволютивні процеси, стать, вік і сімейний стан пов'язані зі зміною особистісних властивостей і психологічних механізмів захистів.

Отже, запропонована нами програма психологічної реабілітації, що включає релаксаційний тренінг, арттерапію, поведінкову терапію, адекватна для літніх пацієнтів з судинною патологією. У результаті її використання достовірно покращується характер психоемоційного стану (знижується вираженість соматизованої депресії, рівня невротизації, особистісної тривожності і суб'єктивного відчуття самотності.

Список використаної літератури

1. Березіна О.О. Індивідуально-психологічні чинники особистісного розвитку в період геронтогенезу. Київ: Б.в., 2020. 158 с.

2. Долинська Л.В., Співак Л.М. Геронтопсихологія: практикум-хрестоматія. К.: Каравела, 2012. 240 с.

3. Психологія життєвої кризи / Під ред. Т.М. Титаренко. К., 2018. 254с.
4. Ушакова І.М. Геронтопсихологія. Х.: НУЦЗУ, 2021. 236 с.
5. Baltes M. The Many Faces of Dependency in Old Age. – New York: Cambridge University Press, 1996. – 184 p.

ЛЮТА ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА,
студентка 2 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

АКСІОЛОГІЧНИЙ ВИМІР У ҐЕНЕЗІ ДЕФОРМАЦІЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Здатність особистості вибирати найкращі способи боротьби з труднощами, контролювати рівень напруги та зберегти емоційно-вольовий стан дозволяє їй жити здоровим і гармонійним життям. Крім того, це включає такі особистісні характеристики, як впевненість, незалежність, відсутність ворожості, довіра до інших, відчуття соціальної та суспільної приналежності, визнання в групі чи соціумі, стійкі міжособистісні ролі, узгодженість внутрішнього «Я» тощо.

Психологічна стійкість особистості залежить від здатності пізнавати стресові ситуації. З психологічної точки зору ситуація – це система відносин людини з навколишнім світом, яка має значення для її життя, розвитку та діяльності [5].

У стресових ситуаціях людина отримує інформацію про різні аспекти зовнішніх обставин, свого внутрішнього стану та своїх дій. Пізнавальні, оцінні та емоційні процеси використовуються для обробки інформації, і результати цієї обробки впливають на подальшу поведінку людини в даних умовах. Усвідомлення проблем і намагання їх нейтралізувати є ознакою усвідомлення порушення рівноваги між окремими елементами ситуації. Коли прагнення включає власне «Я», загроза сприймається як особистісне явище. Сигнали загрози викликають активність, яка, коли суб'єкт розшифровує цю інформацію, перетворюється на негативні емоції різної сили. Емоції відіграють важливу роль у психологічному механізмі поведінки в складних ситуаціях. Вона визначає перешкоди, визначає, наскільки

ситуація впливає на особистість, і визначає, чому ситуація змінює поведінку [2].

Переживання особистісної небезпеки та відсутність ефективних способів подолання труднощів є основними причинами дезорганізації поведінки психічно нестійких людей. У них спостерігається тенденція до самоіндукції негативної емоційної напруги, яка, у свою чергу, призводить до розвитку психосоматичного захворювання. Таким чином розвивається те, що називається «синдромом безпорадності», який означає крайню ступінь нездатності протистояти труднощам [3].

У більшості випадків психічне здоров'я визначається як власна життєздатність людини, забезпечена повноцінним розвитком і функціонуванням психічного апарату. Коли ми говоримо про особистісне здоров'я, ми говоримо про орієнтованість на прилучення до родової людської сутності. Створення та прояв суб'єктивного духу, поступове прилучення до родової людської сутності, проходження вищих зразків людської культури, моральних принципів, твердження цінностей родового буття людини та практичне перетворення дійсності, засноване на любові до життя та волі, є характеристиками людяності людини [4].

Коли людина відчуває стрес, неузгодженість або тривожність, її тіло стає фізіологічно готовим до фізичної діяльності. Це свідчить про те, що емоції та м'язи людини пов'язані один з одним. Стрес збільшує приток крові до серця та поперечково-смугастої мускулатури, напружує м'язи, зменшує приток крові до шлунково-кишкового тракту та шкірних покривів. У результаті організм мобілізує свої ресурси. Психофізіологічна напруга є основною причиною психосоматичних порушень, коли емоційна розрядка відсутня.

Психосоматичні порушення призводять до зміни психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища та зміни структури її самооцінки, що нерідко призводить до ранньої фізичної та психічної інвалідизації. Людина формує своє негативне ставлення до нових обставин життя та до самої себе в цих обставинах на основі комплексу відчуттів, уявлень і переживань, пов'язаних із фізичним станом [4].

У нашому дослідженні ми зосередилися на змінах в психологічній сфері особистості в контексті психосоматичних розладів серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та порушень цілісності шкіри. У цій структурі самопізнання особистість відчуває,

що вона відрізняється від здорових людей, заперечуючи чи погоджуючись із власним «Я». Це впливає на самосприйняття (або неприйняття), самоповагу (або неповагу), самоінтерес, самоактивність тощо. Важливою рисою вважаємо самооцінку особистості як міркувань власних цінностей, міжособистісного простору та самореалізації.

Фізичні, особистісні та соціальні характеристики сприяють психічному здоров'ю. Такі фактори, як пригнічена агресивність, внутрішньоособистісні конфлікти, постійні напружені очікування, нереалізовані конфлікти, психологічне успадкування, відчуття провини, висока тривожність, втрата віри та оптимізму та мотивація досягнення, є факторами, які сприяють гіпертонії, згідно з аналізом наукових джерел і власних досліджень.

Толерантність і безпечність до симптомів хвороби; вплив сильних емоційних подразників; постійний страх, напруження, агресія, виснаження; напружений темп життя; прагнення до успіху, соціальної значущості; і пристрасть до успіху та кар'єрного зростання є причинами ішемічної хвороби серця. Тепер «портрети» особистостей такі: емоційні, надмірно чутливі, екстравертовані, цілеспрямовані, активні керівники, демонстративні та часто «акули» сучасного ділового середовища.

Ситуативні конфлікти, такі як внутрішнє перенапруження та придушення потреб, є причинами порушення серцевого ритму. Причинами є такі особистісні характеристики, як надмірний контроль своїх почуттів та захист свого емоційного світу [1].

Наведена тут характеристика підкреслює, наскільки важливо проводити наукові дослідження щодо не лише медичних знань, які можуть допомогти зберегти психосоматичне здоров'я, але й формувати такі риси характеру, які допоможуть людям знайти сенс життя, реалізувати свої можливості та розвивати творчий потенціал.

Пізнання є формою навчання та виховання, яка спрямована на передачу досвіду та знань. Коли людина починає розуміти світ, вони розвивають такі риси характеру, як пунктуальність, охайність, акуратність, ввічливість, чесність, відвертість, відкритість, вірність, справедливість, працьовитість, бережливість, совісність, точність і обов'язковість [5].

Такі основні якості, як здатність до пізнання та встановлення, а також підтримка певних емоційних відносин, сприяють ідентифікації

та актуалізації особистісних утворень людини. Коли ми розглядаємо їх як демонстрацію різноманітних комбінацій у різних аспектах життєвих ситуацій, ми знаходимо функціональну взаємозалежність, яка означає, що розвиток однієї властивості сприяє розвитку іншої, що сприяє пошуку смислу життя та досягненню цілей.

Незмінна структура сутності рис (неповторності) складається з фізичного стану людини, навколишнього середовища та часу, який вона проводить.

Н.Пезешкіан виділяє такі властивості, як актуальні (первинні) та вторинні, на основі складових поведінкових і орієнтовних норм, які націлюють людину на особистісний розвиток. Ці властивості постійно присутні в повсякденному житті в різних ситуаціях [2].

Психодинамічні характеристики є дійовими. Вони пов'язані з психодинамічними категоріями, такими як Над-Я та Я-ідеал, а також з глибинно-психологічними категоріями, такими як комплекс неповноцінності та відчуття самоцінності. Вони також вказують на вибір між бажаною та примусовою поведінкою. Вони надають додаткові диференційно-діагностичні настанови та на основі розуміння того, що відбувається в конфліктному середовищі, створюють нові можливості для виховання, самодопомоги та самореалізації [3].

Вторинні актуальні характеристики відіграють вирішальну роль в оцінковій діяльності особистості. Охайність, акуратність і стриманість відповідають позитивній оцінці, оскільки первинне враження про людину формується з її зовнішності. З іншого боку, недбалість, непунктуальність, несправедливість, скупість і лінощі висвітлюють її в непривабливому світлі.

Таким чином, ми можемо побачити, що відповідні переживання впливають на настрій і фізичний стан людини, аналізуючи дані параметрів. Наприклад, крім соціальних конфліктів, педантичність, недбалість, ритуалізована охайність, завищена пунктуальність, непунктуальність, примусова совісність або необов'язковість призводять до психічних і психосоматичних порушень, таких як тривожність, страх, агресія, а також до наслідків у дихальних шляхах, серці, кишечнику, опорно-руховому апараті, нервовій системі, сечі та шкіри. Сприйняття людиною особистісної значущості симптому, який спричинив його розвиток, а також того, як він впливає на її життєві обставини, є важливим для розвитку психосоматичного розладу.

Список використаної літератури

1. Бондар Т.В., Карпенко О.Г., Дикова-Фаворська Д.М. Формування здорового способу життя молоді. К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005. 215 с.
2. Корольчук М.С., Крайнюк В.М., Косенко А.Ф. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / Заг. ред. М. С. Корольчука. К.: Інкос, 2019. 272 с.
3. Макаревич О.П. Психологія регуляції поведінки особистості у складних ситуаціях : монографія. К.: Оріяни, 2020. 223 с.
4. Рева О. М. Формування емоційної стійкості у ранньому юнацькому віці. К., 2020. – 207 с.
5. Schilder P. The Image and appearance of the human body. New York: International Universities Press, 1950. 353 p.

МАКАРЕНКО ОЛЕНА СЕРГІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЮДИНИ, ЯК РЕСУРСИ ПОДОЛАННЯ СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ

Соціальне життя сучасної людини все більше ускладнюється діями різних об'єктивних факторів, включаючи численні економічні, політичні, соціальні та духовні кризи. Це часто зумовлює різке посилення факторів, що ускладнюють життєву ситуацію людини. Швидше, змінюється не сама ситуація, а придбання нових функцій, які створюють нові проблеми для суб'єкта. Отже, зросло значення наукових досліджень проблеми поведінки людини у важких життєвих ситуаціях, і останнім часом стало очевидно, що прикладні аспекти цієї теми набувають все більшого значення. Важливою умовою здійснення дій, спрямованих на подолання складних життєвих ситуацій, є усвідомлення людиною реалій складності ситуації і розуміння її суті. У житті кожної людини трапляються складні моменти: важкі, критичні, стресові, надмірні, несприятливі ситуації. Зустрічаючись з ними, людина усвідомлює їх і дає їм певну оцінку в рамках своєї концептуальної системи. Цей процес можна назвати когнітивною класифікацією. Під час когнітивної класифікації людина:описує ситуацію, з якою зіткнулася, називає цю ситуацію для себе,

використовуючи певні категорії та поняття, визначає її характеристики та сутність. Саме когнітивна класифікація дозволяє людині зрозуміти складну ситуацію, визначити шляхи її вирішення, сформувати план дій, мотивувати себе на подолання труднощів. Життя сповнене несподіванок, і кожна людина рано чи пізно стикається з складними ситуаціями, які вибивають її з колії. Вміння справлятися з такими викликами – це важлива навичка, що вказує на рівень розвитку особистості та дозволяє мінімізувати негативний вплив стресу. Психологічні дослідження свідчать про взаємозв'язок осмисленості життя зі стилем поведінки в складних ситуаціях. Чим вищий рівень осмисленості життя, тим конструктивніші стратегії поведінки обирає людина у складних життєвих ситуаціях [1].

Важливо зазначити, що складні життєві ситуації, окрім труднощів, несуть у собі й можливості. Переживаючи життєві виклики, людина: здобуває новий досвід, усвідомлює свої можливості, визначає особисті кордони. Подолання складних ситуацій формує ресурсний каркас особистості, збільшує впевненість у собі та дає поштовх до особистісного зростання.

Таке поняття, як життєстійкість є ключем до подолання складних життєвих ситуацій. Життєстійкість– це психологічна властивість особистості, яка дозволяє їй ефективно справлятися з труднощами та викликами. Вона проявляється у здатності зберігати оптимізм та віру у свої сили, швидко адаптуватися до нових обставин, знаходити конструктивні шляхи вирішення проблем, вчитися на помилках, не здаватися перед обличчям труднощів. Про життєстійкість як ресурс у подоланні складної життєвої ситуації писали багато науковців, серед яких С. Мадді, Д. Хошаба та інші. Важливо розуміти, що життєстійкість – це не вроджена властивість, а навичка, яку можна розвивати протягом життя. Розвиваючи життєстійкість, людина збільшує свої шанси на успішне подолання будь-яких складних життєвих ситуацій.

С. Мадді та Д. Хошаба досліджували загальний показник психічного здоров'я людини в моделі життєстійкості, присвяченій життєвим інструкціям з подолання стресу в житті, управління його подіями і підготовці до ризику. Автори визначили, що в модель життєстійкості потрібно включити ще 5 основних механізмів. Це: стійкі переконання (оцінка змін в житті, пов'язаних зі стресом, на основі залученості, контролю і прийняття ризику); створення мотивації для процесу трансформації (готовність активно діяти в стресових ситуаціях, заснована на відкритості новому); зміцнювати імунне регулювання (за допомогою розумової та фізичної

мобілізації); підвищувати відповідальність і піклуватися про власне здоров'я; ефективна соціальна підтримка, щоб полегшити процес самоперевершення (шляхом розвитку навичок спілкування) [2].

Отже життєстійкість – це не просто властивість людини, а багатогранний ресурс, який може бути затребуваний ситуацією. У складних життєвих ситуаціях саме життєстійкість допомагає людині мобілізувати свої сили та знайти вихід, є інтегральною психологічною властивістю особистості, яка вона формується протягом життя під впливом різних факторів, таких як досвід, виховання, освіта, цінності, оточення тощо. Життєстійкіст розвивається на тлі настановлень щодо активної взаємодії з життєвими ситуаціями. Люди з високим рівнем життєстійкості не уникають проблем, а шукають шляхи їх вирішення.

Таким чином, складні життєві ситуації виступають випробуванням для особистості, дають можливість для розвитку, сприяють особистісному зростанню. Розуміння цієї динаміки дозволяє ефективніше справлятися зі складними ситуаціями, підвищувати рівень стресостійкості, розкривати свій особистісний потенціал.

Список використаної літератури

1. Ващенко І. В. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій / І.В. Ващенко, Б.Б. Іваненко // Проблеми сучасної психології. – 2018. – №40. – С. 33-49.
2. Khoshaba D., Maddi S. Early Antecedents of Hardiness. Consulting Psychology Journal, - 1999. - № 51, 2. - P. 106–117.

МАЛЯР ЛІЛІЯ АНАТОЛІЇВНА
студент 4 курсу бакалаврату
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СХИЛЬНОСТІ ДО РИЗИКОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Усі події, які відбуваються в світі, на планеті, в країні поставили перед людством складну проблему виживання в екстремальних умовах як у буквальному, так і у фігуральному контексті. Останнім часом констатується збільшення кількості проявів ризикової поведінки серед неповнолітніх і молоді, хоча у багатьох випадках порушення норм неповнолітніми не становлять суспільної небезпеки, але ці дії можуть бути небезпечними і, в разі відсутності своєчасного реагування

вихователів і суспільства, можуть призвести до деформації особистості. Тому вивчення феномену та дослідження причин ризикової поведінки підлітків груп ризику, розробка програм попередження та психокорекції ризикової поведінки набувають все більшої актуальності як в Україні, так і в усьому світі.

Серед психофізіологічних чинників, що визначають поведінку підлітка, є особливості його характеру, темпераменту, зокрема, схильність до ризику, а також певні здібності, навички і звичайно, спадковість.

Проблеми безпечної та ризикової поведінки в ситуаціях, що є небезпечними для життя, прийняття правильного рішення знайшли своє відображення в дослідженнях Л.Василенко, Т.Воронцова, В.Гірної, Л.Горяної, І. Топорова, Л.Сидорчук, М.Сулла, О.Шиленко, Р.Васильєвої та інших [3].

Проблеми вивчення найбільш значущих чинників виникнення ризику стосовно діяльності людини висвітлено в роботах Г.Айзенка, О.Вдовиченко, Ю.Козелецького, Т.Корнілової, К.Кумбіса та інші .

У роботах зазначених дослідників підкреслюється, що характерною особливістю ризику є невизначеність моменту його виникнення, характер розвитку та наслідків, а також наявність дефіциту часу і недостатність надходження інформації.

Незважаючи на велику кількість робіт присвячених ризику, виділення його елементів (схильність до ризику, готовність до ризику, ризикованість тощо) не зовсім чіткі та прозорі.

Розвиток психології прийняття рішень і концепцій сприймання та реалізації ризику в поведінкових стратегіях призвело до структурування багатьох областей дослідження і вивчення. Було показано, що на «ризикову поведінку» можуть діяти як мінімум чотири групи факторів: характер задачі, завдань; ситуативна взаємодія; особистісні характеристики; вплив міжгрупових взаємодій.

Також було виділено основні проблеми мотивації ризику й, відповідно, ризикової поведінки, суб'єктивного сприймання ризику, ситуативної регуляції ризику та реакції в критичних ризикових ситуаціях. Ці проблеми вивчалися в контексті вивчення поведінки азартних гравців казино, на прикладі інвестувань в ризикові проекти, таким чином, спостерігали і вивчали мотивацію такої поведінки, а також поведінкові манери в таких ситуаціях, реакції та прояви ризику в поведінці [6, 8].

Отже, під ризиковою поведінкою в контексті соціальних взаємин особистості розуміється:

-вчинок, або ж дії людини, що не відповідають офіційно встановленим чи фактично сформованим у даному суспільстві (соціальній групі) нормам, правилам і очікуванням;

-соціальне явище, що виражається у відносно масових і стійких формах людської діяльності, що не відповідають офіційно встановленим чи фактично сформованим у даному суспільстві нормам і очікуванням [7].

Відповідно до досліджень, ризик може оцінюватись як спрямованість на мету, досягнення якої інколи пов'язано з фізичною небезпекою. Ризик варто розглядати як здійснення альтернативного вибору в ситуації невизначеності. Ризик у розумінні усвідомленої можливості небезпеки; ймовірності очікування небезпеки в зоні перебування людини може бути пов'язаний із сміливим ініціативним вчинком. Сподіванням щастя, успіху, позитивного результату; можливість збитків також може бути розглянуто як варіант визначення можливого ризику [9].

Проаналізувавши літературу, ми з'ясували, що багато дослідників проблем анормальної згідно прийнятих норм поведінки у підлітків практично не розмежовують такі поняття, як «девіантна поведінка» та «ризикова поведінка», хоча поняття «девіантна поведінка» – набагато ширше і включає в себе більш вужче поняття «ризикової поведінки».

Дослідники ризикованої поведінки вказують на численні її чинники. Можна виокремити п'ять груп факторів, які детермінують таку поведінку в молодіжному середовищі [1; 3; 4]:

1.Генетика: алкоголізм, тютюнопаління та наркоманія в сім'ї; соціальне середовище: аномія, матеріальна нерівність, можливості для порушення закону, жебрацтво тощо;

2.Оточуючі та їх поведінка: моделі девіантної поведінки оточуючих, які встановлюють і яких дотримуються дорослі, батьки, друзі, однолітки;

3.Особистість: низька самооцінка, схильність до ризику, особливості характеру, низький рівень усвідомлення, інфантилізм, відсутність чи не усвідомлення життєвої перспективи тощо;

4.Актуальна поведінка особистості: вживання алкоголю чи наркотиків, нерегулярне відвідування школи, слабка шкільна

успішність, конфлікти чи проблемні відносини з батьками, вчителями тощо.

Отже, під ризиковою поведінкою в контексті соціальних взаємин особистості розуміється: вчинок, або ж дії людини, що не відповідають офіційно встановленим чи фактично сформованим у даному суспільстві (соціальній групі) нормам, правилам і очікуванням.

Список використаної літератури

1. Кошова І. В. Психологія девіантної поведінки: навчальний посібник. – Ніжин: вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2009. – 167 с.
2. Нагаєв В.М. Конфліктологія: курс лекцій: навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2018. – 198 с.
3. Оржехівська В.М. Педагогічна профілактика девіантної поведінки неповнолітніх. - К.: Знання, 2000. - 264 с.
4. Павелків Р.В. Феноменологія морального розвитку особистості: детермінація, механізми, генезис: монографія. – Рівне: Волин. Обереги, 2019. – 368 с.
5. Скібська Л.І. Конфліктологія: навчальний посібник. – К.: Вища школа, 2018. – 335.
6. Шадський Ю.Г. Психологія і педагогіка: навчальний посібник. – Луцьк: Магнолія плюс, 2020. – 320 с.
7. Encyclopedia of sociology. Guilford, Connecticut. – 1974. – P. 222.
8. Erikson, E. The problem of ego identity. In G. Pollock (Ed.), Pivotal papers on identification. – Madison: International Universities Press,1993. – 230 p.
9. Evans R.I. Carl Rogers: The man and his ideas. – New York: Dutton, 2010.

МАНДРИШ ОЛЕНА ІВАНІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРОБЛЕМА ТРИВОЖНОСТІ ОСІБ В ПІДІЛКОВОМУ ВІЦІ

Проблема тривожності осіб в підлітковому віці стає актуальнішою з кожним роком. Вона охоплює велику кількість людей, починаючи від батьків і закінчуючи фахівцями, які працюють з дітьми

та намагаються знайти вихід з проблематичного стану. Сучасні дослідження дозволяють стверджувати, що кількість неспокійних і тривожних підлітків збільшується. Ті, що навчаються все частіше починають переживати і сумніватися у власних силах, стійкості отриманих знань та ефективності підготовки до іспитів.

Проблема тривожності є однією з найактуальніших проблем сучасної психології. Тривожність - не лише як одна з основних властивостей особистості, а й як фактор, що визначає її розвиток. Аналіз наукових досліджень з проблеми свідчить про те, що тривожність, яка виникає в результаті зіткнення з несприятливим соціальним середовищем у ранньому віці, залишається постійною і незмінною упродовж усього життя людини. Людина відчуває почуття страху, напруги, безпорадності і невизначеності. Виходячи з психологічних особливостей підліткового віку, можна зробити висновок про те, що передекзаменаційний період є одним із складних в підлітковому житті.

Основні підходи до розуміння сутності тривожності відображено у наукових доробках вітчизняних та зарубіжних науковців Г. Айзенка, Ф. Астапова, Т. Гаврилової, О.Галієвої, О.Захарова, Ф. Зімбардо, З. Кісарчук, І.Павлова, Г. Прихожан, Ч.Спілбергера, З.Фрейда, Ю. Ханіна, К.Хорні та ін.

Стан тривожності - це один із наслідків підліткової кризи, який пов’язаний з цим періодом онтогенетичного розвитку, що дезорганізує особистість підлітка, впливає на всі сторони його життя. В даний час збільшилася кількість тривожних дітей, які відрізняються підвищеним занепокоєнням, невпевненістю, емоційною нестійкістю. Виникнення і закріплення тривожності пов'язане з незадоволенням вікових потреб дитини. Науковці (Л.Божович, І.Кулагіна, Д.Фельдштейн, Л.Фрідман та ін.) вважають, що в підлітковому віці тривожність стає стійким особистісним утворенням), пояснюючи це особливостями «Я-концепції», ставленням до себе. Невпевненість породжує тривожність і нерішучість, а вони, в свою чергу, формують відповідний характер. Тривожність як риса характеру - це песимістична установка на життя, коли вонапідлітоксприймає установка – її сповненим загроз і небезпек. Невпевнений, тривожний підліток завжди недовірливий до інших. Це сприяє виникненню реакцій психологічного захисту у вигляді агресії, спрямованої на інших.

Емоційне благополуччя підростаючого покоління – одне з актуальних питань сучасної психолого-педагогічної науки. Психологічна підтримка дітей, профілактика, своєчасна і якісна

діагностика подібного неблагополуччя, адекватні корекційні заходи можуть зменшити ризик виникнення небажаних тенденцій в розвитку особистості.

Список використаної літератури

1. Калюжна Є.М. Психологічні механізми особистісної тривожності у підлітковому віці: дис. канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, НПУ іменіМ. П. Драгоманова, 2008. 192 с.

МЕЛЬНИЧУК ЛІЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ФЕНОМЕН АДАПТАЦІЇ ЯК ПРЕДМЕТ ДОСЛІДЖЕННЯ В ПСИХОЛОГІЇ

Формування особистості сучасної людини визначається складною динамічною сукупністю соціальних, економічних, технологічних, культурних та психологічних факторів, що визначають умови її життя і взаємодії з соціальним середовищем. Виходячи з цього, проблема адаптації людини на різних етапах життєвого циклу набуває особливого значення [1].

Адаптивні можливості людини закладаються в процесі формування її особистості, досвіду взаємодії з різними людьми і колективами, досвіду успішної та неуспішної поведінки в незвичних обставинах.

Термін «адаптація» (лат. «adaptatio» – пристосування) виник у другій половині XVIII ст. Введення його в науковий обіг пов'язують з ім'ям німецького фізіолога Г. Ауберта. В широкому розумінні адаптацію прийнято трактувати як процес придбання людьми певного соціально-психологічного статусу, оволодіння тими чи іншими соціально-психологічними рольовими функціями. В процесі соціально-психологічної адаптації людина бажає досягнути гармонії між зовнішніми і внутрішніми умовами життя та діяльності [1].

У психології адаптація означає пристосування особистості до активного функціонування в психо-енерго-інформаційному середовищі відповідно до його норм і вимог, а також відповідно до потреб, устремлінь та потенційних можливостей людини. Цей термін застосовується для позначення, з одного боку, сукупних властивостей

людини, що характеризують її стійкість до умов середовища, виявляючи рівень пристосованості до нього, з іншого – її готовність до виконання біо-психо-соціальних функцій у групі, колективі, суспільстві (у цьому ракурсі адаптація розглядається як процес активного пристосування індивіда до мінливих умов цього середовища) [1].

У психолого-педагогічних дослідженнях відзначається, що поняття адаптації в його найбільш широкому визначенні означає відповідність між живою системою і зовнішніми умовами, причому адаптація – це і процес, і результат, тобто певна організація. З фізіологічної точки зору, адаптація – це перебудова внутрішнього динамічного стереотипу в залежності від зміни зовнішніх умов.

Найважливіший внесок у розробку поняття адаптації вніс Ж. Піаже. Адаптація, по Ж. Піаже, забезпечує рівновагу між впливом організму на середовище і зворотнім впливом середовища на організм, або, що одне й те саме, рівновагу у взаємодії суб'єкта і об'єкта. Саме Ж. Піаже в своїй концепції вперше почав розглядати взаємовідносини людини і соціального мікросередовища як гомеостатичне урівноваження, перенісши поняття гомеостазу з організму на особистість [1].

У розумінні суті адаптації людини до нових умов у психолого-педагогічній літературі намітилося кілька основних підходів. Наприклад, Д. А. Андрєєва вважає, що адаптація означає пристосування індивіда до нових умов, вживання в них, а Б. Г. Рубін і Ю. С. Колесніков визначають адаптацію як процес активного оволодіння соціальними ролями [2].

Адаптація розглядається як результат діяльності цілісної самокерованої системи (на рівні «оперативного спокою»), підкреслюючи при цьому її системну організацію. Але при такому розгляді картина залишається неповною. Необхідно включити у це формулювання поняття потреби. Максимально можливе задоволення актуальних потреб є, таким чином, важливим критерієм ефективності адаптаційного процесу. Отже, адаптацію можна визначити як процес встановлення оптимальної відповідності особистості й навколишнього середовища в ході здійснення властивої людині діяльності, який (процес) дозволяє індивідууму задовольняти актуальні потреби і реалізовувати пов'язані з ними значимі цілі, забезпечуючи в той же час відповідність максимальної діяльності людини, її поведінки, вимогам середовища [2].

Виділяють два рівні адаптації:

- фізіологічна;

 психологічна.

Психологічна адаптація є суцільним процесом, який містить у собі два аспекти:

 оптимізацію постійної взаємодії індивідуума з оточенням;

 встановлення адекватної відповідності між психічними та фізіологічними характеристиками [2].

Отже, психологічна адаптація пов'язана з пристосуванням людини до вимог суспільства відповідно до своїх інтересів і потреб. Основними механізмами психологічної адаптації є асиміляція (пристосування середовища під свої потреби) і акомодація (засвоєння вимог, уподібнення середовищу). Успішність психологічної адаптації залежить від ступеня збалансованості цих механізмів і гнучкості їх функціонування.

З явищем психологічної адаптації змикається поняття соціалізація, яке представляє собою процес і результат активного привласнення людиною норм, ідеалів, ціннісних орієнтацій, установок та правил поведінки, які є значущими для її соціального оточення. Соціально-психічну адаптованість характеризують як позитивний результат адаптації, коли особистість без тривалих зовнішніх та внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціальні та духовні потреби, в повній мірі йде назустріч тим рольовим очікуванням, які пред'являє до неї еталонна група, переживає стан самоствердження і вільного вираження своїх творчих здібностей [3].

Таким чином, аналіз вивченої літератури дозволив зробити висновок, що адаптація – це процес і результат становлення індивіда соціальною особистістю. Поряд з широким тлумаченням адаптації як пристосування живого організму до умов існування, дана категорія вживається в більш вузькому сенсі, коли проводиться відмінність між поняттями соціально-педагогічна, професійна адаптація і просте пристосування організму до умов зовнішнього середовища.

Список використаної літератури

1. Соціальна педагогіка і адаптивність особистості / За ред. В. Слюсаренка. – Суми: Мрія, 1994. – С. 7-16.

2. Кольченко, К.О., & Нікуліна, Г.Ф. (2007). Організаційні засади забезпечення інклюзії студентів з інвалідністю в інтегроване освітнє середовище. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : зб. наук. праць, 3 (5), 166-171.

3. Комар, Т.О. (2003). Особливості дезадаптації студентів з особливими потребами. Вісник Одеського національного університету :Психологія, Т. 8, вип. 10, 52-59.

МЕЛЬНИК НАТАША ОЛЕГІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ КОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ

Про поняття психологічної травми в науці почали говорити ще з кінця XIX століття, коли вперше почали аналізувати деякі симптоми із пережитої раніше травми такі автори: П. Бріке, Ж. Шарко, Д. Ерікштейн [5]. Саме ж поняття «психічної травми» ввів А. Ойленбург. Автором однієї з перших травматичних теорій був Г. Оппенгейм. Одними з перших професійно надавали допомогу і писали про боротьбу з наслідками психологічних травм такі науковці психоаналітичного напряму, як К. Хорні, та Е. Фром. Цю роботу продовжили М. Аргайл, Е. Берн, Р. і М. Гулдінг. [6]

Вважається, що вперше термін "посттравматичний стресовий синдром", яким позначався викликаний важким стресом специфічний симптомокомплекс психічних розладів, був введений у 1980 році M. Horowitz.

Посттравматичний стресовий розлад (далі скорочено ПТРС) за своєю клінічною суттю є реакцією на перенесену надзвичайну ситуацію, яка може викликати стрес у будь-якої людини.

Посттравматичні стресові розлади, часто спостерігаються в учасників бойових подій. Вони можуть розвинутися в особи, яка була вперше залучена до військових дій, у жертв нападу або зґвалтування у тих, хто пережив стихійне лихо чи техногенну катастрофу.

Семіотичні ознаки ПТРС виникають у період від одного до декількох місяців після впливу першого стресового чинника і зазвичай розвиваються разом із симптомами тривоги.

З клінічного погляду, ПТРС слід відносити до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок перенесеної надзвичайної ситуації, яка має патогенно-психогенний характер для конкретної людини. [2]

Симптоми ПТРС, що виникають після травматичної події чи подій, можна розподілити на чотири групи , відомі також під назвою “кластери симптомів”:

Інтрузивні симптоми - включають в себе напливи повторних дистресових образів, нічні кошмари та думки про травматичну подію. Ця група симптомів є неконтрольованою, нав’язливою та інтенсивною і може виникати як реакція на нагадування про травматичну подію чи без будь-яких на те підстав.

Симптоми уникання - зусилля, спрямовані на уникання думок, почуттів, минулих подій, що пов’язані із травмою. Уникання - це саме те, що найбільше обмежує життєву активність людини з ПТРС.

Негативний настрій - включає в себе думки та почуття провини, самозвинувачування, що пов’язані з травмою. Дана група симптомів може включати відчуття відгородженості від оточення та труднощі з переживанням позитивних емоцій. Доволі часто пацієнти з ПТРС відчувають смуток, відчуття поразки, що призводить до високого показника коморбідності депресії.

Кластер симптомів підвищеної збудливості - включає проблеми зі сном, спалахи гніву, аутодеструктивну поведінку, постійне відчуття напруженості та настороженості , проблеми з концентрацією уваги, а також афективно забарвлені реакції.

Серед основних клінічних проявів ПТРС потрібно відзначити такі: напливи афективно забарвлених спогадів; уникаюча поведінка хворого.

Клінічно ПТРС властиві специфічні порушення пам’яті, що проявляються загостренням здатності відтворювати дрібні деталі, що супроводжували психотравмівну ситуацію. У більшості випадків спогади виникають спонтанно, та відтворюються яскраво до найменших деталей.

Нав’язливі спогади про обставини психотравмівної події можуть набувати форми флешбеків, ремінісценцій або кошмарних сновидінь.

Флешбеки (англ. flashbacks) - напливи реалістичних, яскравих, афективно забарвлених спогадів та уявлень, що відображають події, пов’язані з психотравмівною ситуацією.

У тяжких випадках виникає афективне звуження свідомості і яскравість драматичних спогадів затьмарює собою реальність, супроводжуючись психомоторним збудженням та іноді, агресією. Тяжкість епізоду може сягати психотичного рівня із розвитком сплутаності свідомості на зразок істеричного сутінкового розладу свідомості.

У той же час здатність до запам'ятовування поточної інформації погіршується. Зменшується обсяг уваги і здатність до її концентрації та переключення.

До визначальних симптомів цього стану можна зарахувати дратівливість, експлозивість, ангедонію, вегетативну збудливість (тахікардію, пітливість) та безсоння.

Настрій знижується за типом неглибокої тривожної депресії, що супроводжується дисфоріями, невдоволенням собою, схильністю до брутальної агресії. Часто формуються вторинні тривожно-депресивні розлади і тенденції до алкоголізації або наркотизації, покликані заглушити відповідні переживання.

Порушення сну - це важкість засинання внаслідок страху перед напливом спогадів і тематичні кошмарні сновидіння з нічними пробудженнями в ажитованому стані.

Характерним є парадоксальне поєднання загострення інстинкту самозбереження і актуалізації відповідних стереотипів поведінки з уявленнями про знецінювання людського життя у критичних ситуаціях.

Тривалість фази розвитку ПТРС може становити від одного тижня до 30 років і більше, перебіг хвилеподібний. За сприятливих обставин симптоми набувають динаміки зворотного розвитку і приблизно у третини хворих настає повне одужання. [1]

Як вважає, Центр громадського здоров'я МОЗ України: «Встановлено, що від 20% до 40% військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми виявляють у 60%-80% військовослужбовців, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих. Ризик появи симптомів порушення психіки стосується більш молодих військовослужбовців. Віком 18-24 років у яких виявлено симптоми депресії або у яких були проблеми з алкоголем.

Симптоми ПТРС розвиваються приблизно у 12-20% військовослужбовців, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузтва або загрозу військовій кар'єрі.

Практичні рекомендації для фахівців: потреба у більшій увазі до відновлення позитивних стосунків військовослужбовців із соціальним оточенням - близькими, батьками, друзями, а не замикання в колі побратимів; своєчасне виявлення компульсивної поведінки. Фахівцям сфери психічного здоров'я при наданні невідкладної допомоги варто наголошувати на тому, що ці симптоми - прояви нормальної реакції на бойову ситуацію, що сприятиме більшій довірі

військовослужбовців до психологів та психотерапевтів; звернення уваги на порушення пам'яті (проблеми формування послідовності подій, пригадування, відділення першочергового від другорядного); профілактика повторного переживання симптомів травми, застрягання у них; опрацювання інтенсивних емоційних реакцій, які супроводжуються інтенсивними фізіологічними реакціями; увага до проявів дисоціації або відстороненості, як до важливого предиктора ПТРС; надання сенсу травматичним переживанням з метою більш повної інтеграції цих спогадів в існуючу пам'ять.

Психологічні заходи (корекція), які запобігають розвитку ПТРС, включають базові підходи: інтервенції психологічного дебрифінгу - уважне слухання опису суб'єктивних переживань військовослужбовців під час травматичних подій, включно з описом критичного стресу і кризового керування стресом; психологічна невідкладна допомога; травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія покращення навичок керування стресом; десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR); психоосвіта; фізичні вправи, рухливий спосіб життя, йога, керована уява.

Дебрифінг проводять у вигляді однієї сесії безпосередньо після травматичної події з усіма, хто перебував під впливом такої ситуації. Мета - сприяння нормалізації реакції на стрес і сприяння бажанню розповідати про свої переживання і реакції. Мультидисциплінарна команда навчає потерпілих навичкам подолання стресу і пропонує додаткові види допомоги тим, хто цього може потребувати». [4]

Автор Цимбалюк В. І., вважає, що «Засоби корекції (терапії) включають в себе психотерапію та психоосвіту.

Психоосвіта (індивідуальна та групова, тривалістю 2-3 місяці); травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (10-12 сеансів); проблемно-долаюча терапія (10 сеансів); сімейна психотерапія (1-3 місяці); соціально-психологічні методи.

Очікуванні індивідуально-психологічні результати від терапії: усвідомлення і корекція - основних причин і механізмів формування збудливого типу емоційного реагування; вироблення і закріплення емоційної стійкості до фрустрації життєво важливих потреб; емоційної та поведінкової стійкості до формування ідей і відносин, які важко корегуються; ефективних комунікативних і соціальних навичок у поведінці.

Очікувані соціально-психологічні и результати терапії: формування гармонійних сімейних відносин на основі взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємопідтримки; корекція

негативного ставлення військовослужбовця до свого матеріального і соціального становища, економічних і соціально-побутових умов життя, взаємин з товаришами по службі; зниження почуття ізоляції та формування почуття належності, комфорту і підтримки; забезпечення соціальної підтримки.

Очікувані результати від соціального функціонування: навчання методів опанування наслідками бойових психотравм; формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на пережиті психологічні травми бойових умов служби і мирного часу». [3]

Отже, посттравматичний стресовий розлад - це психічна реакція на травматичну подію, яка може включати такі симптоми, як повторні спогади, кошмари, тривожність, подразливість та ізольованість. Лікування ПТРС може включати психотерапію, фармакотерапію та інші психологічні засоби корекції.

Ефективними вважаються такі види допомоги, як психологічний дебрифінг, консультування, психологічна корекція та емоційна підтримка.

Загалом, лікування ПТРС вимагає індивідуального підходу та комбінації різних психологічних методів корекції, які підходять конкретно для кожної людини.

Список використаної літератури

1. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І., Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Навчальний посібник. Київ.ВСВ “Медицина”, 2023.- 120 с.

2. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є.Г., Омелянович В.Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій.: навч. Посіб./ К.: ВСВ “Медицина”, 2023.- 127 с.

3. Цимбалюк В. І., Охорона ментального здоров’я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика. Монографія. К.: ВСВ “Медицина”, 2021. - 256 с.

4. Центр громадського здоров’я МОЗ України. Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом. 10.03.2022. phc.org.ua.

5. Horowitz M. Wimer N., Alvarez W. Impact of Events Scale Ameasure of subjective stress. Psychosomatic Medicine. 1979. Vol.41. P.209-218.

6. Бак Дж. Проективна методика “Будинок. Дерево.

Людина” /URL:htpp://psychok.net/testy/635-test-dom-derevo-chelovek-ddch-proektivna-metodika-risynochnyj-test.

МУШЕНКО СВІТАНА ЄВГЕНІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

У сучасному світі кожна людина повсякденно стикається з різними стресовими ситуаціями, внаслідок чого виникає неправильне харчування. Щоденні пропуски прийомів їжі стають звичним явищем. Особливої уваги заслуговують розлади харчової поведінки сьогодні, адже у військовий час нашими повсякденними супутниками є переживання, страх, тривога. Неконтрольований хронічний стрес викликає зміни у звичному режимі харчування та призводить до набору зайвої ваги, а згодом і до такого надважкого стану, як ожиріння. Згідно із дослідженнями ВООЗ проблема зайвої ваги турбує кожного четвертого жителя планети. Сама по собі зайва вага не викликає певні психологічні проблеми, але соціальні погляди, пов’язані із надлишковою вагою, формують певні особливості такі як, наприклад, виникнення низької самооцінки, комплекс неповноцінності. У пошуках методів схуднення люди із надлишковою вагою захоплюються новітніми тенденціями різних дієт, вживанням різноманітних лікарських засобів, забуваючи про пошук причин, які ховаються у призмі психологічного стану людини. Часто такі люди впевнені, що набір зайвих кілограмів – це лише переїдання та неправильно розраховані калорії продуктів харчування, які вони вживають. За результатами багатьох досліджень можна стверджувати, що, зазвичай, корінь цієї проблеми знаходиться саме в зміні психологічних особливостей їхньої харчової поведінки. На сьогоднішній день, теоретичному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню проблематики механізмів функціонування феноменів тілесності приділяється недостатньо уваги у різноманітних психологічних дослідженнях.

В сучасній медицині та психології особливе місце займає проблема порушень харчової поведінки. В Україні з кожним роком зростає кількість людей із різноманітними патологіями харчової

поведінки, що потребують як медичної, так і психологічної допомоги. Як відомо, харчова поведінка залежить від багатьох факторів. Адже харчування – це не лише фізіологічний, а й соціально та культурно зумовлений процес, тому організація режиму харчування містить у собі психологічні компоненти. Як одна із складових способу життя, харчова поведінка охоплює не тільки пошук, вибір, а й приготування та умови вживання їжі. Проблема переїдання та набір зайвої ваги з кожним роком все більше і більше прогресує. Слід зазначити, що факторів, що призводять до проблеми надлишкової ваги, існує безліч. Статистичні дані вказують на те, що дана проблема є дуже актуальною для людей, що пов'язані із розумовою працею та зі зниженим рівнем психоемоційної та рухової активності.

Отже, дослідження психологічних факторів, що впливають на зміни стилю харчової поведінки людини, є досить актуальним на сьогоднішній день питанням. Тому так важливо дослідити психологічні чинники, які впливають на вибір того чи іншого продукту харчування та на механізми формування харчових звичок у людей з надлишковою вагою.

Список використаної літератури

1. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К.-Подільського-національного ун-ту ім. І.Огієнка. – К.-Подільський, 2009. Випуск 6.Ч.2.

2. Лєсніченко Н., Міхтюк Н. Причини виникнення розладів харчової поведінки у юнацькому віці. Сучасні тенденції психології та психотерапії:досвід та перспективи. Збірник наукових праць Наука: психологія м. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2021. С.99-106

3. Нижник А. Харчова поведінка молоді як предмет психологічного дослідження. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка. 2013. Вип. 22. С. 136–140.

НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
СІНІЦЬКА ВІТА АНАТОЛІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ТВОРЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Сучасне суспільство вимагає максимальної реалізації творчих здібностей та потенціалу особистості. Однак вивчення ролі, визначення механізмів, які є рушійними для творчої активності як чинника забезпечення ефективності професійної діяльності особистості, недостатньо представлені в сучасних дослідженнях.

У своїй роботі Ю. Стрижак зазначає, що саморегуляція є одним з базових компонентів підготовки особистості до професійної діяльності. Авторка стверджує, що розуміння закономірностей саморегуляції, здатність контролювати власний стан і оволодіння методами регуляції є важливими структурними елементами процесу самовдосконалення студента. Дослідниця стверджує, що знання, необхідні для здійснення діяльності саморегуляції, можна поділити на чотири категорії: методологічні, загальнотеоретичні, психолого-педагогічні та дидактико-технологічні [2].

Н. Титова зазначає, що розвиток професійної саморегуляції є особливо важливим у періоді становлення особистості, коли люди формують свої ціннісні орієнтації та моральні переконання, на основі яких вони починають свідомо скеровувати свою поведінку. Авторка стверджує, що особистість найкраще сприймає програму розвитку навичок саморегуляції на цьому етапі, тому їх розвиток необхідно планувати ще до початку навчання студента [3, с. 33].

О. Музика стверджує, що цінності не змінюються залежно від обставин у житті людини, але змінюються зв’язки між ними. Автор називає це «феноменом мінливої стійкості», який дозволяє обґрунтувати ідею про те, що «життєві цінності кожної людини... унікальні, принаймні композиційно» [1, с. 117]. Він вважає, що зміни відбуваються через зміну характеру зв’язків між цінностями.

В своїй роботі О. Музика пише, що типова людина використовує поведінкові схеми, перевірені досвідом, і демонструє набір реакцій у типових ситуаціях. Автор зауважує, що диспозиційні характеристики здебільшого регулюють творчо обдаровану особистість. Натомість суб'єктні цінності виступають як «індивідуально-своєрідне поєднання діяльнісних і моральних цінностей, які забезпечують ресурсні і ціннісно-смислові компоненти регуляції саморозвитку» у значущих ситуаціях, а ситуаційна регуляція спостерігається лише в незначущих ситуаціях [1, с. 117].

С. Шандрук стверджує, що одним із основних елементів ефективності навчального процесу є творча діяльність особистості, спрямована на формування та розвиток творчої особистості фахівців. Автор пише, що вища традиційна освіта націлена на розвиток конвергентного мислення, оскільки сучасне суспільство вимагає перегляду існуючої освітньої моделі вищої школи. Отже, розвиток творчих професійних здібностей студентів-психологів має вирішальне значення для підготовки фахівців [4].

В своєму дослідженні Н. Давидюк пише, що для активізації творчої навчально-пізнавальної діяльності особистості необхідно розвивати мотивацію до навчальної діяльності та професійного самовизначення, використовувати сучасні навчальні парадигми, структурувати та надати смисл навчальним матеріалам, використовувати сучасні методи викладання, які стимулюють навчально-пошукову діяльність студентів і використовувати психологічні методи стимулювання.

Отже, творчий потенціал особистості – це різноманітна динамічна структура, яка забезпечує розвиток творчих здібностей, здатність до інтелектуально-творчої ініціативної соціально-комунікативної активності та цілеспрямованої творчої діяльності, яка сприяє самореалізації, саморозвитку та формуванню професійно-значущих якостей людини.

Список використаної літератури

1. Музика О. Л. Теоретичні та методологічні проблеми дослідження ціннісної свідомості. Проблеми суспільних трансформацій України в умовах транзитивного розвитку : збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2004. С. 114-123.

2. Стрижак, Ю. О. Саморегуляція як основа успішного професійного становлення студентів закладу вищої освіти. Імідж сучасного педагога. 2021. № 3(198). С. 68–71

3. Тітова Т. Є. Дослідження смислових аспектів особистісної саморегуляції студентів-психологів. Психологія і особистість. 2016. № 2 (10). С. 211–221.

4. Шандрук, С. К. Психологічні засади розвитку професійних творчих здібностей майбутніх практичних психологів. Дисертація на здобуття доктора психологічних наук. Тернопільський нац. ун-т. Тернопіль, 2016.

ОВЧАРУК ІННА РОМАНІВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ФЕНОМЕН ДИТЯЧОЇ БРЕХНІ: ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЧИНИ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ.

У сучасному світі темпи та обсяги обміну інформацією постійно зростають, що провокує зростання загального обсягу брехні в міжособистісних комунікаціях. Згідно з даними експериментальних досліджень, проведених Бела де Поуало, вживання брехні характерно для кожної людини. Д. І. Дубровський у своїх дослідженнях зазначав: «Брехня проникла в усі сфери людського буття, людський світ не тільки створює неупереджені можливості для брехні, але й має брехню одним із своїх витоків, немає такого виду соціальної діяльності, де б обман не відбувається». [3, с. 13].

На думку В.В. Знакова, необхідне й перспективне дослідження такого явища, як брехня, подальший розвиток класифікації правдивих і неправдивих повідомлень, для всебічного аналізу явища та можливості ефективної побудови комунікативної взаємодії між людьми Сьогодні суспільство має знайти різницю між дитячими фантазіями та брехнею. [4, с.10].

Фантазія і брехня схожі, але мають деякі відмінності: фантазія (грец. Phantasia – уява) – це ситуація, яку створює окрема особа чи група, яка не відповідає дійсності, але виражає їх бажання, а брехня – це навмисне спотворення. істина, відома суб'єкту: це свідомий продукт мовленнєвої діяльності (суб'єкта), спрямований на введення співрозмовника в оману .

Звідси видно, що ці поняття схожі в тому, що вони є процесами уяви, але різні за своєю спрямованістю, тобто у фантазії, коли вона використовується правильно, немає наміру завдати шкоди

об’єкту використання, а брехня зазвичай асоціюються з негативним, соціально несхвалюваним дією - обманом, який визначається або як синонім брехні, або як процес, що породжує брехню.

Французький дослідник Ж. Дюпре, який займався проблемою брехні в минулому столітті, вважав, що це психосоціологічний, словесний чи ні, акт навіювання, за допомогою якого вони намагаються більш-менш свідомо посіяти в свідомості іншого якесь позитивне чи негативне переконання, яке сам навіювач вважає таким, що суперечить істині. Дюгас пов'язує весь рух наукової думки з фантазією, він вважає, що саме наука створює науку, задає питання, передбачає рішення, організовує пошук і здійснює доказ [2, с.23].

У зарубіжних і вітчизняних працях можна виділити декілька напрямків аналізу феномену брехні. Основний упор в дослідженнях робиться на визначення здатності дитини розуміти загальний зміст слів «обман» і «брехня», а також на дотримання норми «правдивості» (Т.П. Авдулово, Г.Н. Авхач, Л. Кольберг, С.П. Якобсон та інші). Наступний напрямок присвячений вивченню реального вирішення мотиваційних конфліктів молодшими школярами та виявлення типів їх поведінки в ситуаціях вибору між брехнею і правдою (Г.Н. Авхач, М.Т. Берк-Бельтран, І.Ф. Клименко та ін.) . Низка досліджень спрямована на вивчення сфери емоційних переживань дитини щодо дотримання або порушення моральних вимог, у тому числі норми «правдивості» (Л. Хелл, Ж. Піаже та ін.)

По-перше, подумаймо про дитинство. Специфіка дитячої брехні тісно пов'язана з віковими особливостями цього онтогенетичного періоду. У цьому віці дитина гостріше потребує позитивних переконань щодо найближчого оточення, тому їй легше вигадувати брехню, прикрашаючи образ «Я», щоб виникла власна позитивна «Я-концепція».

Тому позитивне ставлення та оцінка дитини може допомогти зберегти її психологічну життєдіяльність і зменшити ознаки брехні. Діти дошкільного віку знаходяться на стадії активного розвитку образного мислення, тому для них природно фантазувати, створювати уявні ситуації та бути їх героями. Отже, брехня, породжена брехнею, відображає уяву дитини, оскільки фантазія та складання історій є основою для розвитку мовлення та уяви дитини. Дитяча свідомість діє двояко: реальним і фантастичним, тому саме так дитина створює простір особистої інформації, створює таємницю, до якої є бажання. Критика в таких ситуаціях супроводжується іншими потребами – захистом від вторгнення у внутрішній світ оточуючих.

Отже, з шести років діти починають надавати брехню

«дорослого забарвлення», оскільки використовують її для спотворення дійсності, досягнення цілей у задоволенні власних потреб і запобігання власним негативним наслідкам. дії Свідоме приховування правди, підкреслимо, що обман можна розглядати з позицій психологічного аналізу, починаючи з семирічного віку. Конструктивний аналіз критичної брехні у своїх наукових дослідженнях подає вчений О. Тюленєва, яка виділяє причини брехні, спираючись на праці фахівця з дитячої психології Кутнер Л.С.

Окреслимо їх далі, це: 1. Страх покарання. У цьому випадку брехня використовується дитиною як банальний захисний механізм. 2. Підвищення самооцінки. Найчастіше використовується дітьми молодшого шкільного віку. Вигадуючи історії, вони прагнуть підвищити свій соціальний статус, самооцінку, фінансовий дохід тощо. Зазвичай у цьому контексті брехнею користуються діти, які позбавлені батьківської уваги або відчувають приниження з боку інших осіб чи тих самих батьків. 3. Протест. Для багатьох дітей брехня – це шанс порушити певні обмеження та кинути виклик авторитету дорослих. Відповідаючи на запитання, дитина свідомо обманює, оскільки сприймає запитання як прояв контролю та влади з боку батьків і таким чином чинить опір. 4. Встановлення особистих кордонів.

З певного віку дитина гостро відчуває потребу в особистому просторі та незалежності. У той же час потреба батьків у надмірному захисті та контролі призводить до брехні та ізоляції. 5. Проблеми в сім'ї. Частота і зміст брехні може бути відображенням сімейних негараздів. Дитина може використовувати брехню як підсвідоме бажання поліпшити стосунки між батьками. У той же час батьківський егоїзм і нетактовність також можуть спровокувати схильність до брехні.

Причина цього часу – завищені вимоги батьків. Якщо дитина не може виправдати всіх очікувань батьків, але занадто відповідальна, то в якості захисного механізму вона може дозволити собі використовувати брехню. 6. Потреба в увазі та схваленні (привернення уваги оточення за допомогою фантазування, обману, вигадування тощо). 7. Наслідування дорослих. Часто дитина виконує вказівку батьків говорити неправду, або батьки обманюють дитину або не виконують своїх обіцянок (наприклад, обіцяють щось купити, зробити, кудись піти чи поїхати, і не виконують).

Зрештою, у дитини формується стереотип брехні та обману, як нормального явища, а водночас і норми поведінки в суспільстві. [1. с. 21].

Серед основних мотивів брехні в підлітковому віці виділяють:

кримінальний мотив; втеча від відповідальності за вчинок (основна причина виникнення такого мотиву – страх покарання, боягузтво, бажання не знищити репутацію на цьому віковому етапі – становлення та пізнання себе як особистості, громадянина. державний, студентський тощо); можливість заподіяння моральної шкоди (брехун отримує задоволення від того, що він зробив комусь неприємного і болячого);

неправда «як користь»; брехня «для задоволення» (містить як фантазування, так і постійну потребу брехати, виступаючи таким чином певним видом залежності); брехня як протест і засіб компенсації фізичної чи психічної вади особи [3, с. 87].

Часто для молодої людини брехня – це можливість уникнути нав'язування дорослого світогляду, а точніше, зіграти у дорослого, цькувати, обманювати і залишатися на своєму місці. Для молодих людей це переважно бажання створити власний імідж серед однолітків, а особливо перед протилежною статтю. Нездатність підлітка примирити зрілість з негативним ставленням батьків до посади породжує брехню. Ключова теза про те, чому підлітки зраджують, полягає в тому, що їхні батьки не хочуть чути правду. Слід зазначити, що викриття чийогось обману є особливим стресом для підлітків, тому метою виховання має бути не викриття брехні, а створення умов для того, щоб підліток був упевнений у тому, що говорить правду.

Проблеми включають поняття брехні, вплив брехні на процес соціалізації, розгляд індивідуальної та індивідуальної брехливості, ступінь розвитку фантазії та частоту брехні у дітей молодшого шкільного віку, практичні рекомендації ці характеристики. для шкільних психологів питання профілактики дитячої брехні вивчені ще менше.

Гіпотеза: частота брехні дитини пов'язана з рівнем розвитку її уяви.

Основними методами дослідження були: теоретичний аналіз літературних джерел за темою роботи; емпіричні методи збору даних, методи діагностики: методика «Малюнок» О. М. Дьяченко, опитувальник С. С. Носова для визначення частоти обману учня середньої школи, методика П. Екманса, А. Гармаєва для виявлення домінуючих мотивів брехні, якісний аналіз отриманих результатів. та статистичне оцінювання.

У дослідженні взяли участь 41 дитина молодшого шкільного віку.

При обробці даних за методикою виявлення домінуючих

мотивів брехні отримано результати, які дозволяють стверджувати, що домінуючим мотивом брехні серед молодших школярів є бажання не створювати неприємних ситуацій (83%), а також домінуючим мотивом брехні у молодших школярів. це захисна брехня (32%).

Менш важливими є мотиви брехні, наприклад, брехня для покращення соціального статусу (7%), брехня, щоб уникнути покарання (5%), брехня, щоб уникнути приниження та ганьби (2%).

При обробці даних за методикою «Малюнок» (О. М. Дяченко) та опитувальником визначення частоти обману учня середнього шкільного віку (С. С. Носова) отримано результати, що свідчать про зв'язок рівня розвитку фантазії з частотою обману. обман

Високому рівню розвитку фантазії відповідає досить висока частота обману, а також невелика різниця між середнім рівнем розвитку фантазії та середньою частотою обману.

А низький рівень розвитку фантазії відповідає низькій частоті обману.

Крім якісного аналізу, для поглибленої перевірки отриманих результатів використовувався статистичний метод обробки даних.

Використовуючи коефіцієнт рангової кореляції К. Спірмена, ми виявили, що рівень розвитку фантазії пов'язаний з частотою обману (Re = 0,846, при p ? 0,01), що додатково підтверджує результати якісного аналізу.

Висновки, можна сказати, що в початковій школі є брехня, щоб захистити друзів і бажання уникнути жахливої проблеми.

Можна також сказати, що рівень розвитку фантазії у молодшого школяра завжди введе його в оману. Таким чином, узагальнюючи наведені факти, можна стверджувати, що дитяча брехня пов'язана насамперед зі страхом покарання за певні дії, проступки, які не відповідають вищим ціннісним уявленням дорослих. Водночас характеризується прагненням до самоствердження, фантазією, страхом розчарувати або засмутити батьків, уникненням покарання, прагненням справити враження на інших, уникненням конфліктів, . наслідування прикладу інших - дорослих і дітей, симуляція, результат прояву ревнощів або помсти. Більш складні механізми були виявлені для брехні у підлітків (11-15 років). Як правило, статеве дозрівання є результатом стимуляції та дестабілізації психіки підлітка.

Таким чином, ми теоретично описати особливості брехні та брехливості з позиції вікової психології, провели діагностику особливостей брехні та брехливості з позиції вікової психології та проаналізували отримані дані та зробили висновки.

Список використаної літератури

1. Баришполець О. Т. Брехня в інформаційному просторі та міжособистісній комунікації : моногр. Кіровоград, 2013. 648 с.

2. Калка Н.М., Цивінська М.В., Зубач І.М. Виявлення брехні в спілкуванні: соціально-психологічний аспект: навч.-метод. Інструкція. Львів, 2017. 120 с.

3. Знаків, В. В. Фальш, брехня та обман як проблема психологічного розуміння / В. В. Знаків // Питання психології. 2015. № 2. С. 9 - 16.

ОЛІЙНИК ЛЮДМИЛА ГРИГОРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ВПЛИВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА РОЗВИТОК

Постановка проблеми. У сучасних умовах розвитку українського суспільства виникає важлива проблема формування успішної, самодостатньої та емоційно-стабільної особистості, яка живе у гармонав 9 розвивати навички управління власними емоціями та адаптувати свою поведінку до емоційних реакцій інших людей.

У зв'язку з цим все більшої актуальності набуває проблема розвитку емоційного інтелекту (emotional intelligence) особистості, ступінь розвиненості якого, на думку Д. Гоулмана (D. Goleman), напряму впливає на рівень задоволення життям. Відзначимо, що останнім часом емоційний інтелект розглядається як один із найважливіших компонентів емоційної адаптації, особистого добробуту, міжособистісних відносин і загального успіху в різних ситуаціях повсякденного життя [1]. Виклад основного матеріалу. Емоційний інтелект — це важлива складова розвитку як дорослих так і дітей, адже він визначає здатність розуміння своїх емоції та уміння керувати ними, а також розпізнавати почуття інших людей та реагувати на них.

Емоційний інтелект (EQ) — це здатність розуміти, усвідомлювати, керувати своїми емоціями, регулювати власний емоційний стан; вміння помічати актуальні емоційні потреби інших людей, співпереживати, бути уважними до почуттів близьких, друзів та колег [2].

Розвиток емоційного інтелекту є дуже важливим для сучасною людини, адже ми стаємо чутливішими не лише до оточуючих, а й до

себе, застосовуючи корисну навичку в різних сферах життя.

До переваг, які отримує людина з розвиненим емоційним інтелектом відносять розвиток комунікативних якостей, які допомагають як в кар'єрних питаннях так і в соціальній сфері.

Переваги високого емоційного інтелекту помітні вже в дитинстві. Згідно досліджень, діти з високим EQ мають менший ризик розвитку ментальних та психічних проблем. А також, краще навчаються у школі, охочіше займаються хобі — спортом, мистецтвом тощо [4].

Найперші базові знання та уміння управляти своїми емоціями діти отримують у своїх родинах від своїх батьків.

Емоційна взаємодія між батьками та дитиною має великий вплив на її добробут і емоційні стосунки між членами сім'ї. Вона є основою для формування емоційної сфери дитини, реляційного компоненту психіки, соціальної компетентності та для прищеплення моральних цінностей [5].

Загалом, можна сказати, що розвиток емоційного інтелекту є ключовим для досягнення успіху в житті людини. Краще починати розвивати його з дитинства, оскільки саме в цей період формуються наші емоції і сприйняття світу, а також відбуваються перші контакти з соціумом [6].

Висновки. "Емоційний інтелект" стає все більш популярним у науковому світі. Різні тлумачення аспектів цього поняття виникали в усі часи при вивченні проблем емоційної культури людини та суспільства. Проте, проблема емоційного інтелекту залишається недостатньо дослідженою як у теоретичному, так і в експериментальному плані, незважаючи на її практичну значущість..

Список використаної літератури

1. Goroshit M., Meirav H. Emotional Intelligence: A Stable Change? International Journal of Teaching and Learning in Higher Education. 2012. 24.1. PP.31–42.

2. Дерев'янко С. П. Роль сім'ї у формуванні емоційного інтелекту дітей дошкільного віку. Психолого-педагогічний супровід розвитку особистості дитини в умовах закладу дошкільної освіти і сім'ї: зб. наук. праць за матеріалами III Всеукр. наук.-практ. конф. (Умань, 25 лист. 2021 р.). Умань, 2021. С. 35 – 38.

3. Темрук, О.В. Проблема емоційного інтелекту на сучасному етапі розвитку психологічної думки / О.В. Темрук, Л.О. Колісник - ПереяславХмельницький, 2014. - С. 207 - 223.

4. Лящ О. П. Емоційний інтелект як предмет

психологічних досліджень. Проблеми сучасної психології. 2013. Вип. 22. С. 324–335.

5. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія / Е. Л. Носенко, Н. В. Коврига. – К.: Вища школа, 2003. – 126 с.

6. Кулик Н. А., Гільова Л. Л. Емоційний інтелект: аналіз сучасних західних досліджень. Проблеми сучасної психології. 2018. Вип. 39. С. 79–90.

ОЛЕНИЧ ВІКТОРІЯ ПЕТРІВНА
старший викладач кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПСИХОЛОГІВ ЗАСОБАМИ СИМВОЛДРАМИ

Необхідність вивчення зазначеної теми обумовлена особливим ризиком емоційного вигорання у психологів приватної практики, зокрема через підвищення психоемоційного навантаження із зростанням складних запитів клієнтів через погіршення соціально-психологічного фону в країні загалом, та відсутністю систематичного нагляду за їх психоемоційним, фізичним станом фахівців, що працюють з кризовими категоріями клієнтів та відсутністю системної профілактичної роботи щодо попередження емоційного вигорання.

Аналіз досліджень. На основі теоретичного аналізу літератури з'ясовано, що фундаментальне вивчення емоційного вигорання має недавній початок – 1974 рік. Американський психіатр Герберт Фрейденбергер першим визначив термін «вигорання» та став досліджувати його. Західні дослідники (Христина Маслач, Сьюзан Джексон) створили базис досліджуваної платформи даної проблематики. При цьому вітчизняні представники психології останнім часом теж стали приділяти увагу даному питанню, та встигли визначитися основні його дослідники (Бойко В., Водоп‘янова Н. та ін.). Спочатку публікації щодо цього питання носили тільки описовий характер. АХ. Маслач та С. Джексон представили ще й статистичний аналіз, і що більш важливо – створили сучасну модель емоційного вигорання. Хоча був розроблений цілий ряд моделей емоційного вигорання, саме модель емоційного вигорання Х. Маслач та С. Джексона можна вважати провідною серед західних розробок.

Сучасна модель емоційного вигорання Х. Маслач та С.

Джексон є трифакторною моделлю. Її компонентами визначені емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистісних досягнень. У цій моделі де персоналізація розглядалася у ширшому значенні, а саме вигорання було зазначено актуальним не тільки для представників соціальних професій .

В. Бойко подав важливу інформацію щодо фаз емоційного вигорання та розкрив симптоматику кожної фази. І хоча розподіл умовний, а симптоми можуть у кожної людини комплектуватися індивідуально, така інформація несе важливу функцію. Інші вітчизняні дослідники також додали важливі елементи, зробили акцент на досі не вивчених елементах емоційного вигорання [2]. Цікавим є і то, що зараз відомо більше 100 симптомів емоційного вигорання, що вже підтверджений ризик емоційного вигорання для інших професій (не тільки для професій типу «людина-людина») та навіть для студентів, тільки починаючих свій професійний шлях. Стала вивчатися наявна різниця у ризику вигорання навіть серед представників однієї професії, але з різними спеціалізаціями, умовами праці, формами працевлаштування тощо. Наведені позиції щодо емоційного вигорання в ICD–10 (МКХ–10) .

Встановлено, що основні чинники емоційного вигорання розподіляються на три групи: особистісні фактори ризику; статусно-рольові фактори та професійно-організаційні (корпоративні) фактори. Але існує ще й розподілення на дві прості групи чинників: суб‘єктивні (особистісні) чинники та об‘єктивні (організаційні) чинники .

Визначено, що психологи, психотерапевти, психіатри мають високий ризик емоційного вигорання. Та на сьогодні вже існує комплекс засобів та заходів, спрямованих на запобігання ризику їх вигорання. До переліку входить символдрама (Кататимно-імагінативна психотерапія), яка заклала основні елементи профілактики для психологів, які навчаються за даною спеціалізацією, та просто для пацієнтів даної методики. Особливо ефективними визначені ще й техніки одного з напрямків символдрами – ImKP (Імагінативна психотерапія тіла) з її методикою КоЕ (Концентративного розслаблення), яку можливо використовувати самостійно у складних професійних та особистих обставинах і умовах .

Головними профілактичними компонентами символдрами та ImKP можна назвати спеціальні техніки глибокої релаксації, роботу з ресурсними мотивами, які забезпечують зняття внутрішнього напруження, розвинення уважності до себе, компенсацію фрустрації, задоволення архаїчних потреб, створення внутрішнього спокою та опори на власних внутрішніх помічників задля регуляції власного

стану. Символдрама надає можливість ще й працювати з конфліктними мотивами задля вирішення власних конфліктів на більш безпечному, символічному рівні

Мета статті: виявити та вивчити співвідношення між показниками емоційного вигорання психологів та типами стресостійкості, а також розкрити можливості його профілактики засобами символдрами.

У процесі дослідження проблеми емоційного вигорання психологів використовувалися методи теоретичного аналізу літературних джерел, емпіричного тестування з використанням трьох методик (опитувальника на вигорання (MBI) Х. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н.Є. Водоп‘янової; методики «Тест- опросник субъективного контроля (УСК)» Дж. Роттера, адаптований Є.Ф. Бажиним, С.О. Голикіною, А.М. Еткіндом), математичної обробки даних, та реалізовувалося практичне визначення форм, методів, особливостей орієнтовної програми профілактики емоційного вигорання.

Задля емпіричного дослідження емоційного вигорання була обрана група психологів. У дослідженні брали участь люди віком від 25 до 60 років. Досліджувані погоджувалися на опитування лише за умовою анонімності. Це психологи, які мають приватну практику у Вінниці та працюють за психоаналітичним напрямком психотерапії. Кількість досліджуваних складає 40 осіб, з яких 37 жінок та 3 чоловіки.

Задля проведення емпіричного дослідження були підібрані методики, що спрямовані на діагностику професійного (емоційного) вигорання (тестова методика, опитувальник на вигорання (MBI – Maslach Burnout Inventory) Х. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н.Є. Водоп‘янової) з розрахуванням значень трьох шкал («Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція персональних (професійних) досягнень (Професійна успішність)»). Також були обрані дві методики задля психодіагностики додаткових факторів ризику емоційного вигорання .

Виходячи з обраної мети та встановлених завдань дослідження, в роботі були використані методики, які спрямовані на виявлення рівня, фазу, підсумкових значень індексу синдрому перегорання (ІСП) емоційного вигорання кожного з досліджуваних психологів.

Емпіричним шляхом встановлено, що 27,5% опитаних показали високий рівень емоційного виснаження, 40% досліджуваних знаходяться на середньому рівні емоційного виснаження, 32,5% мають

низькі показники емоційного виснаження. 62,5% психологів показали високий рівень деперсоналізації, 37,5% опитаних – на середньому рівні деперсоналізації, 0% – низькі показники деперсоналізації. 17,5% досліджуваних мають високий рівень редукції професійних (персональних) досягнень, 47,5% знаходяться на середньому рівні персональних (професійних досягнень), 35% – на низькому рівні показників персональних (професійних) досягнень. Також дослідження визначило, що 12,5% (5 осіб) знаходяться на останній, найвищій фазі емоційного вигорання (8 фазі або між 6 та 8 за російськомовною вибіркою). Це перехід до енергетичного виснаження, що говорить про наявність наступних ознак: людина дистанціюється від інших – не здатна отримати конструктивну інформацію, соціальну підтримку; робота не приносить морального задоволення (психологічного винагородження); наявна низька самооцінка персональних досягнень; робота сприймається як непривабливу; існує дефіцит емоційних ресурсів для подолання нових стресорів.

Також емпіричне дослідження дозволило визначити тип стресостійкості або схильність до одного з них. 52,5% досліджуваних показали схильність до типу стресостійкості А – мають вагомий ризик емоційного вигорання. Помітна частина психологів (27,5%) виявили схильність до типу стресостійкості Б. 15% досліджуваних мають чіткий тип стресостійкості А, і тільки 5% опитаних – тип стресостійкості Б.

Всі ті досліджувані, хто знаходиться на 8 фазі (найвищій фазі) емоційного вигорання або та між 6 і 8 фазами мають схильність до типу стресостійкості А або чітко визначений тип стресостійкості А.

Всі профілактичні форми та методи повинні бути спрямовані на усунення дій стресового агента: на зниження або усунення виробничої напруги, встановлення балансу між витраченими зусиллями та отриманими результатами, на підвищення професійної мотивації, на активізацію власної відповідальності за профілактику емоційного вигорання. Задля провадження профілактики емоційного вигорання психологів обрано для початку групову роботу на семінарах-тренінгах з наступною вибірковою рекомендацією до групової або індивідуальної психотерапії. Визначено вид групи – закритий та перелічені обов‘язкові правила роботи груп. Ефективним підходом вважається об‘єднання орієнтованого та організаційно орієнтованого напрямків профілактики емоційного вигорання. Символдрама та її напрямки обрана як основа для вибору комплексу технік, методів для профілактичної роботи з досліджуваною категорією.

Символдрама включає багатий арсенал технік релаксації, а самим головним методом обрано метод Концентративного розслаблення (КоЕ) із Імагінативної психотерапії тіла (ImKP). Він має особливий вплив на тіло та безпечний для використання навіть при тяжких соматичних хворобах.

У профілактичну роботу обов‘язково мають входити прийоми самодопомоги (КоЕ та ін.), ресурсні мотиви для стабілізації, контейнерування, відновлення внутрішніх ресурсів з нарцисичним підживленням, а деякі навіть мають можливості для створення внутрішнього допоміжного, підтримуючого та захищаючого об‘єкта. Конфліктні мотиви символ драми – м‘які техніки, якій дозволяють символічно пропрацювати конфлікти, агресію, незадоволеність.

Можливості тайм-менеджменту, само менеджменту – це підходи до оптимізації праці, а розкриття професійної спільноти як ресурсу та мотивація до інноваційної діяльності, складання власного професійного маршруту. Профілактика емоційного вигорання психологів засобами символдрами має досягти інтегрованості декількох компонентів: фізичний та емоційний, психічний та духовний – формувати з цього гармонійне ціле. Вона повинна впливати на всі три компоненти емоційного вигорання, на стресостійкість та контроль як функцію особистості.

Символдрама ефективно підтримує потенціал особистості для відновлення архаїчних потреб, до самовиліковування, до самосприйняття та відповідальності. Обрання засобів символдрами також є обґрунтованим через існування можливостей для психологів використання функціонуючої професійної спільноти як ресурсу, через наявність в ній коучингових засобів та можливостей для професійної інноваційної діяльності, що є необхідним для подолання визначених у дослідженні результатів психологів-учасників.

Висновки. На основі емпіричного дослідження встановлено рівень емоційного вигорання психологів, їх приналежність, схильність до типу стресостійкості, тип суб‘єктивного контролю. Результати, отримані під час проведення дослідження, підтвердили наявність їх взаємозв‘язку.

Досліджено показники емоційного вигорання за компонентами та підсумковими значеннями, згідно з яких декілька учасників знаходяться на найвищій і вищий фазах емоційного вигорання.

Перспективами подальших досліджень у цьому напрямку може бути розробка довгострокової програми профілактики з повторною, систематичною, психодіагностикою, розширеними

ресурсами, регулярними груповими заходами, а також розробка програм для психологів, що працюють в організаціях різного типу, закладах, групуючи їх за фазою вигорання та спеціалізацією; систематичне інформування психологів про важливість профілактики емоційного вигорання, власну відповідальність за неї, про діючі програми профілактики емоційного вигорання.

Список використаної літератури

1. Громадська організація «Інститут розвитку символдрами та глибинної психології»: офіційний сайт. URL: http://symboldrama.com.ua/
2. Кравченко Н. М. Стмволдрама як засіб корекції під час конфліктую. Наука і освіта. 2015. № 1. С. 98-103
3. Обухов Я. Л. Основи символдрами. Вступ до основного ступеня. К.: Главник, 2007. 112 с.
4. Присяжнюк Ю. Символдрама як діагностично-корекційний метод психосоматичного здоров'я особистості. Матеріали Всеукраїнської науковопрактичної інтернет-конференції «Маркетингові технології підприємств в сучасному науково-технічному середовищі», Тернопіль, 22 листопада 2021 року.
5. Сторожук Н. А. Символдрама, як засіб вирішення особистісних проблем військовослужбовців в умовах військової служби. Вісник Національного університету оборони України. 2012. Вип. 2. С. 261-264.
6. Шестопал І. А. Символдрама як ефективний метод психокорекційної роботи. Теорія і практика актуальних наукових досліджень. Дніпро, 28-29 лютого 2020 р. С. 42-45.

ПАВЛЕНКО ОЛЕНА ОЛЕКСАНДРІВНА,
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
СКРИПНИК ГАЛИНА МИКОЛАЇВНА,
магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА***,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРОБЛЕМА ПЕРЕЖИВАННЯ СТРАХІВ ДІТЬМИ ЗІ СТАТУСОМ ВПО

Війна – це беззаперечно травмуюча подія, яка може вплинути на психічне здоров'я людини. Вона викликає тривогу, страх, безпорадність, часто - відчуття втрати контролю. Діти, які зростають в умовах війни, та більш того, стали свідками бойових дій, обстрілів, окупації, були вимушено переселені зі своїх домівок – особливо вразлива категорія. Вони можуть відчувати страх і безпорадність, а також втратити нормальне дитинство через втрату родини, друзів і домівки. Їх може повністю змінити підвищений рівень тривожності, який вони відчувають під час цього.

Визначення поняття «внутрішньо переміщена особа» (ВПО) розкрито в ст. 1 Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», відповідно до якої ВПО є громадянин України, іноземець або особа без громадянства, яка перебуває на території України на законних підставах та має право на постійне проживання в Україні, яку змусили залишити або покинути своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру [2].

Діти є найбільш вразливою частиною внутрішньо переміщених осіб. Як відзначають Я. Юрків та Д. Луканов, діти віком від 3 до 15 років особливо страждають від вимушеного переміщення, оскільки діти до трьох років легко розлучаються з попереднім місцем проживання, а людина старше п’ятнадцяти років може сприймати переїзд на нове місце проживання більш раціонально, ніж діти

молодшого віку. Саме тому дітям віком від трьох до п'ятнадцяти років легко завдати психічної травми під час різкої зміни їх комфортного середовища проживання. Це може призвести до різноманітних розладів у сфері емоцій і волі, які можуть спричинити значні психологічні зміни в їх поведінці [3].

В своєму дослідженні Д. Похилько [2] зазначає, що основними травматичними факторами, які впливають на психіку дитини, є:

1. Образ смерті. Нажаль, в умовах війни дитина до 9 років цілком усвідомлює поняття «смерті» та незворотності. Автором зазначається, що цей процес пришвидшений у порівнянні з мирним часом. Крім того, діти віком вже від 3 років можуть мати чіткі та яскраві спогади про смерть, якщо це смерть батьків. Посилюючим фактором травматичності є усвідомлення того, що смерть – це кінець життя і його не можна повернути.

Усвідомлення того, що таке «смерть», впливає на відчуття страху смерті. Дослідники зазначають, що якщо в мирних умовах цей трах розвивається у віці після 6 років, то в умовах війни набувається дітьми вже із чотирирічного віку.

2. Агресія, жорстокість і бездушність На жаль, війна з її методами призводить до великої кількості фізичних і моральних страждань. Це другий глибокий травмівний фактор, який впливає на розвиток страхів у дітей. Навіть, не кожен дорослий може знайти внутрішні резерви, щоб пережити ці проблеми, і наскільки складно це зробити дитині.

3:Незадоволення необхідних потреб. Задоволення основних потреб дитини, таких як їжа, сон, відпочинок, безпека, любов і спілкування, є необхідним для гармонійного розвитку її психіки. На жаль, режим війни не може задовольнити навіть найнеобхідніше, що може викликати розвиток групи страхів, пов'язаних саме з цим фактором (наприклад, страх голоду, нестачі сну, страх темряви та голосних звуків тощо) [2].

Відповідно вищезазначеному, діти – найбільш вразлива категорія осіб, які страждають від війни. Крім того, вимушене переселення може посилювати негативні стани дитини, у тому числі – і переживання страхів. Тому, вивчення особливостей переживання страхів дітьми зі статусом ВПО, а також пошук ефективних методів здійснення психологічної допомоги цим дітям і є необхідним і особливо актуальним

Список використаної літератури

1. Похилько, Д. С., & Тітаренко, Д. С. Травматичні

фактори війни: вплив на дитячу психіку. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/3621/1/%D0%9F%D0%BE%D1%85%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BA%D0%BE__%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8_%D0%A5%D0%A3%D0%9F%D0%A1%20%281%29.PDF

2. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб. Закон України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text

3. Юрків Я.І., Луканов Д.В. Труднощі соціально-психологічної адаптації вразливих верств внутрішньо переміщених осіб до нових умов життя. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: "Педагогіка. Соціальна робота". 2021. Випуск 1 (48). С. 469-473.

ПАЛАМАРЧУК НАТАЛЯ АНДРІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРОБЛЕМА САМОСТАВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ЯК КОМПОНЕНТУ СТРУКТУРИ САМОСВІДОМОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Одним із найважливіших чинників у становленні різнобічно розвиненої, активної, творчої, духовно багатої особистості та у створенні умов для повного розкриття її потенційних можливостей, відіграє внутрішня активність. Однією з найважливіших детермінант внутрішньої активності особистості є самоставлення.

Феномен самоставлення є предметом дослідження філософів, педагогів, психологів. Як вітчизняні, так і зарубіжні дослідники підкреслюють залежність самоставлення від конкретного соціокультурного середовища (К. Абульханова-Славська, А. Асмолов, Р. Бернс, Б. Братусь, В. Столина, К. Роджерс, Е. Еріксон та ін.).

Більшість авторів справедливо підкреслюють зв'язок самоставлення з розвитком особистості (Ю. Гіппенрейтер, И. Кон, А. Леонтьев, В. Петухов). Також ряд авторів відзначають його суб'єктну природу, в основі якої лежить готовність рефлексувати свою діяльність (Е. Ісаев, В. Петровський, В. Слободчіков).

Свою принципову позицію щодо самоставлення висловлює І. Бех, вважаючи, що саме самоставлення є ключовим в процесі формування і розвитку особистості, завдяки йому відбувається

оцінювання та прийняття чи неприйняття власного «Я». За допомогою самоставлення розкривається становлення смислового зв'язку, єдності людини і світу, самого змісту цієї єдності: чи буде вона морально конструктивною чи деструктивною щодо індивіда [1, с. 52-56].

Зважаючи на те, що феномен самоставлення є предметом дослідження багатьох вчених, однак аналіз сучасного стану проблеми показує термінологічну невизначеність поняття «самоставлення» та відсутність концептуальної єдності у розумінні його природи. Тому мета нашої статті – розкрити зміст даного поняття та проаналізувати існуючі підходи до структури самоставлення.

У процесі наукового пошуку встановлено, що в психології проблема самоставлення особистості характеризується неоднозначністю, оскільки феномен самоставлення нерозривно пов'язаний із становлення особистості як реального самоусвідомлення суб'єкта. Процес розвитку самоставлення включений в генезис самої особистості. Тому, самоставлення являє собою складний психічний процес, сутність якого полягає в сприйнятті особистістю самої себе в різних ситуаціях діяльності та поведінки, в усіх формах взаємодії з іншими людьми і в поєднанні цих образів в єдине цілісне утворення – в уявлення, а потім в поняття свого власного «Я» як суб'єкта, відмінного від інших суб'єктів.

Вперше поняття самоставлення у вітчизняній психологічній літературі було використано Н. Сарджвеладзе. Вчений розглядав його як складну багаторівневу емоційно-оціночну систему, яка поділялась на два блоки – об'єктивний («Я», як об'єкт) та суб'єктивний («Я», як суб'єкт). Обидва ці способи самоставлення реалізуються завдяки когнітивній активності, емоційним реакціям і системам дій або готовності до таких дій стосовно самого себе. На думку вченого, самоставлення є однією зі структурних одиниць диспозиційного ядра особистості, що дозволяє їй певним чином взаємодіяти із соціумом і собою [2].

Б. Ананьєв розглядав самоставлення, як значущу категорію психологічної науки взагалі, та фактор, що зумовлює гармонійний розвиток особистості, і є дуже вагомою категорією для характеристики особистості. Наукові погляди вченого лягли в основу досліджень Л. Божович, В. М'ясищева, Д. Узнадзе, В. Ядова, щодо аналізу феномену ставлення особистості до себе та до інших [3, с. 183-184].

Існують різні підходи до дослідження самоставлення. Одні дослідники самоставлення представляють як єдність змістовних та динамічних аспектів особистості, їх певну міру усвідомлення, емоційно-ціннісне прийняття себе як ініціатора та відповідального

суб'єкту соціальної активності. Інші розуміють самоставлення особистості як складне когнітивно-ефективне утворення, зрілість якого визначається якістю взаємозв'язку його складових. Його структура складається з двох компонентів – раціонального ставлення до себе як суб'єкту соціальної активності («образ – Я») та емоційно-ціннісного ставлення до себе – переживання та оцінки своєї значущості як суб'єкта соціальної активності (рефлексивне «Я»). В результаті взаємодії зазначених компонентів з мотиваційною сферою особистості, ставлення до себе залучається до процесу діяльності і особистісної саморегуляції, що стимулює розвиток пізнавальної та особистісної суб'єктності людини [4].

Існує також погляд, згідно з яким самоставлення пов'язують із формою психічної діяльності, що найяскравіше проявляється у мотиваційно-емоційній сфері особистості (К. Абульханова-Славська, О. Леонтьєв та С. Рубінштейн).

Отже, можна стверджувати, що існують суперечливі погляди щодо психологічної природи самоставлення особистості до себе [3]. Одні вчені, пов'язують самоставлення з мотиваційною сферою особистості. Такої позиції притримуються В. Вілюнас, С. Крягжде, В. М'ясищев, В. Ядов та С. Якобсон. Інші ж вчені, такі як, Л. Божович, Ю. Приходько, Г. Щукіна, В. Мухіна, пов'язують самоставлення з емоційною сферою. В. М'ясищев та В. Ядов вважають джерелом дії цього феномену – активність.

Самоставлення відбувається на двох рівнях самопізнання. На першому рівні самоставлення є нестійким і виникає як результат порівняння себе з іншими людьми, до уваги беруться переважно зовнішні чинники. В результаті чого зявляються одиничні образи самого себе і власної поведінки, які прив'язані до конкретної ситуації, немає цілісного, дійсного розуміння себе, пов'язаного з осмисленням власної суті. На другому рівні самопізнання формування самоставлення здійснюється шляхом порівняння «Я – Я» за допомогою внутрішнього діалогу, виражається через самооцінку та відображає рівень психологічної зрілості особистості [3].

Отже, аналіз наукових праць вітчизняних так і зарубіжних психологів свідчить про те, що в психології відсутнє загальноприйняте термінологічне трактування поняття «самоставлення», так як самоставлення розглядається з різних концептуальних позицій. Однак, можна визначити більш-менш прийнятну для більшості науковців позицію, згідно з якою самоставлення є цілісним, одновимірним та універсальним утворенням, що виражає міру позитивного ставлення індивіда до образу власного «Я»; і є інтеграцією окремих самооцінок

[3].

Аналізуючи проблему самоставлення, доцільним є визначення її місця в структурі самосвідомості особистості. Самосвідомість особистості як один з проявів внутрішнього світу людини завжди була у центрі уваги видатних науковців. Зрозумілий вже античним філософам факт, що людина може пізнавати не лише навколишній зовнішній світ, але і саму себе, був представлений У.Джемсом в чітких психологічних термінах. Суб'єкт, що пізнає себе, був названий «Я-суб'єктом», а ті особливості, які він може у себе виявити і пізнати, – «Я-об'єктом». Таким чином, У. Джеймс розмежував «Я, яке пізнає» і «емпіричне Я». Він вважав, що не існує такого «Я», яке було б відмінним від сукупності або потоку переживань. Він стверджував, що кожен момент свідомості привласнює кожен попередній момент, і тому той, хто пізнає, якось включений в «Я», яке пізнається .

Список використаної літератури

1. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. К.: Просвіта, 2001. 410 с.
2. Психологія самосвідомості: історія, сучасний стан та перспективи дослідження / [за ред. С.Д. Максименка, М.Й. Боришевського]. – К. : "Любіть Україну", 2012. - 317с.
3. Свіденська Г.М. Активний розвиток самосвідомості як запорука формування здібної до рефлексії особистості./Г.М. Свіденська // За ред. С.Д.Максименка.-К.,2012.-Вип.3.(2 частина)- 302 с.

ПАЧОС ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ДИТИНСТВІ

Залежність– одне з базових переживань людини. Воно посідає важливе місце в її психічному житті.У рамках психічної норми існує цілий спектр форм залежності – батьків і дітей, подружжя, членів команди в бізнесі чи спорті, учнів та вчителів тощо. Проте коли психологічна залежність сягає патологічних меж – людина втрачає здатність критично мислити, співвідносити своє життя з цінностями

однієї авторитетної особистості чи групи, руйнує надзвичайно важливі для неї сімейні та соціальні зв'язки тощо. У пошуках відповіді на запитання, з яких причин доросла, освічена людина поступово піддається тотальній психологічній залежності, ми дійшли висновку, що виникнення цього явища обумовлюють переважно такі групи чинників, представлені на рисунку. Психоаналітики вважають, що головним у залежній поведінці є не імпульс до саморуйнування, а дефіцит адекватної інтерналізації батьківських фігур і, як наслідок, порушення спроможності до самозахисту [2]. К. Хорні вбачає причини базисної тривоги в дітей у прямому або непрямому підпорядкуванні, байдужості, непевній поведінці, бракові уваги до індивідуальних потреб дитини, невміле їх спрямування, приниження тощо. А головне – це відчуття дитиною прихованої облудності дорослих, тяжкого відкриття, що любов батьків, християнське милосердя, чесність, шляхетність - можуть бути вдаваними [8].

Екстремальними формами відносин батьків і дітей є депривация і симбіоз. В одному випадку батьки ігнорують дитину і позбавляють її своєї любові, а в іншому – пригнічують своєю опікою та надмірним контролем. На думку С. Ільїної, як депривация, так і симбіоз не тільки вкрай шкідливо впливають на образ "Я" та картину світу дитини, а й створюють психологічну базу, формують особливу перцептивну підготовку для різних видів вторгнення – фізіологічного, сексуального, психологічного .

Щоразу, коли дитина приносить у жертву свої важливі потреби, почуття, уявлення на догоду очікуванням, страхам чи педагогічним принципам батьків – розпочинається психологічне насильство над нею.

Перелічені чинники спонукають дитину шукати правди і захисту поза рідним домом. А це означає, що для неї підвищується ризик потрапити під деструктивний вплив.

У дитинстві на виникнення тотальної психологічної залежності може вплинути некомпетентність батьків, їхнє незнання психологічних особливостей дітей, бажання "зробити" або дуже зручну для себе дитину, або дуже щасливу. Зазвичай це знаходить свій вияв у вигляді гіперопіки з придушенням будь-якої ініціативи та вольової регуляції дитини. А іноді у вигляді вседозволеності, що взагалі не припускає формування в дитини здатності до вольових дій.

Сформований у дитинстві синдром залежності, який характеризується повною відкритістю меж індивідуальності, маніпулятивним стилем стосунків, ненаситною афіліативною потребою, вимагає шукати об'єкт задоволення і часто знаходить його в

особі лідера тоталітарної секти [1].

У зрілому віці людина теж не застрахована від виникнення психологічної залежності. Тут маємо низку об'єктивних причин.

По-перше, людина відрізняється від усіх інших істот тим, що не змушена відтворювати видові зразки поведінки. А це означає, що вона робить власний вибір, тривожиться, сумнівається в собі та в інших.

По-друге, поряд з природними потребами, поведінка дорослої людини визначається цілим рядом специфічних психологічних потреб:

- у служінні і керівництві (Э. Фромм);
- в афіліації та у владі (Х. Хекхаузен);
- потреби в безпеці, у приналежності, у повазі, самовираженні (А. Маслоу);
- в уяві, судженні і символізації (С. Мадді).

При задоволені цих потреб важко виробити критерії істини. Доведена до гіпертрофованих розмірів комбінація з перелічених потреб виступає одним із психічних механізмів тотальної психологічної залежності. Прагнення людини реалізувати ці потреби може привести її до духовної традиції чи духовної практики, де вона зможе втамувати свій духовний голод. Або до тоталітарної секти, лідери якої уміло маніпулюють певними потребами людини.

Протягом усього життя в людини можуть з'являтися кумири, авторитети. Це може бути шанований вчитель, улюблений письменник, лідер молодіжної групи, високий професіонал, філософ, мудрець... Кумир, як правило, відображає актуальні завдання особистісного розвитку фаната. Але після розв'язання людиною особистих завдань "старий" кумир втрачає значення в її житті. З'являється нове захоплення, нова авторитетна особистість [2].

Список використаної літератури

1. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навч. посібник. К.: Либідь, 2007. 256 с Максименко, С. Д. Поняття особистості в психології Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 7. С. 1-6

2. Милославська О.В. Міжособистісна залежність і диференційні типи рефлексії у студентів-юнаків та дівчат. Право і безпека Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2018 , №4. с.111-117

ПИПА СВІТЛАНА ЛЕОНІДІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ПОДОЛАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ФАХІВЦЯ СФЕРИ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

Психічне здоров'я має велике значення на всіх етапах життя людини. Воно впливає на думки, почуття та дії людини. Важливо пам'ятати, що психічне здоров'я залежить від багатьох чинників. Якщо життєві обставини, що постають перед людиною, перевищують її здатність їх виконувати або вирішувати, це може вплинути на психічне здоров'я. Останнім часом ми все частіше чуємо термін "емоційне вигорання", "професійне вигорання" ("burn-out"). У всіх джерела емоційне вигорання розглядається як складне багатоаспектне явище, саме це спричиняє поліаспектність наповнення його категоріально-понятійного змісту та неоднозначну визначеність його місця в системі психологічних понять [2].

Найчастіше дослідники торкаються проблематики професійного вигорання, яке базується на тривалому стресі на роботі. Якщо людина довгий час відчуває себе втомленою, виснаженою, роздратованою, втрачає інтерес до спілкування - це можуть бути ознаки емоційного вигорання.

Професійне вигорання - це стан, який виникає при довгому перебуванні стресовому стані і перевантаженні на роботі. Цей стан викликає неприємні почуття по відношенню до роботи, професійних обов'язків. Людина в стані професійного вигорання не відчуває мотивації, стає байдужою до роботи, яку раніше любила. Працівники сфери надання соціальних послуг постійно спілкуються з людьми, які потребують допомоги. Нажаль, надати допомогу не завжди є можливим. Такі ситуації викликають негативні реакції відвідувачів та відбувається перенос негативу на працівника. В свою чергу працівник починає відчувати почуття некомпетентності, не здатності виконувати свої професійні обов'язки в повній мірі. В гонитві за удосконаленням свого професійного рівня людина починає перевантажувати себе роботою. При професійному перевантаженні з'являється відчуття втоми, роздратування, погіршується сон. Навіть проспавши 8-9 годин людина відчуває себе втомленою. Зазвичай така поведінка має вплив

на відносини в сім'ї та у спілкуванні з друзями. Поєднуючи роботу і особисте життя людина позбавляє себе відпочинку. Таке поєднання роботи і побуту призводить до непорозумінь в особистому житті та формує стресову атмосферу в усьому, що оточує людину. Перебуваючи в стані постійної емоційної напруги людина втрачає здатність відпочити та продовжує накопичувати негативні емоції.

На відміну від професійного вигорання, емоційне вигорання не пов'язане з виконанням професійний обов'язків. Емоційне вигорання виникає внаслідок проблем в особистому житті, в сім'ї чи в колі друзів. Професійне та емоційне вигорання можуть тісно пов'язуватися одне з одним. Найчастіше професійне вигорання виникає в працівників, яким дуже подобається професія. Такі працівники занурюються у виконання професійних обов'язків. Вони готові затримуватися на роботі, або виконувати роботу вдома у вільний від роботи час. Самі того не помічають, як поєднують роботу та особисте життя. Звичайно, наступне, що з ними відбувається - це непорозуміння в сім'ї. Для друзів, також не вистачає часу. Виконуючи професійні обов'язки майже цілодобово, з'являється відчуття втоми, роздратування. Відсутність повноцінного спілкування з членами родини та друзями призводить до появи проявів емоційного вигорання. В людини виникають соціально-психологічні ознаки вигорання:

апатія у роботі та особистому житті;
пасивність;
пригніченість;
песимізм;
цинізм;
байдужість;
дратівливість, агресивність;
підвищена тривожність;
нудьга і туга, коли під час робочого дня постійно хочеться перервати та відпочити;
відчуття безпорадності та безнадійності;
нездатність зосередитись;
бажання побути на самоті після роботи.

Задля уникнення професійного вигорання існує достатньо рекомендацій. Найбільш важливі з них:

- розмежування роботи і побуту;
- гігієна сну (не менше 7 годин);
- заняття спортом;
- спілкування з членами родини та друзями, тощо.

Нажаль, реалії сьогодення нам диктують інші правила. Ми повинні знаходити шляхи подолання синдрому емоційного та професійного вигорання в умовах воєнного стану. В зв'язку з військовою агресією росії проти України все більше українців потребують психологічної підтримки. Звертаючись за допомогою до фахівця сфери надання соціальних послуг насамперед людина сподівається на психологічну підтримку.

Слід пам'ятати, що вигорання - це група симптомів, які з'являються у своїй більшості. Наявність одного із симптомів емоційного вигорання не свідчить про синдром вигорання і потребує подальшого спостереження за поведінкою людини.

Синдром професійного вигорання має три стадії:

1. Напруга - адаптація організму до професійних вимог. Спостерігається, зазвичай на початку професійної діяльності. Коли працівнику доручають певний обсяг роботи, для виконання якої йому не вистачає навичок. В зв'язку з реформами у сфері надання соціальних послуг змінилися вимоги до професійної компетентності працівників. Працівники соціальної сфери повинні вміти налагоджувати довірливі стосунки з відвідувачами, попереджати конфлікти, виявляти та враховувати потреби клієнтів. На даній стадії працівникам властиво почуття, що вони не достатньо компетентні і їх можуть звільнити. Тому задля покращення працездатності і підтримання психічного здоров'я керівникам таких організацій варто запроваджувати навчання та супровід молодих спеціалістів.
2. Резильєнтність - це стадія вигорання характеризується відчуттям постійного стресу. Стадію резильєнтності неможливо самостійно подолати. Як правило ця стадія виникає при наднормованому навантаженні. Для цього періоду характерно велика кількість конфліктів всередені колективу, між підлеглими і керівництвом. Що саме і приводить до емоційного вигорання. На цій стадії важливо попередити конфлікти.
3. Виснаження - етап вигорання, на якому до попередніх двох стадій додається ще й психо-фізіологічні реакції. Фахівець починає часто хворіти. Тобто з'являється психосоматика. Хвороба є таким собі виправданням чому працівник не зміг або не встиг виконати те чи інше задання. Як правило хвороби стосуються саме тих органів, які мають найбільше значення в роботі. Наприклад, якщо потрібно багато спілкуватися - це буде хвороба горла, при потребі багато рухатись - хвороби опорно-рухливого апарату, тощо.

Висновки. Проблема професійного та емоційного вигорання в сучасному світі стає дедалі гострішою. Вимоги до професійних

навичок фахівців будь-якої галузі зростають. Задля вдосконалення своїх професійних навичок та здобуття авторитету, довіри, визнання серед колег та керівництва працівникам доводиться працювати понаднормово. Як правило відсутність розмежування роботи і побуту, зменшення часу на спілкування з родиною, друзями та скорочення часу на відпочинок призводить до професійного та емоційного вигорання. Професійне вигорання передбачає досить стійкий стан, але воно може бути оборотним. Вийти з цього стану та повернутися до повноцінного життя цілком можливо.

Всім добре відомо, що запобігти хворобі легше ніж її лікувати. Існує багато рішень задля запобіганню емоційного вигорання. Передусім керівники організацій повинні правильно організовувати робочий процес. Вміти правильно розподілити обов'язки в команді. При необхідності проводити навчання команди. Правильно виставляти пріоритети в завданнях, що дозволить правильно планувати час на виконання цих завдань. Не менш важливо організувати робочі місця та місця відпочинку.

Також важливо розробити систему нематеріальних заохочень. Звісно, що матеріальне заохочення має велику силу мотивації до виконання роботи але нематеріальні заохочення це можливість покращити мікроклімат в колективі, створити довірливі відносини між колегами. Дуже важливо підтримувати колективний дух в співробітників [4].

Список використаної літератури

1.Бондаревська Л. Вплив психотравмуючих переживань на виникнення психічного вигорання / Л. Бондаревська. – К.: Либідь, 1996. – С. 59

2.Знакова Т.А. Професійне «вигорання» керівників / Т.А. Занкова, А.С. Огнев // Управління персоналом. – 2003. – № 11. – С. 64–75.

3.Андріана Костенко Профілактика та подолання емоційного вигорання http://www.dcz.gov.ua

4.Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери: методичні рекомендації / за заг. ред. М.Л. Авраменка. – Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. – Л., 2008. – 53 с

ПІДДУБЧАК ЮЛІЯ ДМИТРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: PhD ***ЛЄСНІЧЕНКО Н.П.***
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Війна в Україні стала без перебільшення найтяжчим випробуванням за всю історію її незалежного існування. Жахливі події, прямим свідком яких є сьогодні кожен українець, спричинили величезний стрес і, як наслідок, призвели до значного погіршення загального фізичного стану і психічного благополуччя населення. Війна є екстремальною ситуацією, тобто такою, що виходить за межі звичайного, нормального, людського досвіду. Для окремих людей ця ситуація є гіперекстремальною: внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують можливості людського організму, руйнують звичну поведінку, можуть спричиняти небезпечні наслідки для здоров'я. Воєнні події сколихнули у багатьох людей так звані трансгенераційні травми, родові історії, адже не одному поколінню наших предків довелося пережити жахи війни, голод, нелюдські страждання.

Війна порушує міжособистісну взаємодію та соціальні зв'язки. Важливим вектором психологічного дослідження стає вивчення особливостей прояву психічних станів у молоді і сприяння зниженню рівнів проявів негативних психічних переживань, що пов'язані з тривожністю, агресивністю, фрустрацією та впливу кризових ситуацій.

Вивченням емоцій та форм їх переживання займалися О. Винославська, О. Кузнєцова, О.Саннікова. Дослідження емоцій як особистісних утворень висвітлені у наукових здобутках І.Беха, В.Вілюнаса. Розвиток емоцій в онтогенезі висвітлені у працях О.Запорожця, О.Кононко. Взаємозв'ок емоцій з іншими психічними процесами та станами описані у наукових здобутках К.Роджерса, Л.Фестінгера, З.Фрейда.

Особливості психічних станів були вивсвітлені у наукових працях вітчизняих науковців: Т.С.Кириленко, В.М.Крайнюк,

С.Ю.Лебєдєва, М.С.Корольчук, В.І. Осьодло, Р.А.Шпак, ІО.А. Блінов, М.М. Дорошенко та ін.

Отже психоемоційні стани особистості – це мінливі стани людини, які є емоційно насичені, виникають під впливом життєвих обставин, особливостей стану здоров'я та інших соціально-психологічних факторів.

Психоемоційні стани постають у вигляді переживань у свідомості людини, а також у проявах несвідомого. Тобто, не завжди вони досяжнві для особистісного осмислення та розуміння.

Список використаної літератури

1. Бакаленко О.А. Взаємовплив емоційних та розумових процесів: теоретико психологічні підходи . Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Серія: Психологія. Харків, 2010. 13-21 с.

2. Карпенко Є. Емоційний інтелект у дискурсі життєздійснення особистості / Є. В. Карпенко // монографія. – Дрогобич: Посвіт, 2020. – 436 с.

3. Максименко С.Д. К.С. Максименко, М.В. Папуча. Психологія особистості: Підручник К.: ТОВ «КММ», 2007. 296 с.

ПІНЧУК НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
СКИРДА АНТОН В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

Перш ніж ми поглиблюємося в феноменологію структури особистості, варто розібратися у самому понятті «особистість». Це поняття відображає складний і багатогранний феномен, який кожен автор та психологічний напрям визначає на свій спосіб . Особистість розглядається не лише у психології, але й у соціології, філософії, історії та інших науках. У кожній з них особистість представлена своєрідними властивостями, здібностями та характеристиками.

Найчастіше, коли йдеться про особистість, ми маємо на увазі її особливі, визначні риси та здібності. Вона розглядається як цілісна система, що виокремлює індивіда з-поміж інших, надаючи йому

власність унікальності та неповторності. У повсякденному житті ми можемо почути вислів: «Це особистість», що підкреслює виразність та неповторність даної особи [1]. Ця оцінка виходить за межі звичайних психологічних характеристик і вказує на те, що дана особа відзначається особливими, надзвичайними рисами, які вирізняють її серед інших.

Таким чином, підходячи до розуміння особистості, ми враховуємо не лише стандартні характеристики, але й ті властивості, які відзначаються вищим ступенем значущості та піднесеності. Такий підхід до особистості, який відтворюється як у повсякденному житті, так і в наукових дослідженнях, розкриває глибину та многогранність цього феномену, що визначається як неповторністю та виразністю індивідуальності кожної людини.

Наукова психологія визначає особистість як комплексну цілісність, характерну для людини з певного віку, що формується під впливом соціальних умов та взаємодії з іншими особами [2]. Важливо відзначити, що дитину, яка розвивається поза соціумом, а також тварину та дитину до 3-х років, не вважають особистістю з погляду наукової психології.

Особистість має потенціал бути притаманною кожній людині, хоча при розмовах про індивідів із психічними розладами часто зазначають, що вони можуть частково втратити здатність виступати як особистість у соціальному контексті. Деякі психічні захворювання пов’язані з руйнуванням особистості, іноді призводячи до втрати здатності виражати себе як індивід в соціумі.

У певних умовах, таких як паніка чи тиснява, людина може частково втратити здатність приймати рішення та діяти самостійно, підкоряючись загальному стану. Проте, особистість у своїх найвищих проявах вимагає розуміння, хоча вона може також виявлятися як об’єкт з власними властивостями та особливостями. Таким чином, певну частину дій особистості можна аналізувати як об’єкт, що має властивості та свою унікальність.

У різних школах психології особистість та її особистісні особливості розуміються через призму визначення предмета психології, підходу до психологічного дослідження та принципів дослідження, які склалися в рамках кожного конкретного напрямку. Так, у фрейдизмі, якій започатковано відомим австрійським лікарем та психіатром Зигмундом Фрейдом, основоположним поняттям є конфлікт між різними структурами психіки.

Фрейд вважав, що психіка складається зі свідомості, передсвідомого та несвідомого. У цьому вченні великий акцент

робиться на взаємодії між цими компонентами, які, за словами Фрейда, зазнають постійних конфліктів. Особистість в рамках фрейдизму розглядається як сукупність таких структур, як «Ід», «Супер-Его» та «Его» [1].

«Ід» представляє собою силу інстинктів та бажань, які прагнуть задоволення. «Супер-Его», у свою чергу, містить в собі моральні та суспільні цінності, які протистоять задоволенню інстинктів. «Его» виступає як арена для боротьби між цими протилежностями, спрямовуючи та модеруючи їх конфлікти.

Таким чином, фрейдистський підхід до особистості визначається через розуміння її як системи, що піддається постійним внутрішнім конфліктам між інстинктивними бажаннями та соціальними моральними нормами. Цей підхід глибоко вплинув на розвиток психології та розуміння природи людської особистості.

Так, Фрейд вважав, що структура особистості та особистісні особливості визначаються основними потребами людини, такими як лібідозна (сексуальна) та агресивна енергія, а також принципами психічного життя, які включають постійність, задоволення та усвідомлення реальності. Фрейд вважав, що розвиток особистісних особливостей людини визначається народженням з певною кількістю сексуальної енергії, або лібідо, яка проймає різні психосексуальні стадії у своєму розвитку.

Однак, на думку Фрейда, переживання та досвід раннього дитинства відіграють значну роль у формуванні механізмів психологічних захистів, що виникають як реакція на стресові ситуації чи конфлікти. Ці механізми захисту, такі як відмова, проекція, регресія та інші, впливають на процес формування дорослої особистості та визначають її способи взаємодії з навколишнім світом.

Отже, за поглядами Фрейда, розвиток особистості залежить від взаємодії між внутрішніми психічними процесами, соціокультурними факторами та впливом досвіду та переживань, які накопичуються протягом життя.

Карл Густав Юнг, швейцарський психіатр і психолог, який був колишнім учнем Фрейда, розробив власну систему понять про психіку людини, яка набула значної популярності. Відхилившись від певних аспектів фрейдизму, Юнг підкреслив важливість ролі несвідомого та приділив увагу ідеї цілісності [3].

На думку Юнга, особистість сприймає навколишню дійсність через призму свого досвіду. Він вважав, що несвідоме складається не лише з біологічних автоматизованих процесів, але й є психічним досвідом попередніх поколінь, сукупністю типів поведінки, емоційних

реакцій та образів.

Центральною ідеєю Юнга була концепція цілісності психіки, що складається з несвідомого та свідомості. Він вважав, що існування архетипів, які виступають у вигляді прообразів, є визначальним для дії несвідомого. Ці архетипи представляють собою набір несвідомих схильностей, які притаманні всім людям та активізуються в певних умовах, проникаючи у свідомість.

Згідно з Юнгом, становлення особистісних особливостей визначається процесом індивідуації, який полягає у виділенні власних психічних компонентів з колективних основ. Це означає, що кожна особистість має свої унікальні аспекти, які формуються у процесі взаємодії зі світом та впливу архетипів на свідомість.

В рамках біхевіористичного підходу до розуміння особистості психічне сприймалося як нещо недоступне для прямого дослідження, оскільки воно не може бути спостережене безпосередньо. Тому основна увага дослідників фокусувалася на спостереженні зовнішньої поведінки та реакцій суб'єкта на зовнішні стимули. Сама особистість в цьому підході не розглядалася в якості об'єкта дослідження, або ж сприймалася як результат певних поведінкових реакцій, сформованих під впливом зовнішніх стимулів [3].

Б.Ф. Скіннер, видатний американський психолог та відомий представник сучасного біхевіоризму, розглядав розвиток особистості з точки зору взаємодії поведінки людини з її середовищем. Він вважав, що особистість може формуватися на основі концепції розвитку поведінки людського організму у взаємодії з навколишнім середовищем [2].

За поглядами А. Маслоу, особистість має тенденцію до саморозвитку та самореалізації, що включає в себе не лише досягнення власного потенціалу, а й розуміння своїх потреб та цінностей, а також здатність до самовираження. Такі особистісні якості, як прагнення до досягнень, творчість та здібності, сприяють самореалізації і розвитку особистості.

Проте негативний досвід та обставини життя можуть завадити цьому процесу. За словами Маслоу, якщо людина не має можливості або прагнення до самореалізації, це може свідчити про наявність психологічних проблем або незадоволеність власним життям. Таким чином, в гуманістичній психології відзначається важливість підтримки індивіда в його прагненні до самореалізації та розвитку, а також розуміння внутрішньої сутності та потреб особистості.

К. Роджерс та Ф. Перлз відзначають важливі параметри і ознаки розвинутої та інтегрованої особистості, яка спроможна до

самореалізації та гармонійного життя. Для Роджерса, це включає точне усвідомлення, відсутність захисних механізмів, здатність приймати рішення, самоповагу, відкритість до досвіду, довіра власним спонуканням та міркуванням, гармонійні відносини з іншими та присутність у моменті «тут і зараз» [2].

Ф. Перлз у своєму гештальт-підході розглядає інтегровану особистість як тиху, що має здатність зосередженого існування у поточному моменті, вміння створювати контакт з навколишнім середовищем, асимілювати та саморегулювати досвід, інтегрувати різні аспекти своєї особистості та балансувати між зовнішнім світом та внутрішнім «я» [2].

З точки зору когнітивістики, люди є істотами, що вміють думати, і це стає фундаментальним фактом. Інтелектуальні процеси вважаються настільки очевидними, що практично всі персонологи визнають вплив когніції на поведінку людини. Джордж Келлі, медичний психолог та персонолог, розробив теорію особистісних конструктів, в якій структура особистості складається з особливостей конструктів.

Список використаної літератури

1. Антонова Н. О. Спрямованість особистості та мотивація професійного становлення студентів психологічного факультету. Актуальні проблеми психології. 2009. Вип. 19. Т. 7 С. 28-31.

2. Москалець В.П. Психологія особистості. Київ.: Центр учбової літератури, 2013.

3. Винославська О. В. Психологія : навч.посіб. К. : Фірма «Інкос», 2005. 352 с.

П'ЯТАКОВА МАРИНА ВАДИМІВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Підлітковий вік є періодом інтенсивного соціального та емоційного розвитку, під час якого особливо активно відбувається формування та розширення взаємовідносин з однолітками. Саме спілкування з ровесниками в цей період стає основною складовою соціальної активності підлітка. У молодості взаємодія з однолітками

виконує низку важливих функцій, які мають значний вплив на подальший соціальний та емоційний розвиток молодої особистості.

У підлітковому та юнацькому віці розвиток особистості відображається у прагненні до емоційної незалежності та зростаючому бажанні спілкуватися з однолітками. Цей період відзначається інтенсивним формуванням самостійності та прагненням до соціального визнання серед ровесників. Спілкування з однолітками набуває особливого значення, оскільки воно стає важливим чинником у процесі самоідентифікації та визначенні власної соціальної позиції в групі [2].

Важливою особливістю взаємодії підлітків є механізм самооцінки через порівняння з однолітками. Саме цей процес дозволяє їм оцінювати свої досягнення, навички та зовнішність у порівнянні з іншими у своєму віці. Результати цього порівняння впливають на формування їхнього самовідчуття та соціальної самоідентифікації.

Стосунки підлітків з однолітками проявляються у різноманітних поведінкових реакціях, таких як об'єднання в групи, пошук друзів і товариства, а також виявлення інтересів через реакції на хобі. Важливим аспектом є встановлення дружніх зв'язків та пошук і утвердження свого статусу в групі однолітків [1].

Реакція підлітка на групування відображається у його потребі належати до групи, що проявляється у бажанні бути поруч та спілкуватися з ровесниками. Ця потреба відображає бажання підлітка відчувати себе прийнятим та визнаним серед своїх однолітків, що становить важливий елемент їхнього соціального та емоційного розвитку.

На підлітковому етапі особистість в процесі соціальної взаємодії з однолітками проходить через ряд важливих змін, що відображаються в її емоційному та соціальному розвитку. Спочатку підліток розширює своє коло спілкування з однолітками, що відображається у збільшенні кількості знайомств та контактів. Однак, ці стосунки часто характеризуються значною емоційністю та конфліктністю через егоцентризм та відсутність досвіду управління емоціями серед підлітків [2].

Приблизно у віці 14-15 років підліткові стосунки починають диференціюватися на категорії знайомих, друзів та найближчих друзів. Спочатку акцент робиться на формуванні дружніх стосунків з представниками однієї статі, але до кінця підліткового віку може скластися дружба із представниками протилежної статі, оскільки підліток засвоює гендерні ролі та відкриває для себе нові аспекти соціальних відносин [3].

Спілкування підлітків з однолітками також може відбуватися через ігрову діяльність. Гра залишається привабливою для підлітка, якщо вона відповідає його інтересам та потребам. Найпопулярнішими серед них є комп'ютерні ігри, які дозволяють підліткам відтворювати віртуальні світи, взаємодіяти з іншими гравцями та випробувати себе в різних ролях. Також популярні спортивні та інтелектуальні ігри, які розвивають навички та стратегічне мислення.

Підлітковий вік — це особливий період у житті кожної людини, який характеризується значними фізіологічними, психологічними та соціальними змінами. Цей етап розвитку супроводжується унікальними особливостями спілкування, які варто розглянути детальніше.

Перш за все, підлітки прагнуть до автономії та самостійності. У цей період вони намагаються відокремитися від батьків і дорослих, що часто призводить до конфліктів. Вони бажають бути сприйнятими як дорослі, що зумовлює їхню схильність до експериментів з поведінкою та стилем спілкування. Важливо розуміти, що ця потреба в незалежності є природною частиною розвитку ідентичності.

Однією з ключових особливостей підліткового спілкування є ідентифікація з однолітками. Друзі стають центральною частиною життя підлітка, а їхній вплив часто переважає над впливом сім'ї. Вони намагаються відповідати стандартам і очікуванням своїх однолітків, що може призводити до тиску та необхідності пристосовуватися до групових норм. Спілкування з однолітками також сприяє розвитку соціальних навичок, таких як вміння вирішувати конфлікти, вести переговори та співпрацювати.

Формування ідентичності є ще одним важливим аспектом спілкування підлітків. Вони експериментують з різними ролями, стилями поведінки та інтересами, щоб знайти своє місце у світі. Це може включати приєднання до різних груп або субкультур. Важливо, щоб дорослі підтримували підлітків у цих пошуках, забезпечуючи безпечне середовище для самовираження.

Підтримка та розуміння з боку дорослих є критично важливими для підлітків. Незважаючи на прагнення до незалежності, вони потребують схвалення та позитивної оцінки своїх дій. Емпатія та відкритість у спілкуванні допомагають зміцнити довіру та покращити взаємини.

Таким чином, спілкування в підлітковому віці має свої унікальні особливості, які впливають на розвиток особистості та соціальних навичок. Розуміння та підтримка з боку дорослих є ключовими для створення сприятливого середовища, в якому підлітки

можуть розвиватися та самореалізуватися.

Список використаної літератури

1. Вікова та педагогічна психологія: Навч. Посібник / Ö. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін.. К. : Просвіта, 2015. 416 с
2. Гуменюк О. Є. Психологія Я-концепції підлітків: навч. Тернопіль:, 2014. 309 с.
3. Заброцький М. М. Основи вікової психології: Педагогічний посібник. Тернопіль:, 2015. 112 с.
4. Куніцина В. Н. Міжособистісне спілкування. К., 2015. 544 с.

РАФАЛОВСЬКА НАТАЛІЯ ІВАНІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТІМБІЛДИНГ ЯК ОДИН ІЗ ЕФЕКТИВНИХ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

З історії відомо, що ще в давній Греції командоутворення отримало своє перше наукове та теоретичне обґрунтування в кодексах тренування давньогрецьких воїнів і, звичайно, в організації Олімпійських ігор, в яких командні ігри були найбільш видовищними та цікавими видами спорту.

Але найбільшого світанку в давні віки процес командотворення отримав у Римській Імперії і зокрема його складовій, як Римський Легіон. Минав час, людство розвивалося, воювало, будувало і дедалі більше набував — Тімбілдінг .Team building, як науковий термін вперше вводить в обіг американський професор психології Елтон Мейо, який у 1927-1932 р. вивчав залежність впливу різних факторів на продуктивність праці. Саме він і вивів основні постулати Тімбілдінгу (Team building), як: сукупність взаємин працівників, атмосфери всередині виробництва, умов праці та стилю управління керівництва. Його науково обґрунтовані викладки відомі сьогодні, як «Хоторнський ефект» стали відправною точкою та стали початком «школи людських відносин» у менеджменті. В результаті даного експерименту було доведено, що зміна умов соціально-психологічного клімату більш впливає на продуктивність, ніж багато технічних аспектів виробничого процесу[3].

На даний час тімбілдінг є однією з перспективних моделей корпоративного управління, що забезпечують повну розробку і є одним із найефективніших інструментів управління персоналом. Командна робота зазвичай розглядається як позитивна концепція, оскільки вона об'єднує групу співробітників, які працюють на благо колективу. Тімбілдинг – це спосіб забезпечувати високоефективне навчання, підвищувати навички команди та комунікації, а також піднімати моральний дух.

Основні переваги:

1) Тімбілдінг сприяє подоланню бар'єрів між людьми через участь груп у заходах. Люди, які не звикли працювати разом, отримують можливість брати участь та працювати у команді. Працюючи над завданням виділяється різноманіття навичок усередині групи, а група вивчає нові способи спільної роботи. Командоутворюючі заходи, які висвітлюють взаємини у компанії, дозволяють учасникам випробувати собі важливість хорошого спілкування.

2) Тімбілдинг дозволяє кожному члену команди розвиватися і фокусуватися на тому, на що він здатний, і виконувати свою роль у команді, щоб кожен міг найкраще вносити індивідуальний внесок, одночасно працюючи разом.

3) У жвавому офісному середовищі співробітникам може бути складно знайти час для освоєння нових навичок. Менеджери часто не мають часу, щоб дізнатися, які додаткові навички у співробітника є. Тімбілдинг може дозволити кожному члену команди взяти на себе відповідальність та розвивати лідерські навички, а також навички в інших сферах бізнесу.

4) Тімбілдінг дає довгострокові переваги. Сюди входить уміння максимізувати прибутковість, дозволяючи людям краще комбінувати свої навички задля досягнення більшого; виконуючи перехресні функціональні завдання і здатні швидше реагувати на швидкі зміни, а також розширювати можливості команд, щоб вони стали більш орієнтованими на місію і могли досягти більшого з меншими витратами часу та коштів.

5) Тімбілдінг дає команді можливість брати участь разом у досвіді, де кожен починає з рівного рівня знань про це завдання. Новизна вимагає, щоб люди використовували та створювали навички командної роботи для успішного виконання завдання. Нові завдання також вимагають від співробітників спільної роботи у безпосередній близькості, що допомагає швидко розвивати дружні стосунки. Позитивні результати обов'язково з'являються за умови правильної та

професійної організації тимбілдингу[1].

Проте, як і кожен метод менеджменту, він має як позитивні, так і негативні аспекти. Потрібно враховувати, що всі люди різні і по-різному сприймають те, що з ними відбувається. Враховуючи, що тімбілдинг проводиться зазвичай у неробочий час, тому співробітники не завжди охоче погоджуються і приходять на захід . Не всі співробітники розуміють значення командних змагань, тому відносяться до змагань «з прохолодою» і не націлені на результат.

Виділяють п'ять стадій розвитку колективу: формування, становлення, нормування, зрілості та самоуправління:

1. На стадії формування здійснюється підбір працівників та їх розстановка по робочих місцях. Головні зусилля керівника повинні бути орієнтовані на досягнення соціально-психологічної сумісності членів групи [2, 4].

2. На стадії становлення виявляються особисті якості членів групи. Вони затверджуються в ролях.

3. Стадія нормування (інколи її називають стадією «притирання» членів колективу) повинна забезпечити згуртованість колективу, допомогти у визначенні норм і цінностей групи, подолати виниклі конфлікти. Тімбілдинг на цій стадії вирішує питання, пов'язані з дослідженням сильних і слабких сторін у роботі своїх відділів, а також з визначенням нових ролей співробітників.

4. Четверта стадія – зрілість. Це етап високого рівня розвитку. Для колективу характерна висока соціально-психологічна сумісність працівників, різнобічно виявляються особисті здібності та обдарування.

5. На стадії самоуправління має місце узгоджений контроль, оскільки створена єдина система цінностей, норм і взаємоприйнятних методів організації праці. Група має право самостійно приймати рішення [1, 4] .

Особливого значення тимбілдинг набуває на стадіях становлення та нормування, оскільки досвід українських і зарубіжних компаній, які домоглися значних успіхів у підприємницькій та інноваційній діяльності, підтверджує, що основну роль в них грають не особистості, а робочі групи, вищою формою прояву яких є команди [4]. За даними соціологічних опитувань топ-менеджерів найважливішою професійною якістю лідера і менеджера є вміння формувати команду, злагоджений, згуртований колектив [3], а заходи тімбілдингу якраз і допомагають згуртувати команду, виявити потенційних лідерів, формувати й просувати корпоративний імідж, встановлювати корпоративні цінності і стандарти.

На сучасному етапі тімбілдінг дуже популярний як серед малих підприємств, так і серед організацій-гігантів зі всесвітньо відомою репутацією. І кожна така фірма намагається модернізувати чи прилаштувати метод тімбілдингу саме під свою сферу діяльності. Так з'явилося безліч видів тімбілдингу: активний, сюжетний, інтелектуальний, творчий. Активний вид тімбілдингу є найпопулярнішим та найбільше підходить для теплої пори року, оскільки найчастіше проводиться на свіжому повітрі. Налагодження відносин проходить швидко, учасники активно проводять час та отримують задоволення від різних спортивних ігор, квестів, естафет. Сценаріїв такої діяльності є безліч

Таким чином, ми дійшли висновку, що коректування міжособистісних стосунків в колективі шляхом використання методів тімбілдингу, є на сьогодні одним з важливих аспектів у менеджменті персоналу. Результати його застосування стають видні з часом, і міцні відносини всередині команди безпосередньо впливають як на продуктивність, якість робочого процесу і вирішення завдань, так і на лояльність співробітників до фірми. Професійно організований тимбілдинг сприяє налагодженню взаємовідносин між співробітниками команди, об'єднаними робочими цілями та членами їх сімей, допомагає вирішити проблеми комунікації, взаємодії та загального клімату всередині колективу, а також допомагає довести дії команди до досконалості

Список використаної літератури

1. Маковоз Е. У., Сторожилова У. Л. Необходимость тимбилдинга на всех стадиях коллективного развития // Вісник економіки транспорту і промисловості. – 2009. – №25. – с. 124 – 125.

2. Shiyan A.A., Nikiforova L. O. Types of Economic Behavior: The Instrument for Management of Individuals, Institutions, Countries and Humankind // Institutions & Transition Economics: Microeconomic Issues Journal, Vol 3, Issue 43, 01 November, 2011. Available at SSRN: http://ssrn.com/abstract=1952651

3. Тимбилдинг [Електронний ресурс] – режим доступу до ресурсу: http://ru.wikipedia.org/wiki/Командообразование

4. Мороз О. В. Соціально-психологічні чинники мотивування працівників приладобудівних підприємств: монографія / О. В. Мороз, Л. О. Нікіфорова, А. А. Шиян. – Вінниця : ВНТУ, 2011. – 252 с.

РЕДЬКО ІРИНА ВАСИЛІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник:PhD ***ЛЄСНІЧЕНКО Н.П.***
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПОНЯТТЯ ГЕНДЕРУ В СУЧАСНІЙ НАУКОВІЙ ПАРАДИГМІ, ПОГЛЯДИ НА ГЕНДЕРНУ ІДЕНТИФІКАЦІЮ З ТОЧКИ ЗОРУ РІЗНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТЕОРІЙ

У психології гендер це соціальна та біологічна характеристика, яку люди використовують для визначення понять "чоловік" і "жінка". Оскільки стать є біологічною категорією, соціальні психологи часто називають гендерні відмінності, засновані на біології, "гендерними відмінностями".

Гендерні відмінності – це відмінності між людьми залежно від їхньої статі. Наприклад, вважається, що чоловіки володіють більш розвиненими просторовими та математичними навичками, агресивніші та домінантніші, виконують важливіші професійні ролі, але не доведено, що вони активніші, самодостатніші, незалежніші, легше ухвалюють рішення, більше люблять математику та природничі науки і менш емоційні, ніж жінки. Для жінок характерні розвинені мовні навички, дружелюбність, контактність, надання переваги домашнім ролям, але не доведено, що вони більш тривожні, імпульсивні, акуратні та мають нижчу самооцінку, ніж чоловіки.

Є.Ніколаєва підкреслює умовність гендерних відмінностей на психофізіологічному рівні. Ніколаєва пов'язує психологічні відмінності з такими положеннями.

1. статева ідентичність, тобто первинна ідентифікація людини з тією чи іншою статтю, внутрішнє прагнення бути чоловіком або жінкою. В еволюційній лінії організмів це трапляється тільки в людини.

2. сексуально диморфна поведінка. Це проявляється у відмінностях у поведінковій активності представників різних статей як у людини, так і у вищих тварин. Наприклад, незалежно від виховання в сім'ї хлопчики часто надають перевагу агресивним іграм на свіжому повітрі, а дівчаткам - більш спокійним, які дають їм змогу в

майбутньому виконувати батьківську роль.

3. гендерні відмінності в пізнанні, когнітивних процесах, швидкості психічних реакцій, здатності до навчання і специфічних інтелектуальних здібностях.

4. сексуальна орієнтація - еротичний потяг до представників певної статі [2].

Е. Гідденс стверджує, що ґендер – це культурно зумовлений феномен. Діти вчаться у своїх батьків прикладів гендерної поведінки, характерної для тієї чи іншої культури. Ба більше, гендерні стереотипи відіграють важливу роль у сприйнятті батьками своїх дітей, а стосунки матері та дитини свідчать, що батьки по-різному спілкуються з хлопчиками та дівчатками, навіть якщо вони переконані, що ті поводяться однаково. Щоб підтвердити це, автори провели наступний експеримент. Під час експерименту спостерігали за п'ятьма молодими мамами, яким довірили турботу про шестимісячну дитину на ім'я Бет. Як правило, ці жінки часто посміхалися Бет і пропонували їй погратися з лялькою. Вони називали дитину "милою" і говорили "добрим голосом". Інша група матерів зовсім по-іншому реагувала на Адама, дитину того ж віку. Адама заохочували грати з паровозиками та іншими "хлоп'ячими" іграшками. Одна й та сама дитина грала ролі Бет і Адама, але в різному одязі. Не тільки батьки, бабусі й дідусі оцінюють дітей подібним чином. Наприклад, в одному з досліджень аналізувалися висловлювання медичного персоналу, який бере участь у пологах, на адресу новонароджених. Новонароджених хлопчиків найчастіше називали "великими хлопчиками" і "сильними хлопчиками", а новонароджених дівчаток - "лапочками" і "ніжними", при цьому вони практично не відрізнялися за зростом і вагою від хлопчиків [2].

Є.П. Ільїн наголошував на соціальній природі ґендеру. У його інтерпретації це означає, що "генітальна зовнішність", яка визначає акушерську (паспортну) стать немовляти, задає певну програму дорослим щодо його виховання. Дитині прищеплюються гендерні ролі відповідно до культурних традицій того суспільства, до якого вона належить. Це включає в себе систему "чоловічих" і "жіночих" стереотипів, тобто уявлень про те, якими мають бути чоловіки і жінки .

Гендерні стереотипи - це стандартизовані уявлення про моделі поведінки та риси особистості, які відповідають поняттям "чоловік" і "жінка". Ґендерні стереотипи слід розглядати з двох точок зору: у самосприйнятті чоловіків і жінок, з одного боку, і в колективній суспільній свідомості - з іншого.

Із численних досліджень, присвячених ґендерним

стереотипам, можна зробити два важливі висновки. Перший полягає в тому, що гендерні стереотипи сильніші за расові. Другий висновок про гендерні стереотипи полягає в тому, що існують сильні гендерні стереотипи і що члени групи, в якій існує стереотип, приймають цей стереотип.

Це переконливо демонструє дослідження Кей До та Тіма Емсвейлер. Експеримент відбувався так: студентам чоловічої та жіночої статі показували успішні результати, досягнуті колегою (чоловіком або жінкою) під час виконання складного завдання. Потім випробовуваних просили висловити власну думку про причини такого успіху. Результати показали, що і для студентів-чоловіків, і для студентів-жінок успіх чоловіка був зумовлений здебільшого його здібностями, а успіх жінки, на думку обох груп, був значною мірою зумовлений удачею .

Важливо позначити типи специфіки підпорядкування ґендерним нормам; Ш. Берн виокремлює три типи:

Поступливіть, що характеризується відповідністю соціальним нормам (люди не приймають соціальні норми, але змінюють свою поведінку відповідно до них, щоб уникнути покарання або отримати соціальне визнання);

Ідентифікація: заснована на повторенні поведінки рольових моделей (чоловіка, жінки, батька, матері) [1].

Повертаючись до соціальної зумовленості статі, слід зазначити поетапні особливості ґендерної ідентифікації. Кожен автор виділяє різну кількість стадій ґендерної ідентифікації; С. Томпсон виокремлює три стадії раннього розвитку ґендерних ролей:

- Діти знають, що існує дві статі.
- Дитина знає, що існує дві статі.
- Спираючись на самовизначення, вона керує своєю поведінкою та обирає нові способи поведінки [3].

На цій основі у хлопчиків і дівчаток формуються різні риси особистості. Під час свого дослідження А. Визгіна і С. Пантилеєв отримали такі відмінності в самоописах чоловіків і жінок

 Чоловіки. Схильні до придушення емоційних проявів, рідше спонтанно саморозкриваються, мають "захисний панцир" із норм і правил (емоційні, відкриті й індивідуалістичні висловлювання можуть бути індикаторами певного психологічного дистресу, дезадаптації, емоційної нестійкості та суперечності стереотипам маскулінності); активні, володіють почуттям аґентності й успішності, важливості власної ролі в досягненні "блага". Вони віддані об'єктивізму, ґрунтованому на фактах, і поважають себе, якщо відповідають

соціально бажаним характеристикам.

 Жінка. Акцентує увагу на міжособистісному спілкуванні. Вона емоційна і має органічну здатність привертати і виражати увагу оточуючих. Високий рівень цієї здатності свідчить про її психічне благополуччя і соціальну адаптацію (відсутність цієї здатності свідчить або про замкненість, невпевненість і невпевненість у собі, або про надмірну маскулінність); вона дещо імпульсивна, схильна до суб'єктивізму, а суворе слідування соціальним потребам сприймається як насильство над собою і призводить до самовичуження призводить до самовичуження. Її самоставлення більш цілісне, меншою мірою залежить від соціальної бажаності та по суті є самопрезентацією.

Натомість О. Вейнінгер стверджує, що чоловіків і жінок слід розглядати не як ізольовані полюси, а як дві субстанції, розподілені в різних пропорціях між усіма живими індивідами, і що коефіцієнт кожної з них не може дорівнювати нулю. Можна навіть сказати, що у світі немає ні чоловіків, ні жінок, а є тільки чоловічі та жіночі субстанції. Тому індивідууми А або В слід не просто позначати як "чоловічий" або "жіночий", а вказувати, скільки в них міститься того й іншого .

Теорія когнітивного розвитку (теорія самокатегоризації) розглядає як основні чинники процесу ґендерної ідентифікації інформацію, яку діти отримують від дорослих щодо своєї ґендерно-рольової поведінки, а також розуміння ними ґендеру та його незворотності. Гендерна сталість спонукає дітей шукати соціальні контакти для отримання інформації про гендерно прийнятну поведінку. Ця теорія робить акцент на когнітивних аспектах процесу ідентифікації. Спочатку дитина дізнається, що означає бути чоловіком чи жінкою, потім вирішує, ким вона є, а потім намагається адаптувати свою поведінку до чоловічих чи жіночих установок. Таким чином, інтелектуальний розвиток дітей має велике значення для гендерної ідентифікації [2].

Однак слід зазначити, що статева диференціація поведінки починається набагато раніше, ніж у дітей формується стійке уявлення про свою статеву приналежність.

Теорія гендерних схем, розроблена С. Бемом, містить низку рис теорії гендерних схем. Згідно з цією теорією, засвоєння і прийняття установок, пов'язаних із виконанням певних гендерних ролей, відбувається в процесі первинної соціалізації. Вважається, що статева диференціація і типізація є результатом гендерної схематизації інформації, пов'язаної з поняттями "чоловік" і "жінка". Діти під керівництвом дорослих вчаться обирати з усіх можливих визначень

"Я" тільки ті, що належать до їхньої статі. Сприймаючи нову інформацію (зокрема й нові знання про себе), діти кодують і організовують її відповідно до нав'язаних ззовні ґендерних схем, тобто домінантних у суспільстві культурних уявлень про мужність, жіночність і ґендерні ролі. Таким чином, і самооцінка дітей, і їхня поведінка значною мірою залежать від змістовних елементів гендерної схеми.

Список використаної літератури

1. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. К.: Просвіта, 2001. 410 с.
2. Максименко, С. Д. Поняття особистості в психології Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 7. С. 1-6
3. Максименко С.Д. К.С. Максименко, М.В. Папуча. Психологія особистості: Підручник К.: ТОВ «КММ», 2007. 296 с.

РОМАНОВА ЛЮБОВ ВІТАЛІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький інститут Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНА САМОДОПОМОГА ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ ОСОБИСТІСНОЇ КРИЗИ У ЗРІЛОМУ ВІЦІ

Тема психологічного здоров’я в сучасному світі набирає все більшої актуальності. Оскільки з певних особистих причин не кожна людина може звернутися до психолога то і тема психологічної самодопомоги є безумовно дуже актуальною в нашому сьогоденні. Кожна людина потребує певних знань і навичок, для того щоб мати вміння надати допомогу самому собі в будь якій проблемі, з якою їй доведеться стикнутися. Кожен має вміти подбати про себе, впоратися зі стресом і як наслідок залишатися продуктивним у взаємодії із суспільством. Але багато людей не вміють застосовувати стратегії самодопомоги, навіть для того щоб зарадити легким симптомам, такими як тривога або поганий настрій.

Сучасний світ став настільки динамічним і вимогливим, що до людини постійно висуваються нові і нові вимогі. Для того щоб активно взаємодіяти в соціальній, трудовій або навчальній діяльності та залишатись активною в динамічному русі життя людина має постійно відповідати вимогам, змінювати себе та вдосконалювати. Саме тому практично кожна особистість в своєму житті зтикається з

кризами будь якого характеру, що руйнують звичний, усталений ритм її життя. Вони ставлять людину перед проблемою неможливості існування у новій ситуації, примушуючи її страждати. Адже старі стратегії поведінки не діють, а нові – ще не вироблені. І від того, як вийде людина з кризової ситуації буде залежати її подальший особистісний розвиток.

В такому активному темпі сьогоднішня соціальна дійсність, як політична, так і економічна в будь-який момент може стати потужним стресогенним чинником для особистості. А знаходження людини в довготривалому стресі може спровокувати життєву кризу.

Життєва криза є складним феноменом індивідуального життя людини. Кризу можна визначити як тривалий внутрішній конфлікт із приводу життя в цілому, його сенсу, головних цілей та шляхів їх досягнення[1].

Переживання людиною кризи тісно пов'язане зі ступенем усвідомлення кризового стану.

У кризовій ситуації особистість стає дедалі неврівноваженою, набуваючи загостреної чутливості до зовнішніх впливів.

Уникнути переживання криз неможливо, але можна вийти гідно з цього життєвого випробування з конструктивними наслідками, спираючись на здобутки психологічної теорії та практики у феноменології життєвих криз. Конструктивне переживання кризи як неминучого життєвого феномену та вміння з нею впоратися є ключовим завданням особистості в річищі досягнення нею психологічної зрілості[4].

Своєчасно реагуючи на ранні попередження люди можуть привести свої погляди у відповідність з реальністю і таким чином запобігти розвитку кризової ситуації.

Зарубіжні дослідники для позначення терміна "психологічне подолання" використовують термін "coping", або "coping behaviour", розуміючи під ним індивідуальний спосіб взаємозумовленості людини і ситуації відповідно до її власної логіки, ваги в житті суб'єкта та його психологічних можливостей [2].

Головне завдання опанування себе, у зв'язку зі стражданнями під час кризи, – це забезпечення та підтримання певного рівня психічного та фізичного здоров'я, утримування хоча б мінімальної задоволеності самим собою, власною діяльністю, взаєминами, спілкуванням.

Т.М. Титаренко визначає наступні найбільш поширені стратегії опанування [3]:

– дистракція – відволікання, переключення своєї уваги на щось інше для зняття напруження, зайвої тривоги, поглинання страждання;

– релаксація, тобто розслаблення, що також допомагає переключити увагу, змінити масштаби у власному життєвому світі;

– перевизначення ситуації, нове її тлумачення. Людина робить спробу побачити свої проблеми в іншому світлі, щоб зробити ситуацію суб'єктивно терпимішою, не такою гострою;

– прийняття – погодження з тим, що проблема дійсно є, хоча поки що нічого не можна зробити для її розв'язання;

– емоційне відреагування, прояв почуттів у відповідь на ускладнення. Адже людині треба посумувати, поскаржитись, заглибитись в образу, вихлюпнути свій гнів, щоб пережити катарсис і мати змогу раціональніше розв'язувати складну ситуацію;

– пошук підтримки, коли людина самостійно звертається до рідних, друзів, знайомих, щоб поділитися своїми проблемами, хоча б трохи заспокоїтись, емоційно розрядитись;

– пряма дія, що спрямована на вирішення болючої проблеми, або хоча б збирання конкретної інформації про можливості такої дії.

Людина може сама обирати той спосіб опанування, який більше відповідає вимогам ситуації, з одного боку, та її власним індивідуальним особливостям, її досвіду, емоційному стану, з іншого.

Висновок. Отже, завдяки опануванню себе, людина має змогу якнайкраще адаптуватися до вимог ситуації, що дозволяє їй оволодіти цією ситуацією, послабити або пом'якшити ці вимоги, намагатися уникнути або звикнути до них і таким чином погасити стресову дію ситуації.

Список використаної літератури

1. Варій М. Й. Загальна психологія : навч. посібник / М. Й. Варій. – [2-ге видан., випр. і доп.]. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 968 с.

2. Заіка В.М. Особливості трансформації особистості людини в ході вирішення життєвої кризи. Методичні матеріали./ За ред. Л.Г. Перетятько.(Вид. 3-е, доп.) – Полтава, 2006. – 100с.

3. Психологія життєвої кризи / Відп. ред. Т.М. Титаренко. – К.: Агропром-видав України, 1998. – 348с.

4. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. – К.: Рута, 2001. – С.137.

РОЩИНА М.М.
магістерка психології, арт-терапевтка
м.Вінниця

ЗУСТРІЧ З ТІННЮ ЯК ШЛЯХ ВІДРОДЖЕННЯ ДУХОВНОЇ ЦІЛЬНОСТІ ІНДИВІДА ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

«Як я можу бути реальним, не відкидаючи тіні? Якщо я хочу бути цілісним, то маю мати і темну сторону; усвідомлюючи свою тінь, я згадую ще раз, що я людська істота, подібна до будь-якого іншого».

Карл Густав Юнг

Особливо важливим є аспект знайомства з Тінню, у світлі нинішніх подій – війни в Україні. Розглядаючи війну як похідну Тіні (особистої, колективної або так званої Тіні світу), нам простіше побачити і усвідомити важливість роботи з особистою Тінню як для індивіда так і для людства в цілому. У роботі «Боротьба з Тінню», К.Г. Юнг пише про постать Гітлера: «… він символізував щось, що у кожному індивіді. Він був найжахливішою персоніфікацією всіх низинних людських проявів. <…> Він представляв тінь, нижчу сторону особистості кожного, в приголомшливих масштабах, і це була причина, за якою за ним пішли. У Гітлері кожен німець мав побачити свою власну тінь, найбільшу для себе небезпеку. Усвідомити свою тінь і навчиться справлятися з нею – доля всіх людей» [2].

Можна сказати, що нездатність справлятися з власною Тінню в масштабах людства і до цього дня призводить до тих руйнівних подій, що випали на нашу долю і зараз ми маємо справу з чимось більш глибинним усередині нас. Простежується певна схожість процесів, що охопили фашистську Німеччину із процесами в нинішній Росії: умови тоталітаризму, викорінення інакодумців, гіпертрофоване показове витіснення «пороків», що вирощує Тінь до неймовірних масштабів, тотальне підпорядкування та страх, віра у власну «непогрішність і велич», тотальне «самовідбілювання» та проекції (інші народи звинувачуються у ненависті та зневазі до росіян; інші звинувачуються у скоєнні агресії, ксенофобії тощо). Як писав К.Г. Юнг: «Все, що перевищує розміри конкретної людини, відразу будить однаково нелюдські сили у його несвідомому. Викликається демон тоталітаризму, замість усвідомлення того, що все насправді можна досягти в моральній природі особистості одним незмірно малим кроком вперед» [2]. І цей крок – крок до визнання власної Тіні. Той крок, що зможе справді змінити картину світу, адже «все, що зникає з вашого психологічного арсеналу, здатне прийняти подобу ворожого

сусіда, який неминуче викличе ваш гнів і зробить агресивним. Без сумніву, краще знати, що ваш найгірший ворог знаходиться близько, прямо у вашому серці» [2]. Саме момент усвідомлення подій, глибинних механізмів зародження, можливості розуміння війни як прояву Тіні та проживання всіх цих подій шляхом побудови взаємодії зі світом через прийняття власної Тіні – і дасть нам справжній шлях, що допоможе вийти з війни, зберігши свою цілісність та мінімізувавши силу руйнівних наслідків.

Кожна з воєн, що людство переживало за свою історію, має набагато більше спільного, ніж ми звикли думати, адже так чи інакше вона породжена індивідуумом, і шлях зцілення, відновлення, виходу також лежить в індивідуумі. В 1916 році, у передмові до роботи «Психологія несвідомих процесів», Юнг писав: «Ця війна безжально показала цивілізованій людині, що вона, як і раніше, варвар.Але психологія окремої особи відповідає психології нації. Те, що народ робить, належить кожній людині, і до того часу, як людина це робить, це робить і нація. Тільки зміни щодо індивіда є початком змін у психології нації» (CW 7, стор 4) [3] .

Під час війни наша тіньова частина як ніколи раніше отримує активне поповнення новими якостями, думками, поривами та бажаннями. Те, що в мирному житті ми залишили б «при собі», зараз активно витісняється і надійно «замикається» по той бік. Так, несміливість, малодушність, лінь, егоїзм, жадібність, страх за своє життя і здоров'я, нерішучість і так далі, все це вирушає «під замок» без права доступу. Але ті частини нашої особистості, які ми вважаємо за краще ігнорувати чи заперечувати, зовсім не припиняють своє існування, та й не завжди є чимось негативним. Не забуватимемо, що всі ці почуття – невід'ємний компонент нашої спільної людяності.

І зараз, як ніколи, важливо навчитися приймати свої тіньові якості, адже багато хто, зіткнувшись з новою реальністю, опинився серед «поляризованого» світу з чіткою лінією поділу понять: «свій - чужий», «герой - боягуз», «перемога - поразка» і багато іншого. Що може призвести до загострення внутрішніх конфліктів, витіснення важливих елементів «я» та деформації нашої людської складової. Приймаючи власні недосконалості та можливість проживання «заборонених» почуттів, ми можемо приймати недосконалості інших та світу загалом, жити в умовах війни, зберігаючи живою свою душу і здатність залишатися Людьми, справлятися з болем та поневіряннями, не провалюючись у почуття безвиході, лють, провину, страх, саморуйнування. Нам буде набагато простіше зберігати душевну рівновагу та справлятися з викликами залишаючись просто людьми.

Не героями, не ангелами, а просто людьми зі своєю нездатністю, обмеженнями, своїми історіями та своїми недоліками, не всесильними та «всеправедними», а живими та справжніми. Юнг писав: «війна швидко прийде до кінця, якщо кожен зможе побачити власну тінь і почати боротьбу: боротьбу проти могутньої влади тіні» [2].

Список використаної літератури

1. Юнг К.Г. «Боротьба з тінню» https://royallib.com/read/yung_karl/borba_s_tenyu.html#0
2. Юнг К.Г. «Червона книга». 1.27 Мб, 390с. https://coollib.com/b/133088-karl-gustav-yung-krasnaya-kniga/read

РУДА ТЕТЯНА ОЛЕКСАНДРІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ОСОБИСТОСТІ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

Визначення «життєвої кризи» – це явище у внутрішньому світі людини, яке проявляється у різноманітному переживанні власної непродуктивності протягом життя. Т. Титаренко визначає життєву кризу як тривалий внутрішній конфлікт щодо життя в цілому, його сенсу, основних цілей і шляхів їх досягнення [1].

Ф. Василюк визначає «кризу» як переломний момент у житті, який настає в ситуації, коли неможливо здійснити вже розроблений життєвий план. Причиною кризи особистості може бути певна подія чи ситуація в житті людини, наростання особистісних протиріч: наявних або виникаючих. Загалом життєва криза, у розумінні Ф. Василюка, – це складна й багатовимірна ситуація, яка активізує творчий потенціал особистості [4, с. 37].

Щоб подолати життєві кризи, що виникли на шляху, важливо визначити ресурси людини, які можуть їй допомогти. Для подолання кризи необхідна достатня мобілізація психологічних ресурсів. За таких умов важко однозначно визначити, що є причиною кризової ситуації – внутрішні проблеми, які поступово загострюються, чи вкрай несприятливі зовнішні умови. Для аутсайдера з його здатністю бачити всюди руку долі, змови світу найважливішими стають зовнішні причини.

Для внутрішніх акторів, навпаки, життєві обставини будуть розглядатися як фон, на якому розвиваються складні внутрішні проблеми. Коли починається криза, надовго втрачається спокій, врівноваженість і передбачуваність. На зміну їм приходить роздратування, самовпевненість, неприйняття оточення, своїх вчинків, попередніх планів. Водночас наростає внутрішній хаос. Поведінка втрачає цілеспрямованість, людина не може пояснити причини своїх дій. Людина, яка переживає кризу, повинна кардинально трансформуватися, відмовитися від звичного і комфортного уявлення про власну цінність, про своє призначення в цьому світі [2].

І. Шкуратова виділяють такі групи особистісних ресурсів, які допомагають людині пережити кризи:

- світогляд і віра людини, сила духу;
- інтелект, креативність, інтерес до світу;
- системи умінь, навичок і знань;
- енергетичні ресурси (фізичне та психічне здоров'я, витривалість, темпераментні особливості);
- властивості особистості, спрямовані на опір деструктивним впливам (стійкість, цілеспрямованість, оптимізм, авторитет тощо).

А. Баканова підкреслює, що успіх подолання кризи залежить від глибини внутрішньої роботи з власним досвідом, використання проблеми, що виникла, для розвитку та усвідомлення екзистенціального контексту кризи [2].

В. Марков трактує особистісні ресурси як усе, що належить людині – це її фізичні характеристики, здібності, цінності та інші якості, які утворюють цілісну систему, що постійно розвивається [5]. До внутрішнього ресурсу особистості А. Деркач відносить психічні стани, здібності та якості особистості, які можуть забезпечити оптимізацію діяльності та підвищення її ефективності [1].

Внутрішні ресурси людини В. Бодров визначав як «практичний потенціал, що забезпечує високу реалізацію її діяльності, виконання трудових завдань, досягнення заданих показників за певний проміжок часу». А особистісні ресурси включали «особистісні характеристики та установки, що впливають на регуляцію поведінки» [3, с.116-117].

Інтенсивність соціальних катаклізмів і несприятливих факторів є для кожної людини індивідуальною. Зовнішні умови стають поштовхом до зміни життєвого плану, перебудови життєвого світу лише тоді, коли напруга внутрішніх протиріч, професійних і особистих невдач, образ, зрад, хвороб «розхитує» особистість як загальну

врівноважену систему, роблячи її все більш неврівноваженою. У кожного є час сподіватися і час втрачати віру, впадати у відчай, робити помилки і час починати спочатку. Життя завжди готує за рогом якісь несподівані шляхи та підступи, об'їзди головної дороги, які символізують кризові ситуації. Кризою можна назвати такий поворот на життєвому шляху, коли під загрозою опиняється життєвий план, проект майбутнього світобудови

Людина, яка переживає кризу, повинна кардинально трансформуватися, відмовившись від звичного і зручного уявлення про власну цінність, про своє призначення в цьому житті. Як відомо, хочеться зберегти своє ставлення до себе, а потім треба починати рухатися в невідомому напрямку, уявляти собі життя інакше, ніж раніше, шукати нові способи самовираження. Так чи інакше, усталені цінності неможливо зберегти при зміні мети життя. Іншим стає сприйняття світу, інший образ себе, і цей процес не швидкий і не безболісний. Від різних особистостей різний життєвий досвід накладає унікальний відбиток на глибину, тривалість і складність кризових переживань. Виявляється, ті ж життєві обставини минулого року відбувалися легко і поверхнево, не викликаючи розвитку справжньої кризи, а сьогодні раптом починають сприйматися як катастрофа. Постійно відчувається нереальність того, що відбувається. Здається, цього просто не може бути, це якийсь страшний сон, жах, хвора фантазія [1, с.17].

Обставини створюються таким чином, що спочатку дуже важко повірити у власні сили, у здатність подолати перешкоди, і тому особистість «ховається» за почуттям недійсності, нелегітимності, випадковості.

Оптимальний контроль людини над складною життєвою ситуацією зменшує відчуття безпорадності, яке так важко переживати під час кризи, врівноважує, стабілізує самооцінку, підтримує гармонізацію стосунків із оточенням і дає стимул до діяльності, яка людина не наважувалася зробити раніше.

Велике значення має пошук соціальної підтримки, яка сприяє бажанню почати вирішувати заплутаний життєвий конфлікт. Людині важливо відчути наявність надійного психологічного фону, щоб подолати страх, повірити в себе і вибрати оптимальну стратегію протистояння складним обставинам. Підсумовуючи, робимо висновок, що такий надзвичайно складний деструктивний фактор виникнення численних кризових ситуацій, як сучасна війна, значно знижує рівень психічного здоров'я населення. Пересічна людина опиняється в епіцентрі катастрофічних подій, які виснажують її адаптаційні

ресурси. Будучи тривалим і гострим багатогранним внутрішнім конфліктом про життя в цілому, його сенс, спрямованість, життєва криза передбачає пошук нових можливостей самовираження, нових компетенцій і шляхів самооновлення.

Необхідною умовою досягнення та збереження здоров'я особистості, яка тісно пов'язана із суб'єктивним благополуччям і задоволеністю життям, є здатність і готовність особистості творчо будувати власне життя. Для збереження психологічного здоров'я травмованої особистості важливо відновити здатність оцінювати повсякденне, конструктивно коригувати травматичні спогади, оптимістично прогнозувати майбутнє. Методи відновлення психічного здоров'я особи повинні розроблятися з урахуванням найбільш постраждалих в умовах кризи кадрових структур, можливості відновлення частково втрачених функцій і запобігання ускладнень [3].

Список використаної літератури

1. Іванова С.П. Психологічна стійкість особистості як фактор протидії негативним впливам. Освіта та суспільство. 2009. № 6. С. 37-45.

2.Маклаков А.Г. Особистісний адаптаційний потенціал: його мобілізація та прогнозування в екстремальних умовах. Психологічний журнал. 2001. № 1. С. 57-63.

3.Панок В. Г. Механізм саморозвитку особистості з точки зору прикладної психології. Педагогіка і психологія: Вісник НАПН України. 2016. № 3 (92). С. 16–25.

4.Панок В. Г. Прикладна психологія. Теоретичні проблеми: монографія / В. Г. Панок. К.: Ніка-Центр, 2017. 188 с

САДОВА НАТАЛІЯ ВАЛЕРІЇВНА
Здобувач 1-го курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МОТИВАЦІЇ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Молодший шкільний вік є важливим етапом у формуванні та розвитку мотиваційної сфери особистості. У цей період відбувається становлення навчальної діяльності як провідної, що зумовлює суттєві зміни у мотивації дитини. Перехід від ігрової до навчальної діяльності,

зміна соціальної ситуації розвитку, нові вимоги та обов'язки школяра - все це впливає на мотиваційні процеси молодших школярів.

Як зазначає О.Я. Савченко, у молодшому шкільному віці навчальна мотивація має свої особливості. Зокрема, у першокласників переважають широкі соціальні мотиви - прагнення бути школярем, займати нову соціальну позицію. Згодом зростає роль пізнавальних мотивів, інтерес до способів здобуття знань. Проте часто мотиви учіння можуть мати ситуативний, нестійкий характер . Тобто молодші школярі ще не завжди усвідомлюють важливість навчання, їхні мотиви можуть швидко змінюватися під впливом зовнішніх чинників.

Важливий внесок у розуміння природи мотивації учіння молодших школярів зробив Л.С. Виготський. Він довів, що головне у мотивації - це не сила мотивів, а їх ієрархія, тобто підпорядкування одних мотивів іншим. На його думку, учіння завжди спонукається цілим рядом мотивів, а не одним окремим мотивом. Крім того, для ефективного учіння необхідно, щоб мета діяльності і мотиви школяра збігалися. Це означає, що дитина має не просто хотіти вчитися, а й розуміти навіщо їй це потрібно, бачити сенс у навчальній діяльності.

За дослідженнями С.Д. Максименка, становлення мотивації учіння у молодшому шкільному віці залежить від розвитку пізнавальних процесів, довільної регуляції поведінки, рефлексії своїх дій. Також у цей період у дітей формується внутрішня позиція школяра - система потреб і прагнень, пов'язаних зі шкільним життям. Тобто мотивація учіння тісно пов'язана з усіма аспектами психічного розвитку дитини, її самосвідомістю, самооцінкою, здатністю до саморегуляції.

Г.С. Костюк зазначав, що для молодших школярів характерна своєрідна форма допитливості - інтерес до всього нового, незвичного. Проте ця допитливість ще носить елементарний, поверховий характер. У дітей цього віку переважає мимовільна увага, яка легко відволікається на щось яскраве, емоційно насичене. Тому пізнавальні мотиви поступаються місцем зовнішнім стимулам [2].

В.О. Сухомлинський підкреслював, що мотивами учіння молодших школярів мають стати радість відкриття нового, інтерес до знань, захоплення процесом розумової праці. Він писав: «Дитина, яка не пізнала радості праці в навчанні, не пережила гордості від того, що труднощі подолано, - це нещасна дитина... Радість праці - це

самовираження в праці. Це тільки тоді можливо, коли розумова праця в навчанні - не тягар, не ярмо, а цікава, захоплююча діяльність».

На думку І.Д. Беха, формування у молодших школярів повноцінної мотивації учіння можливе лише тоді, коли провідними стануть мотиви, безпосередньо пов'язані з навчальною діяльністю - пізнавальні та мотиви самовдосконалення. Саме ці внутрішні, глибинні мотиви створюють стійку основу для ефективної навчальної діяльності, спрямовують дитину на оволодіння новими знаннями і способами дій [1].

Отже, молодший шкільний вік - сензитивний період для формування мотивації учіння. У цей час відбувається інтенсивний розвиток усіх складових мотиваційної сфери: потреб, інтересів, цілей, сенсів. Проте мотивація навчання молодших школярів має свою специфіку - переважання зовнішніх і ситуативних мотивів, нестійкість спонук, залежність від підтримки вчителя. Врахування цих особливостей дозволить педагогам створити сприятливі умови для розвитку у дітей пізнавального інтересу, усвідомленості навчання, прагнення до саморозвитку і досягнень. Це вимагає застосування активних методів навчання, опори на життєвий досвід дітей, емоційного заохочення, створення ситуацій успіху.

Таким чином, розвиток мотивації учіння у молодших школярів - складний, поетапний процес, що потребує системного психолого-педагогічного супроводу. Спираючись на природні потреби і прагнення дітей, педагоги мають створювати умови для збагачення їхніх мотивів, забезпечення переходу від зовнішньої до внутрішньої мотивації, від мотивації уникнення невдач до мотивації досягнення успіху. Саме сформованість позитивної, стійкої мотивації учіння є запорукою ефективності пізнавальної діяльності школярів, основою розвитку їх здібностей, талантів та можливостей.

Список використаної літератури

1. Дзюбко Л. В., Гриценок Л. І. Мотивація навчальної діяльності як психолого-педагогічна проблема. Психологічні науки: проблеми і здобутки. 2018. Вип. 4. С. 33-43.

2. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Психологія особистості : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2020. 128 с.

СЄВЕРОВА МАРИНА ЛЕОНІДІВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

АНАЛІЗ АСПЕКТІВ ГОТОВНОСТІ ЖІНОК ДО ШЛЮБУ

Психологічні аспекти важливі у формуванні готовності жінок до шлюбу, оскільки вони впливають на їхнє сприйняття себе, своїх партнерів та майбутніх відносин. Дослідження Джонсона та Сміта (2017) підкреслюють важливість самооцінки у формуванні готовності до шлюбу. Жінки з високою самооцінкою можуть мати більш позитивне уявлення про себе як партнерів і бути більш відкритими до вступу в стосунки.

Крім того, готовність до компромісу та співпраці є важливими психологічними факторами, які впливають на рішення жінок вступати в шлюб. Дослідження Чжана та Лі (2018) показують, що здатність до компромісу та готовність до співпраці відіграють ключову роль у стабільності та задоволенні від відносин. Жінки, які мають розвинені навички спілкування та вміють знаходити компроміси у важких ситуаціях, можуть бути більш схильними до вступу в шлюб.

Економічний контекст та кар'єрні амбіції: Вплив фінансового статусу, професійних амбіцій та кар'єрних перспектив на готовність жінок до зобов'язань шлюбу.

Фінансовий статус, професійні амбіції та кар'єрні перспективи можуть значно впливати на готовність жінок вступати в шлюб, враховуючи їхню самостійність та незалежність. Дослідження Сміта та Джонсона (2018) вказують на те, що жінки з високим фінансовим статусом можуть відчувати менший тиск від шлюбних зобов'язань, оскільки вони мають більшу фінансову незалежність та можуть забезпечувати себе самостійно.

Професійні амбіції та кар'єрні перспективи також можуть впливати на готовність жінок до шлюбу. Дослідження Міллера та Шмідта (2019) свідчать про те, що жінки, які мають високі професійні амбіції та визначені кар'єрні цілі, можуть відкладати шлюб або вважати його менш пріоритетним у порівнянні з розвитком своєї кар'єри.

Гендерні аспекти готовності до шлюбу: Різниця між очікуваннями суспільства від чоловіків і жінок щодо шлюбу та його ролі, і вплив цього на готовність жінок вступати в шлюб.

У багатьох суспільствах існує розрізнене ставлення до готовності чоловіків і жінок вступати в шлюб, що може визначатися різницею в очікуваннях суспільства та стереотипах стосовно ролі кожної статі у сім'ї. Дослідження Брауна та Хілл (2017) вказують на те, що чоловікам частіше дозволяється затримувати вступ в шлюб та розширювати свої кар'єрні можливості, тоді як жінки частіше піддаються соціальному тиску щодо створення сім'ї та материнства у молодому віці.

Подальше дослідження Кім і Квонг (2018) свідчить про те, що очікування суспільства від жінок можуть включати не лише материнство, але й роль домогосподарки та підтримки чоловіка в його кар'єрних амбіціях. Це може створювати притиск і відчуття обмеженості для жінок, які мають власні професійні амбіції та прагнуть більшої незалежності.

Психологічні аспекти партнерства та стабільності шлюбу: Фактори, які сприяють стабільності шлюбу, такі як емоційна інтелігентність, емоційна підтримка та взаєморозуміння між партнерами.

Стабільність шлюбу залежить від різних психологічних аспектів, які визначають якість відносин між партнерами. Дослідження Хартлі та Джонсона (2019) підкреслюють значення емоційної інтелігентності у відносинах. Партнери, які володіють високим рівнем емоційної інтелігентності, здатні краще розуміти свої власні почуття та почуття свого партнера.

Далі, емоційна підтримка є ще одним важливим фактором стабільності шлюбу. Дослідження Лі та Ченга (2018) вказують на те, що партнери, які надають емоційну підтримку один одному в часи стресу та труднощів, мають більші шанси на успішне подолання викликів та збереження стабільності відносин.

Крім того, взаєморозуміння між партнерами відіграє важливу роль у стабільності шлюбу. Дослідження Янга та Лі (2020) показують, що здатність партнерів до ефективного спілкування та розуміння потреб один одного сприяє побудові здорових відносин і зменшує ризик конфліктів та розлучень.

Тенденції та зміни в готовності до шлюбу: Аналіз змін в сприйнятті шлюбу серед жінок протягом часу та їх відношення до цього соціального інституту.

Сприйняття шлюбу серед жінок претерпіває зміни відповідно до соціокультурних та економічних тенденцій. Дослідження Смітсона та Коллінза (2019) свідчать про зменшення важливості шлюбу у порівнянні з іншими формами партнерства, такими як спільне

проживання або невиробничі стосунки. Це може вказувати на зміну у відношенні жінок до шлюбу як основного соціального інституту.

Подальше дослідження Гарсії та Лопеса (2020) показує, що жінки все частіше виявляють бажання зосереджуватися на освіті, кар'єрі та самовдосконаленні, перш ніж на вступі в шлюб. Це може свідч.

СИНЯКОВИЧ ОЛЕНА ЄВГЕНІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність "Психологія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПІДХОДИ ДО АНАЛІЗУ ПОНЯТТЯ «ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ»У ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

Поняття «життєстійкість» увійшло до наукового вжитку в кінці 80-х років XX століття завдяки дослідженням та працям Сьюзан Кобейсою (S. Kobasa) та Сальваторе Мадді (S. Maddi) - вони ввели поняття «hardiness». Життєстійкість розглядається науковцями у контексті проблеми збереження фізичного, психічного й соціального здоров'я людини, що надає життю цінність і смисл за будь-яких обставин. З точки зору С. Мадді, поняття «життєстійкість» відображає психологічну живучість і розширену ефективність людини, пов'язану з її мотивацією до подолання стресогенних життєвих ситуацій. За С. Мадді поняття життєстійкості включає в себе три порівняно автономних компоненти: залученість, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життєстійкості в цілому перешкоджає виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях за рахунок стійкого подолання стресів і сприйняття їх як менш значущих .

Виразність цих компонентів перешкоджає виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях завдяки стійкому опануванню стресами і сприйняттю їх як менш значущих.

Людина з розвиненим компонентом залученості отримує від власної діяльності задоволення, почуває себе цінною та важливою.

Компонент контролю передбачає впевненість у тому, що боротьба дає змогу впливати на результати того, що відбувається навіть у тому разі, коли успіх справи не гарантовано. Людина, яка має розвинений компонент контролю, переконана, що сама обирає власну діяльність та свій шлях [1].

Прийняття ризику – переконаність людини в тому, що все те, що з нею трапляється, сприяє її розвитку за рахунок знань, які він

отримує з досвіду, – неважливо, позитивного або негативного. Воно полягає в сприйнятті особистістю події життя як виклику і випробування особисто собі. В основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань з досвіду і подальше їх використання.

На думку С. Мадді, стресові впливи переробляються людиною саме на основі життєстійкості, і вона є каталізатором поведінки, що дозволяє трансформувати негативний досвід у нові можливості. Саме ця риса є основою відкритого й енергійного протистояння стресовим подіям і кризам.

Варто відмітити, що С. Мадді окремо зазначав роль кожного з цих трьох компонентів для збереження психічного здоров'я та працездатності в стресогенних умовах, тому аналіз особливостей прояву даного феномену на прикладі громадян, що займаються волонтерською діяльністю в умовах воєнного стану є надзвичайно актуальним. Також значимим для нашого дослідження є зауваження вченого щодо того, що особливо цінним є можливість діагностувати індивідуальні відмінності прояву кожного з трьох компонентів, а також їх узгодженість із загальним рівнем життєстійкості.

Життєстійкість (hardiness) є системою переконань про себе, про світ, про відношення зі світом. Вона характеризує міру здатності особистості витримувати стресові ситуації, зберігаючи внутрішню збалансованість і не знижуючи успішність діяльності.

О. Ларіна представила детальний аналіз складових життєстійкості, Включеність як компонент дає можливість не лише враховувати схеми планування часу з конкретними термінами реалізації певних завдань, але й даєможливість особистості рухатися за плином подій, планувати власне майбутнє з врахуванням актуальної життєвої ситуації, тобто, не обмежувати себе конкретним планами на майбутнє. Контроль як компонент представляє собою установку віри в те, що особистість може упоратися з тими проблемами, котрі виникають на її шляху, віру в власну ефективність на основі прояву здатності до впливу на перебіг життєвих подій. Прийняття ризику як компонент життєстійкості забезпечує психологічну готовність діяти у ситуаціях ризику, невизначеності, готовність набувати життєвий досвід, як позитивний, так і негативний [1].

Т. Титаренко зазначає, що життєстійкість проявляється у таких індивідуальних особливостях, рисах характеру, як: активність, цілеспрямованість, сміливість, загартованість, витримка тощо. Ми погоджуємося із думкою дослідниці, яка вважає, що життєстійкість є морально-психологічною характеристикою особистості, що впливає на

спосіб її взаємодії зі світом, і вона має важливу роль не тільки в складних і стресових умовах, а й у повсякденному житті, коли людина приймає рішення, робить вибір, ставить перед собою життєві цілі і завдання [1].

Дослідники Л. Бурлачук, О. Коржова та Є. Варбан окреслюють основні підходи до вивчення психологічних аспектів складних життєвих ситуацій, які потребують від людини дій, що перевершують її адаптивні можливості та ресурси. Дослідники наголошують, що ситуація передбачає активну позицію самої людини щодо життєвих обставин, певне їх осмислення, переживання [2].

На думку К. Маннапової, життєві події викликають в особистості різні реакції й організовують дійсність відповідно до проблеми. Якщо особистість постійно обирає звичні способи реагування на важкі життєві ситуації, виходячи з прагнення до комфорту та безпеки, то в майбутньому це призводить до життєвого застою особистості .

Життєстійкість особистості дехто з дослідників розглядає як інтегральну особистісну рису, відповідальну за успішність подолання собистістю життєвих труднощів у ситуації вибору (Maddi, 1994), як особистісний ресурс (Рассказова, 2005). На думку В. Предко, життєстійкість – інтегральна якість особистості, яка ґрунтується на активних життєвих установках, супроводжується здатністю до досягнення мети, забезпечує самодетермінацію та внутрішню збалансованість, сприяє розкриттю ресурсного потенціалу й постає провідною умовою повноцінного розвитку.

О. Маклаков у межах концепції особистісного адаптаційного потенціалу виділяє такі компоненти адаптивності особистості: нервово-психічна стійкість, комунікативні особливості, моральна нормативність. Учений розглядає адаптацію не тільки як процес, але і як саморегуляційну систему, яка здатна пристосуватися до змінних зовнішніх умов. Що вищі адаптаційні можливості, то вища вірогідність того, що організм людини збереже нормальну життєздатність і високу ефективність діяльності.

На думку науковців, життєстійкість особистості є певним ресурсом, потенціалом, який може бути затребуваний ситуацією; інтегральною психологічною властивістю особистості, що розвивається на основі установок активної взаємодії із життєвими ситуаціями.

Життєстійкість виступає внутрішнім ресурсом особистості, яка допомагає впоратися з стресовими, військовими, тяжкими життєвими ситуаціями.

Погоджуємося із думкою Л. Степаненко про те, що складна життєва ситуація, не лише забезпечує особистісне зростання, а й відкриває індивідуальність в особистості, яка переломлюється через унікальний досвід вирішення проблеми. Так, переживаючи складну життєву ситуацію особистість крізь біль та страждання здатна зцілитися, сформувати життєстійкість .

О. Чиханцова розглядає життєстійкість як основний ресурс для подолання життєвих труднощів, як здатність людини контролювати життєві події та керу вати ними, сприймати труднощі як цінний досвід і успішно з ними справлятися, використовуючи їх як можливість для особистісного зростання .

У працях вітчизняних авторів щодо аналізу структури життєстійкості є різні підходи: і як до поліструктурного поняття, усі компоненти якого мають рівноцінне значення, і як до поліструктурного поняття, окремі компоненти якого мають визначальне значення. Наприклад, доволі поширеним є підхід, в рамках якого виділяють наступні компоненти життєстійкості: когнітивний (осмислення і оцінка ситуації), поведінковий (навички подолання), мотиваційний (мотив активності), емоційний (емоційне реагування).

С. Кравчук розглядає життєстійкість як психологічний феномен, який на змістовно-структурному рівні є складною інтегральною характеристикою особистості та містить такі психологічні компоненти: емоційний, когнітивний, моральний, вольовий і поведінковий.

Список використаної літератури

1. Побідаш А. Ю. Основні підходи до визначення поняття “hardiness” – життєва стійкість та суміжних з ними понять/ А. Ю. Побідаш // Збірник71 наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. – 2013. – С. 493-501.

2. Предко В. В. Психологічне значення життєстійкості задля ефективного розвитку підлітка в умовах освітнього середовища. Габітус. 2020. Вип. 19. С. 185-189. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2020_19_34.

СКАКУН ІННА ЛЕОНІДІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність "Психологія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

КОПІНГ СТРАТЕГІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УКРАЇНЦІВ ТА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВПІД ЧАС ВІЙНИ

. З 2014 року українці живуть в умовах серйозних викликів, які супроводжуються чергуванням періодів невизначеності та нестабільності з періодами відносного спокою. З 24 лютого 2022 року внаслідок початку бойових дій на території України період відносного спокою закінчився і населення проживає в умовах негативного впливу війни і стресових чинників. Особливості адаптації людини до кризових умов характеризуються застосуванням копінг-стратегій різної направленості та контексту, який відрізняється у тому числі в залежності від належності до певної соціальної групи, статі та інших факторів. Аналіз стратегій подолання складних життєвих обставин є важливим для розуміння того, які заходи є найбільш вживаними та ефективними для підтримки психологічної та фізичної стійкості. Актуальність таких досліджень набуває особливого сенсу в умовах військових конфліктів, де ситуація змінюється швидко, і люди стикаються з загрозою життя і здоров'ю. Вивчення поведінкових особливостей людей під час війни дасть змогу розробити практичні рекомендації для допомоги і підтримки населення, а також бути підґрунтям ефективних програм відновлення.

Тому визначено мету соціально-психологічної реабілітації, що полягає у сприянні підтриманню і оновленню психологічного здоров'я, тобто збереженню та відтворенню фізичного, соціального та особистісного здоров'я як основного персонального капіталу. Розглянуто складові успіху у відновленні психологічного здоров'я людей, постраждалих від довготривалої травматизації, що передбачають активне використання, по-перше, традиційного медійного та сучасного мережевого відновлювального потенціалу; по-друге, реабілітаційного ресурсу сім'ї та родини; по-третє, самовідновлювального внутрішнього ресурсу особистості. Визначено змістові мішені соціально-психологічних реабілітаційних технологій, зорієнтованих на активізацію готовності особистості до змін: а) у ставленні до себе, самоідентифікуванні; б) у спілкуванні із значущим

оточенням, освоєнні нової комунікативної території; в) у сенсопородженні, наповненні часу власного життя пошуком нових цінностей, смислів, орієнтирів. дослідження було оцінити ефективність позитивних копінг-стратегій у боротьбі з негативними стресовими факторами під час війни в Україні.

Визначені актуальні проблеми психологічної допомоги населенню в умовах соціальних потрясінь, категорії клієнтів, що потребують допомоги, стратегію психосоціального відновлення особистості; проаналізовані переваги застосування методології арт-терапії. Апробація реабілітаційних програм, спрямованих на подолання наслідків емоційного вигоряння та реабілітацію демобілізованих військовослужбовців, довела адекватність та доцільність використання арт-терапії як методу допомоги постраждалим в умовах воєнно-політичних викликів сучасності.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилось у квітні-червні 2023 року онлайн у рамках проекту «Самопочуття та життєдіяльність українців під час війни» (протокол №1 засідання комітету з медичної етики ДУ «Інститут громадського здоров'я НАМН України» від 28.02.2022 р.). Посилання на анкету було розміщене у соціальних мережах і вибірка формувалась методом «снігової кулі». Всі учасники ознайомились з інформацію про дослідження і підписали інформовану згоду.

Для вивчення поведінкових стратегій подолання впливу стресу під час війни до загальної анкети були включені питання спеціально розробленого опитувальника «Behavioral Coping Strategies Assessment during War» (BORAS-W). Опитувальник був розроблений на основі теорії позитивної психології і містив три блоки стратегій. Перший блок стратегій направлений на особисте зростання і взаємодію із соціумом: хобі, культура і освіта (читання, вивчення мов, кіно, театр, музеї), музика, піклування (про рідних, друзів, домашніх улюбленців), волонтерство, спілкування, плани на майбутнє. Другий блок направлений на фізичне і психічне благополуччя: спорт і фізичні вправи, прогулянки, йога, медитація, дихальні вправи, арт-терапія, спостерігання за природою. У третій блок включені стратегії, які забезпечують тимчасове відволікання або самозаспокоєння: смачна їжа, відеоігри, фільми/серіали. Ми попросили респондентів оцінити як кожна із стратегій допомагає їм боротись зі стресом під час війни і вибрати одну з трьох відповідей (допомагає, не допомагає, важко визначитись). На основі аналізу усіх відповідей був створений індекс результативності стратегій (IPC), який було виражено у відсотках і оцінено за трьома рівнями (низький, середній, високий) за сигмальною

шкалою.

У дане дослідження були включені анкети, у яких були заповнені всі пункти опитувальника BORAS-W (альфа Кронбаха=0,78; Average Inter-Item Correlation=0,18). Вибірка була репрезентативною тільки для жіночої статі, оскільки відповіді чоловіків становили тільки 12,5% із загальної кількості анкет 1801 (середній вік респондентів 36,2±0,3 років).

Результати. Аналіз першої групи стратегій показав, що більше 70% респондентів вважають, що у протидії стресовим факторам їм допомагає музика, піклування про когось та спілкування. Біля 60% вважають, що їм допомагає хобі, заходи культури і освіти, а також плани на майбутнє. Волонтерство у якості адаптивного заходу відмітило біля 50%. Встановлено відмінності між частками жінок і чоловіків, що використовували дані стратегії .Частка осіб, що повідомили про дієвість таких стратегій як піклування та спілкування. культура і освіта, плани на майбутнє та волонтерство, була вищою серед жінок.

Вивчення другої групи стратегій показало, що більше 80% респондентів вважають прогулянки і більше 70% спостерігання за природою ефективною протидією стресу. Від 23,9 до 28,9% відмітили корисний вплив таких занять як йога, арт-терапія та дихальні вправи. Але в той же час близько 20% учасників дослідження вказали на негативний досвід взаємодії з цими практиками. Що стосується спортивних занять, то під час війни 51,5% респондентів вважали, що такі заняття їм допомагають, а 21,7% відмітили низьку ефективність. При цьому спортивні заняття у якості ефективної копінг-стратегії відзначили переважно чоловіки. а терапевтичні практики – жінки і найбільші відмінності були визначені при практикуванні спостерігання за природою.

Щодо третьої групи стратегій, то ефективність смачної їжі та перегляду фільмів і серіалів відмітили відповідно 67,8% та 65,1% респондентів. Відповідно 19,5% та 18,6% визнали цю стратегію неефективною. Окрім запитань, що увійшли в опитувальник BORAS-W, ми задали запитання щодо дієвості алкоголю і куріння при подоланні стресу під час війни. Встановлено, що ці вживання алкоголю допомагало 21,4% опитаних, а куріння – 16,1%. При цьому низьку ефективність алкоголю відмітили 40,6%, а куріння – 40,8%.

Висновки. Проведена оцінка типу і ефективності адаптивних стратегій під час війни показала, що більше 70% респондентів відмітила дієвість таких стратегій як прогулянки, хобі, музика, піклування про когось, спостерігання за природою. Також більша

частина респондентів (62,4-67,8%) вказала на ефективність таких занять як вживання смачної їжі, перегляд фільмів та серіалів, а також дозвілля, що підвищує особистісне зростання (читання, вивчення мов, кіно, театр, музеї). Різноманітність застосованих копінг-стратегій свідчить про досить гарну інформованість населення щодо можливостей збереження ментального здоров'я в умовах війни, але інформованість населення щодо користі спортивних занять в умовах надмірного стресового навантаження потребує більшої уваги.

Список використаної літератури

1. Мартіна Мюллер. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук. рєд. Катерина Явна. (Серія "Сам собі психотерапевт"). Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.

2. Пам'ятка Соціально-психологічного центру Головного управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України щодо подолання стресового стану та посттравматичного стресового розладу для офіцерського складу № 335/ від 17.03.2014.

СОРОКІН ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСІЙОВИЧ
студент 2 курсу магістатури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРИЧИНИ І НАСЛІДКИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

Поведінка деяких дітей і підлітків відрізняється від поведінки тих, хто дотримується норм сім'ї, школи та суспільства. Вони звертають увагу на порушення норм, невідповідність порадам і рекомендаціям. Поведінка, яка відхиляється від загальноприйнятих моральних принципів, а в деяких випадках і правових норм, називається девіантною поведінкою. Вони включають антидисциплінарні, антісоціальні, делінквентні протиправні дії та аутоагресивні (суїцидальні) дії. Різні відхилення у розвитку особистості та її реагування можуть бути причиною їх генетичного походження. Це, як правило, реакція дітей і підлітків на складні ситуації в житті.

Фізичний розвиток, умови виховання та соціальне оточення також пов'язані з ймовірністю виникнення відхилень у поведінці [5].

Підліток оцінює своє тіло і робить висновки про свої соціальні цінності. Розуміння свого тіла полягає в розумінні як власних здібностей, так і того, як ми бачимо та оцінюємо оточуючих. Швидкий ріст тіла під час статевого дозрівання призводить до зміни скелета. Це може призвести до пасивного ставлення до фізичної слабкості, бажання компенсувати свої недоліки в іншій області або спробувати їх виправити. Запізнення розвитку нервово-м'язового апарату може призвести до порушення координації рухів, що призводить до недолугості. Натяки оточуючих про зовнішній вигляд викликають бурхливі афекти та спотворюють поведінку. Хлопці старшого віку вірять у свою силу та мужність. Вони можуть не боротися за повагу людей, які їх оточують. Сприйняття їх як сильних, розумних і дорослих підвищує їхню впевненість у собі. У результаті вони більш природно поводяться, більш слухняні та вимагають менше уваги. Худі та низькорослі хлопчики виглядають маленькими, незрілими та непристосованими. Вони бунтівні та потребують опіки. Вони змушені постійно демонструвати винахідливість, підприємливість, «хоробрість» і «досягнення», щоб довести, що вони корисні та навіть незамінні для своєї групи [2].

Активність такого типу викликає труднощі в спілкуванні та емоційну напругу, що сприяє девіантній поведінці.

Статеве дозрівання впливає на поведінку людини. В одних випадках передчасний статевий розвиток викликає переважно емоційні розлади, тоді як в інших випадках виникають порушення поведінки (претензійність, запальність, агресивність) і розлади потягів; особливо сексуальні. Повільність, незібраність, невпевненість, імпульсивність і труднощі адаптації є ознаками затримки статевого розвитку [1].

Психологічні особливості можуть спричинити девіантну поведінку. У молодших підлітків відзначаються диспропорції у рівні особистісного розвитку та його темпах. Відчуття дорослості призводить до збільшення домагань. Емоційність стає нестабільною, відрізняється різкими змінами настрою, швидкими переходами від ентузіазму до депресії. Підлітки виявляють спалахи емоцій у відповідь на критику фізичних здібностей чи зовнішніх даних, а також коли вони стикаються з нерозумінням своїх прагнень до самодостатності. Хлопчики в 11-13 років і дівчата в 13-15 років відзначають найбільш нестійкий настрій. На цей вік припадає найбільше впертості. Старші підлітки шукають своє місце в житті та хвилюються про своє право на самодостатність. Здібності, інтереси, світогляд і психосексуальна орієнтація змінюються. Тим не менш, нестійкість і імпульсивність все ще супроводжують наполегливість і цілеспрямованість у цьому віці.

Чіткість і невпевненість у своїх силах поєднуються з надмірною самовпевненістю та категоричністю. Потреба в ніжності уживається з садизмом, прагматизмом і прагматизмом, бажанням самотності та безцеремонністю [5].

Розвиток особистості підлітка впливає на його суспільство та культуру, а також на його соціально-економічне становище та стать. Сучасні підлітки завершують статеве дозрівання раніше, ніж настання соціальної зрілості. Коли людина має багато вибору щодо свого життєвого шляху, їй важче адаптуватися. При цьому соціальне дозрівання відбувається нерівномірно і залежить від отримання освіти, отримання матеріальної незалежності або настання повноліття. Підлітки можуть виявитися непристосованими в деяких аспектах свого життя і важко переживати свою неспроможність. Наприклад, підліток може виявитися повністю незрілим у стосунках з особами протилежної статі, якщо він є членом групи спортсменів.

У підлітковому віці розширюється різноманітність соціальних ролей, включаючи роль учня, учасника самодіяльності, члена спортивної команди тощо. Однак їх прийняття дуже важко, що може викликати значну емоційну напругу та порушення поведінки [3].

Перші ознаки деліквентної поведінки виникають через страх покарання або як реакцію протесту, а потім перетворюються на умовно-рефлекторний стереотип. Це може бути результатом недостатнього нагляду батьків; метою розваги; реакцією на надмірні вимоги у сім'ї; реакцією на недостатню увагу з боку близьких; тривоги та страху від покарання; наслідком фантазій і мрійливості; позбавлення від опіки батьків чи вихователів; або як наслідок жорстокого поводження з боку товаришів. Це також може бути результатом невмотивованого бажання змінити ситуацію, яка призводить до нудьги, туги [4].

Рання алкоголізація та наркотизація (поведінка, яка викликає адикцію) Це еквівалент домашнього пияцтва та наркоманії для дорослих. Половина випадків алкоголізації та наркотизації відбувається в підлітковому віці. Більша третина делінквентних підлітків знайома з наркотиками та зловживає алкоголем. Мотиви вживання можуть бути різними, наприклад бути своїм у компанії, цікавість, прагнення до дорослішання або зміни психічного здоров'я. Вони продовжують пити та приймати наркотики, щоб відчувати себе краще, бути більш розкутими та впевненими в собі, тощо. Поява психічної залежності (бажання пережити підйом або забуття) і фізичної залежності є першими ознаками адиктивного поведінки. Групова психічна залежність — це небезпечний попередник

алкоголізму. Ранні ознаки алкоголізму та наркоманії включають прагнення підлітка знайти спосіб випивки або наркотизації, а також постійний пошук спиртних напоїв або наркотиків [1].

Девіації сексуальної поведінки – це підвищений статевий потяг підлітків, який не усвідомлюється. Сексуальні відхилення легко виникають, оскільки не завершена статева ідентифікація. Особливо схильні до них підлітки, у яких швидке та уповільнене дозрівання. У перших людей сильний статевий потяг виникає задовго до соціальної зрілості, тоді як у других людей сексуальна активність з'являється як бажання самоствердитися. Крім того, старші товариші можуть спокушати підлітків, що відстають у розвитку. Сексуальні девіації у підлітків є минучими та залежать від обставин.

Отже, у зв'язку з тим, що виховні заходи виявляються неефективними для виправлення підлітків, описані поведінкові порушення нерідко ставлять у безвихідь батьків і педагогів. За допомогою психологів у цих випадках можна досягти значного успіху. Психологи можуть розкрити справжні причини розладів поведінки та дати відповідні рекомендації.

Список використаної літератури

1. Занюк С. Мотивація та саморегуляція учня. К.: Главник, 2021. 196 с.
2. Льовочкин В.А., Томчук М.І., Якимчук Т.В. Психічні стани особистості в установах покарань: монографія. Хмельницький, Евріка, 2019. 248 с.
3. Семиченко В.А. Психологія емоцій. К.: Магістер-S, 2018. 128 с.
4. Томчук С.М. Психологія емоційних явищ. Вінниця: ВСЕІ Університету «Україна», 2018. 175 с.
5. Чамота П.Р. Характер та його виховання у дітей. К.: Вища школа, 2020. 258 с.

СПІРІДОНОВА ЛІЗА ІГОРІВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА****,*
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

У психологічній літературі сьогодні використовуються такі поняття, як «глобальна самооцінка», «самоповага», «самоприйняття», «ціннісне ставлення до себе», «любов до себе», «самовпевненість» тощо, як самоставлення, хоча деякі автори вживають ці слова в різних значеннях.

Розбіжності у використанні термінів можуть бути викликані різними причинами, включаючи різні теоретичні точки зору, різні погляди на зміст і ґенезу самоставлення, а також іноді особисті переваги. Таким чином, самоставлення – це почуття власної цінності, яке проявляється через почуття самоповаги. Однак інші дослідники вважають, що симпатія є основою самоставлення. У третій групі дослідників було намір об'єднати думки за допомогою визначень, які були включені до самоставленого набору критеріїв; однак виявилося, що ці набори дуже відрізняються один від одного і рідко збігаються.

Незважаючи на це, більшість дослідників сходяться на думці, що будь-яке дослідження проблеми самоставлення буде розглядатися через призму самосвідомості.Різноманітні джерела пропонують різні визначення цього поняття:

1) Самосвідомість визначається як вищий рівень свідомості і служить основою для формування розумової активності та самостійності людини в її діях і виборах. Самосвідомість можна коротко визначити як те, як ви оцінюєте себе. Ця думка та погляд нерозривно пов'язані з прагненням до зміни та самовдосконалення. Спроба знайти сенс власної діяльності є однією з вищих форм самосвідомості, яка часто трансформується в пошук сенсу життя [1, с.480].

2) Самосвідомість – це система психічних механізмів, які забезпечують усвідомлення людиною себе як особистості, її поведінки як члена суспільства, стосунків з іншими людьми, рис характеру, здібностей, власних дій і вчинків, мотивів і цілей, моральних і фізичних властивостей тощо [2, с.137].

Самосвідомість є складним інтегративним утворенням особистості, яке розвивається в тісному зв'язку з особистістю та не дається людині від народження. Він говорить, що самосвідомість – це розуміння себе як реального індивіда, усвідомленого суб'єкта, який розвивається через самостійність людини. Самосвідомість особистості є результатом пізнання, яке вимагає усвідомлення того, що викликає ваші переживання. Це показує, що переживання завжди пов'язані зі знанням, іншою стороною свідомості. Розвиток самосвідомості особистості можливий лише через взаємозв'язок з навколишнім середовищем, зокрема через пізнання інших людей і їх взаємодію [3]

Інший підхід базується на тому, що самосвідомість потрібно вивчати через призму вивчення Я-концепції. Дослідники підкреслюють, що самосвідомість є ключовим фактором у процесі соціалізації людини та інтеграції її в соціальну структуру суспільства. Самосвідомість, як вважають автори, є основою розвитку вищих психічних функцій, яка дозволяє людині не тільки відображати зовнішній світ, але й пізнавати свій внутрішній світ, переживати його та певним чином ставитися до себе [4, с.113].

Багато дослідників стверджують, що самосвідомість — це тип свідомості, який спрямований на пізнання та переживання себе як особистості. Самосвідомість дозволяє людині зрозуміти, ким вона є в реальному світі, і дозволяє їй зрозуміти, що вона є, включаючи її характер, потреби, звички, розуміння, емоційно-ціннісні та вольові аспекти.

Деякі дослідники визначають самосвідомість як усвідомлення людиною себе, а також її ставлення до інших людей і навколишнього середовища [5]. На їх думку, самосвідомість має такі прояви: пізнавальні (включаючи спостереження за собою, аналіз, оцінку та критику себе, серед іншого); емоційні: егоїзм, самолюбство, самовпевненість, гордість, самопринижения, скромність, пихатість, почуття відповідальності, обов'язку та власної гідності, а також інші риси; вольові форми, включаючи стриманість, самовладання, самоконтроль, самодіяльність і самодисципліну [5].

Низка дослідників зазначають, що самосвідомість складається з кількох основних елементів, таких як: компонент цінностей (ціннісні орієнтації людини залишаються стійкими, не зникають при досягненні

цілей і не залежать від потреб особистості як суб'єкта цінностей); мотивоційно-смисловий компонент (цінності спрямовують людину на реалізацію певних відносин, на конкретну діяльність, на вибір відповідних засобів для досягнення цілей); уявлення себе в часі (формування часової перспективи в самосвідомості людини залежить від її ідеальних уявлень про власне Я, які є ментальною проекцією її мотивацій і цінностей); уявлення про свій життєвий шлях і самоповагу (самоповага — це загальний знаменник, підсумковий вимір «Я», який показує, наскільки людина добре або погано сприймає себе. Це залежить від сукупності окремих самооцінок людини).

Дослідники підкреслюють, що всі згадані вище елементи є смисловим змістом когнітивного аспекту Я-концепції, а самоповага стосується емоційно-ціннісного аспекту Я-концепції [6].

Список використаної літератури

1. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: «Прапор», 2007. 640с.
2. Петрів О.П. Словник-довідник з вікової та педагогічної психології. Львів: 2008. 264 с.
3. Войчишина, А., Кізь, О. Б. (2021). Самоставлення у структурі самосвідомості особистості: теоретичний аналіз проблеми. The IX International Science Conference «Integration of scientific bases into practice», April 13 – 14, 2021, Osaka, Japan. С. 67-73
4. Черняк А.І., Костюкова Н.В. Самосвідомість людини як головний механізм актуалізації її Я-концепції. Вісник Національної академії оборони України 3(7). 2008. С.112 − 117.
5. Дяченко В.А., Мунасипова-Мотяш І.А., Дубініна Д.Е. Задоволеність життям та рівень психологічного благополуччя сучасної молоді. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2018. Том 7. Вип. 45. С. 120–129. URL: http://www.appsychology. org.ua/data/jrn/v7/i45/12.pdf
6. Кідалова, К. С. (2018). Психологічні особливості самоставлення особистості: аналіз концепцій та підходів. Український психологічний журнал. 2018. № 2. С. 48-58.

СЕМЕНЧУК ЮЛІЯ КОСТЯНТИНІВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА****,*
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В АСПЕКТІ ВИВЧЕННЯ ЛОКУСУ КОНТРОЛЯ У ЖІНОК

Дж. Роттер ввів в психологію категорію «локус контролю», що позиціонує судження, які є правильними. Згідно теорії, в ситуації регуляції та контролю важливих поді люди поділяються на екстерналів та інтерналів. У першому випадку людина вважає, що проблеми, з якими вона стикається, є результатом дії зовнішніх сил, наприклад, інших людей. У другому випадку людина розглядає важливі події як наслідок власних дій. Будь-яка людина має певну позицію, яка варіюється від екстернального до інтернального типу [1].

У психології поняття локусу контролю допомагає зрозуміти, як люди ставляться до контролю над своїм життям. Воно стосується думки людей про те, чи вважають вони, що можуть впливати на те, що відбувається в їхньому житті, або чи вважають, що все відбувається через випадок або долю [1].

Люди з зовнішнім локусом контролю часто вважають, що зовнішні фактори, такі як доля, успіх чи інші люди, відіграють більшу роль у їхньому житті. Вони можуть відчувати, що залежать лише від себе.

Людина, яка має внутрішній локус контролю, більш схильна вважати, що її зусилля, здібності та рішення є головними факторами успіху та невдачі. Вона вважає, що має можливість впливати на своє життя.

Така людина вважає себе головним агентом, який впливає на події та наслідки, які відбуваються в її житті. Вона вважає, що вона несе відповідальність за свої дії, оскільки вважає, що його дії, рішення та зусилля можуть призвести до бажаних результатів.

Внутрішній локус контролю значною мірою впливає на багато сфер життя людини. У більшості випадків люди з таким типом локусу контролю досягають своїх цілей, мають краще психічне здоров'я та мають вищу самооцінку. Крім того, вони більш здатні активно адаптуватися до змін і вирішувати проблеми.

Локус контролю, який притаманний людині, універсальний для всіх видів подій і ситуацій, з якими вона стикається. У різних сферах соціального життя один і той же тип контролю впливає на поведінку людини як під час невдач, так і під час досягнень.

Значну увагу на суб'єктивний локус контролю в контексті тілесності звертають такі сучасні науковці, як Хомуленко Т., Фоменко К., Туркова Д., Лєсніченко Н., Найчук В. та інші. На їх думку, смислові аспекти тілесного досвіду хронічного соматичного захворювання є особливо важливими, оскільки вони демонструють, що тілесні відчуття, які сприяють захворюванню, є не тільки основним фактором, що спричиняє захворювання, а також і те, що вони сигналізують людині про цей факт, включаючи механізми когнітивної переробки, що призводить до визначення тілесних відчуттів, з яких формуються симптоми хвороби. На думку науковців, у цьому випадку рефлексивність забезпечує самоконтроль поведінки людини. Вони також стверджують, що більша вираженість інтернальності чи екстернальності локусу контролю відіграє важливу роль у процесі осмислення [2].

Жінки з внутрішнім локусом контролю більш мотивовані, прагнуть досягти цілей і краще справляються зі стресом. Проблеми з харчуванням у них виникають рідше, крім того, вони швидше долають такі порушення. Локус контролю має важливе значення, оскільки він впливає на поведінку та емоції людини, допомагаючи їй долати різні труднощі.

Жінки з зовнішнім локусом контролю можуть бути більш схильними до занепокоєння та бездіяльності, часто страждають від порушень харчової поведінки, часто звинувачують оточуючих і мають низький рівень мотивації та цілеспрямованості [3].

Жінки, які мають зовнішній локус контролю, часто страждають від ожиріння, оскільки вони мають звичку «заїдати» усі проблеми, які їм доводиться вирішувати. При порушенні харчової поведінки люди звинувачують своїх близьких (батьків, чоловіка тощо) і виправдовують свою неактивність [2, 3].

Таким чином, рівень внутрішнього чи зовнішнього локусу контролю людини може змінюватися залежно від різних обставин і періодів її життя. Тим не менш, структура особистості людини та деякі

події в її житті можуть впливати на те, як вона сприймає контроль над своїм життям.

Список використаної літератури

1. Rotter, Julian B "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement". Psychological Monographs: General and Applied. 1966.

2. Лєсніченко Н.П., Хомуленко Т.Б., Фоменко К.І., Найчук В.В. Психологія тілесного локусу контролю. Вінниця : ТОВ «ДРУК ПЛЮС», 2023. 238 с.

3. Туркова Д. М. Моделі розвитку тілесного Я особистості Проблеми сучасної психології: Збіник наукових праць Камянець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук.ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип.46. Кам'янець-Подольський: Аксіома, 2019. С.374-393

СТЕПАНОВА ЗАРІНА ВОЛОДИМИРІВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА***,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Дослідники стверджують, що професійна компетентність не обмежена особистими якостями, сумою або навичками. Професійна компетентність — це більше, ніж просто таланти, вона означає вміння здійснювати нові явища та діяльності в житті [1].

Інші дослідники визначають професійну компетентність як систему, яка складається з кількох характеристик: когнітивна, яка показує, що людина знає все, що вона повинна знати, регулятивна, яка дозволяє використовувати ці знання для вирішення професійних завдань; рефлексивно-статусна, яка надає право діяти певним чином за рахунок визнання авторитетності; нормативна, яка показує сферу, коло повноважень і знання, які люди

М Бойко, проаналізувавши психологічні дослідження, запропонував такі знання та вміння, які необхідні фахівцям для ефективного спілкування: знання норм і правил спілкування; високий рівень мовленнєвого розвитку, який дозволяє вільно передавати і сприймати інформацію під час спілкування; розуміння невербальної мови спілкування; уміння вступати в контакт з людьми з урахуванням їх статі, віку, соціокультурного статусу та статусу; вміння [2].

В своїй роботі Л. Барановська каже, що спілкування є єдиним способом навчитися спілкуватися. Спостерігати за комунікативною взаємодією також допомагає розвитку комунікативної саморегуляції та системи правил, які регулюють взаємодію. Спостерігаючи за спілкуванням, людина може зрозуміти, які правила сприяють або перешкоджають ефективній комунікації. Це може стати основою для створення особистої системи «правил ефективної комунікації» [3].

Зважаючи на те, що розвиток і дотримання комунікативних правил є життєво важливими, дослідники звертають особливу увагу на комунікативну культуру особистості. Комунікативна культура особистості охоплює те, як людина усвідомлює свої потреби та цінності, техніки вербального та невербального спілкування, перцептивні здібності, здатність сприймати навколишнє середовище без «систематизованих сліпих плям», а також здатність розуміти

Комунікативну культуру багато дослідників визначають як рівень сформованості міжособистісного досвіду, тобто навичок взаємодії з оточуючими, які є необхідним для того, щоб людина могла успішно жити в суспільстві, у якому вона живе [4].

Низка дослідників визначають комунікативну компетентність як надсистему у сфері комунікації. Вона є інтегративною якістю особистості, яка проявляється в спілкуванні у процесі співпраці з іншими людьми. Ці знання, норми та цінності складають основу актуалізованих рис людини. Комунікативно-особистісний потенціал людини, комунікативні властивості (комунікабельність, контактність, комунікативна сумісність, перцептивні здібності, співпраця, мотивація до саморозвитку комунікативної культури, комунікативні знання та вміння, діалогічність, моральність, взаєморозуміння) є елементами, які автор включає в структуру комунікативної культури [5].

Комунікативна культура визначається дослідниками як рівень сформованості міжособистісного досвіду, який потрібен людині, щоб успішно функціонувати в суспільстві відповідно до її соціального статусу та здібностей.

Комунікативна культура, на їхню думку, є складною характеристикою особистості, яка включає психологічні знання,

комунікативні здібності, а також певні характеристики особистості (темперамент, характер, емоційні стани), що виявляються в спілкуванні з іншими [6].

Список використаної літератури

1. Рудніцька, К. (2016). Сутність понять компетентнісний підхід, компететентність, компетенція, професійна компетентність у світлі сучасної освітньої парадигми. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота, (1), 241-244.
2. Бойко М.М. (2019) Комунікативна компетентність як інтегральна якість особистості менеджера освіти. URL: http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/15649/1/Boiko_Vynnychuk.pdf
3. Барановська Л. В., Глушаниця Н. В. (2016) Психологія ділового спілкування : навч. посібник. К. : НАУ
4. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник (2000) / [ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін.]. К.: Контекст.
5. Добротвор, О. В. (2013). Комунікативна компетентність як предмет наукового дослідження. Педагогічний процес: теорія і практика, (3), 56-62.
6. Чарченко, П. (2012). Теоретичні підходи до структури комунікативних здібностей. Витоки педагогічної майстерності. Серія: Педагогічні науки, (9), 315-318.

СТРАНЦІВИЛКО В'ЯЧЕСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ
студент 2 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Конкуренція вимагає від людей певних якостей майже у всіх сферах життєдіяльності. Ці якості включають рішучість, самостійність, впевненість у собі, здатність досягати цілей, мобільності та здатності ефективно використовувати власні пізнавальні процеси. Ці якості описують психологічну властивість, таку як самоефективність. Термін «самоефективність» стосується того, наскільки добре люди знають і використовують те, що вони можуть зробити.

А.Бандура, засновник соціально-когнітивного підходу, був першим, хто досліджував питання самоефективності особистості. Зарубіжні та вітчизняні психологи (С.Максименко, І.Котик, Н.Пророк, М.Смульсон, М.Єрусалем, Р.Шварцер, Б.Альмудевер, А.Асгарі, Ф.Бастані, Дж.Капрара та С.Купер) дослідили вікові та статеві характеристики самоефективності, а також її роль у процесах регуляції поведінки.

З огляду на те, що його дослідження можна віднести до сфери педагогічної психології, явище самоефективності не отримало достатньо уваги у вітчизняній психології. Крім того, дослідження самоефективності з поцизій організаційного підходу відомі тим, що вони дозволяють вивчати, як змінюється самоефективність у груповій роботі під управлінням керівника. Цей спосіб дозволяє більш активно вивчати, наскільки добре працює організація. Сучасні дослідження психології самоефективності зазвичай є фрагментарними.

В останні десятиліття міжнародні психологи багато говорять про цю тему. Багато досліджень у всьому світі стосуються ідеї самоефективності щодо різних видів діяльності та інших психологічних феноменів [1].

Вивчення мотивації та когнітивних процесів є основою досліджень самоефективності особистості. При дослідженні когнітивних процесів і мотивації головним питанням є те, чи надає когнітивний механізм вирішальний вплив на поведінку чи лише другорядний. Інші фактори успіху можуть бути пов'язані з когнітивним процесом. Третьою змінною для оцінки самоефективності суб'єкта є майстерність. Люди, які мають більше знань і навичок, мають більшу впевненість у собі. В основному об'єктивні відмінності в майстерності можуть пояснити зв'язок між суб'єктивними уявленнями про ефективність та успішністю виконання відповідної діяльності. Багато досліджень цієї теми підтверджують те, що існує зв'язок між судженнями про самоефективність і поведінкою людини. Коли решта факторів залишалася незмінною, дані експериментального маніпулювання були особливо переконливими щодо суджень про ефективність [4].

Крім того, для оцінки ефективності необхідно провести короткий аналіз переваг і недоліків дії. Оцінка своїх сильних і слабких сторін перед виконанням завдання змінює когнітивну інформацію [2].

Будучи успішною людиною, особливо професіоналом, потрібно більше, ніж просто знання та навички, кажуть вчені С. Максименко та М. Смульсон. Багато психолого-педагогічних досліджень самоефективності зосереджуються на методах, за

допомогою яких вчителі можуть оптимізувати навчання [1].

Н. Пророк виявила, що академічна та соціальна самоефективність пов'язана з успішністю в навчанні та спілкуванні з однолітками. Крім того, вона виявила, що ці елементи опосередковано забезпечують методи подолання труднощів, говорять про деякі культурні та гендерні особливості підлітків [3].

Самоефективність зараз є центром досліджень впевненості особистості (Головіна та Скотнікова). Професіонали також активно досліджують себе. Самоефективність – це здатність поєднати об'єктивні можливості та власні очікування щодо результату праці [18].

Багато емпіпичних досліджень, які висвітлювали вплив самоефективності на успішність діяльності, виявили, що висока самоефективність пов'язана з високою результативністю діяльності. З іншого боку, надмірна самооцінка може бути неефективною. Дослідження показали, що надмірна самоефективність призводить до зневіри в собі та зниження ефективності діяльності [1].

А.Бандура підкреслює важливість самоефективності для успішного навчання. Сильне почуття власної ефективності пов'язане з досягненням академічних цілей [4]. Оскільки самоефективність і інтерес пов'язані асиметрично, цікаво, як самоефективність впливає на виникнення інтересу. Н.Бетз і Ж.Хакетт стверджують, що самоефективність може впливати на те, яку професію та кар'єру людина обирає [3].

Самоефективність може впливати на багато важливих процесів, необхідних для ефективної реалізації повторних когнітивних актів. Дослідження вивчає вплив самоефективності на саморегуляцію молоді. Результати дослідження показали, що люди, які отримували позитивний зворотний зв'язок, були більш самодостатніми. Постановка оптимістичних гіпотез, наполегливість і планування часу роботи мали значні статистичні зв'язки з високою самоефективністю. Люди, які мали конструктивні установки та активно шукали способи вирішення проблем, мали позитивний вплив самоефективності на метакогнітивний досвід. Як стверджує Є. Расказова, самоефективність є важливим фактором вибору того, який тип завдань виконувати, а також емоційного відношення до них. Таким чином, самоефективність відіграє значну роль у плані мотивації саморегуляції [4].

Показники самоефективності не тільки часто статистично опосередковують зв'язок між поведінкою та глобальними диспозиційними змінними, але й дозволяють робити більш точні прогнози, ніж показники вираженості глобальних характеристик.

Наприклад, у дослідженні академічних досягнень, прийняття однолітками та проблемної поведінки показники самоефективності пояснювали більшу кількість дисперсії, ніж показники Великої п'ятірки. Крім того, порівняно з цими п'ятьма факторами, вони мали більшу прогностичну цінність [2].

У дослідженнях стресу та копінг-поведінки було виявлено, що уявлення людей про власну самоефективність статистично корелюють зв'язок між адаптацією до стресових подій і глобальними диспозиційними змінними, такими як оптимізм [4].

Отже, зважаючи на те, що переконання в самоефективності регулюють функціонування суб'єкта за допомогою чотирьох основних процесів: мотивації, вибору, когнітивного та емоційного, ми вважаємо, що самоефективність можна описати за допомогою трьох змінних: пам'яті (автобіографічні спогади), продуктивного мислення (яке дозволяє приймати рішення відповідно до трьох критеріїв: зняття проблемної ситуації) та емоційної саморегуляції (інтолерантність до невизначеності, ситуативна та особистісна тривожність, емоційний характер психобіографічних спогадів).

Список використаної літератури

1. Бондарчук О. І. Самоефективність керівника освітньої організації як детермінанта розвитку організаційної культури. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. К., 2013. Т. І, Ч. 37. С. 6–10.

2. Вовк О. М. Самоефективність: сутність, структура та особливості розвитку в студентському віці. Вісник психології і соціальної педагогіки: зб. наук. праць, 2010. № 3. www.psyh.kiev.ua

3. Гальцева Т.О. Види самоефективності особистості: їх характеристика та дослідження. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: психологічні науки, 2015. № 4. С.110–114.

4. Кузікова С.Б. Психологічні аспекти самоефективності вчителів початкових класів: монографія. / Ред. О.В.Лобової, С.М.Кондратюк. Суми, 2023. 624 с.

5. Музика О.О. Самоефективність як фактор професіоналізації студентів. Освітологічний дискурс, 2018. № 3–4 (22–23). С. 83–94.

СУРКОВ КОСТЯНТИН ВОЛОДИМИРОВИЧ
студент 1-го курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

Експериментальне дослідження особливостей тривожності дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами нами проводилосьз групою молодших школярів із особливими освітніми потребами, кількість учасників якої склало 30 чоловік. Усіх учасників дослідження було поділено на групи дівчат (15 чоловік) та хлопчиків (15 чоловік) відповідно.

За підсумками використання опитувальника Тейлора було отримано такі результати. У групі дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами низький рівень тривожності продемонстрували 50% від загальної кількості опитаних. Для цих дітей характерним є переживання страху та напруги в момент, коли потенційно небезпечна ситуація вже виникла, до того вони здатні зберігати спокій, через що їх часто помилково вважають байдужими та емоційно холодними. 8% від загальної кількості опитаних дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами продемонстрували рівень тривожності, що може бути визначений як «нижче середнього». Середній рівень тривожності продемонстрували 25% опитаних дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами від загальної кількості опитаних. Діти з таким результатом характеризуються спокійним емоційним станом, помірною самооцінкою, комунікабельністю. Вони є більш відкритими, на відміну від дітей із високою тривожністю.

Високий рівень тривожності було виявлено у 17% дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами від загальної кількості опитаних. Учасники цієї групи характеризуються високою емоційністю та низькою самооцінкою. Вони дуже сприйнятливі й чутливі до критики, часто побоюються висловлювати власну думку та виражати почуття. Середній результат групи дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами за опитувальником Тейлора визначався шляхом застосування середнього арифметичного. За цим критерієм було отримано показник 19,8 балів, що позначає рівень «нижче середнього». Отже, для дівчат молодшого

шкільного віку із особливими освітніми потребами характерною постає схильність до виявів тривожності лише тоді, коли для цього є дійсно вагомий привід.

У групі хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами низький рівень тривожності продемонстрували 16% від загальної кількості опитаних. 16% від загальної кількості опитаних продемонстрували рівень тривожності, що може бути визначений як «нижче середнього». Середній рівень тривожності продемонстрували 34% від загальної кількості опитаних хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами. Високий рівень тривожності було виявлено у 34% від загальної кількості опитаних хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами. Середній результат групи хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами за опитувальником Тейлора також визначався шляхом застосування середнього арифметичного. За цим критерієм було отримано показник 23,7 балів, що співвідносне з високим рівнем.

Отже, за підсумками використання опитувальника тривожності Тейлора було відзначено, що дівчата молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами схильні до виявів тривожності лише тоді, коли для цього є дійсно вагомий привід, у переважній більшості ситуацій вони демонструють спокійну та врівноважену поведінку. На відміну від них, у хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами було виявлено схильність до більш нервової та тривожної поведінки.

За підсумками використання опитувальника Спілбергера-Ханіна було отримано такі показники. У групі дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами діагностування за шкалою особистісної тривожності продемонструвало абсолютну перевагу середнього та високого рівнів. Так, середній рівень особистісної тривожності продемонстрували 42% дівчат від загальної кількості опитаних. 50% від загальної кількості опитаних дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами продемонстрували високий рівень особистісної тривожності. 8% від загальної кількості опитаних дівчат продемонстрували низький рівень особистісної тривожності. У групі хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами діагностування за шкалою особистісної тривожності продемонструвало повну ідентичність із аналогічним результатом опитування в групі дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами. Так, середній рівень особистісної тривожності продемонстрували 42% від загальної

кількості опитаних хлопчиків. 50% від загальної кількості опитаних хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами продемонстрували високий рівень особистісної тривожності. 8% від загальної кількості опитаних хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами показали низький рівень особистісної тривожності.

За підсумками використання тесту явної тривожності CMAS, адаптованого А. Прихожан, було отримано такі результати. У групі дівчат відсутність схильності до тривожності продемонстрували 50% опитаних. Для цих молодших школярок із особливими освітніми потребами характерним є переживання страху та напруги в момент, коли потенційно небезпечна ситуація вже виникла. 8% опитаних молодших школярок із особливими освітніми потребами продемонстрували рівень тривожності, що може бути визначений як нормальний. Вони спокійно ставляться до критики, наділені достатньо високою самооцінкою та незалежністю поглядів. Дещо підвищену тривожність продемонстрували 25% опитаних молодших школярок із особливими освітніми потребами. Ці опитані характеризуються спокійним емоційним станом, помірною самооцінкою, вони достатньо комунікабельні.

Явно підвищену тривожність було виявлено у 17% опитаних молодших школярок із особливими освітніми потребами. Учасниці цієї групи характеризуються високою емоційністю, низькою самооцінкою.

Середній результат групи дівчат за тестом явної тривожності CMAS А. Прихожан визначався шляхом застосування середнього арифметичного. За цим критерієм було отримано показник 19,8 балів, що позначає рівень норми.

Далі розглянемо результати, отримані в групі хлопців. У групі хлопців відсутність схильності до тривожності продемонстрували 16% опитаних. Ці молодші школярі із особливими освітніми потребами зазвичай переживають страх і напругу лише тоді, коли потенційно небезпечна ситуація вже виникла. 16% опитаних продемонстрували рівень тривожності, що може бути визначений як нормальний. Для представників цього рівня тривожності характерною є наявність власної думки, а також уміння її висловлювати й відстоювати. Дещо підвищену тривожність продемонстрували 34% опитаних молодших школярів із особливими освітніми потребами. Ці опитані характеризуються спокійним емоційним станом, помірною самооцінкою, вони достатньо комунікабельні. Це більш відкриті діти, на відміну від дітей із високою тривожністю. Явно підвищену

тривожність було виявлено у 34% опитаних хлопчиків. Учасники цієї групи характеризуються високою емоційністю, низькою самооцінкою. Середній результат групи молодших школярів із особливими освітніми потребами за тестом явної тривожності CMAS A. Прихожан також визначався шляхом застосування середнього арифметичного. За цим критерієм було отримано показник 23,7 балів, що співвідносне з явно підвищеним рівнем тривожності.

Отже, за підсумками використання тесту явної тривожності CMAS A. Прихожан було відзначено, що дівчата молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами схильні до виявів тривожності лише тоді, коли для цього є дійсно вагомий привід, у переважній більшості ситуацій вони демонструють спокійну та врівноважену поведінку. На відміну від них, у хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами було виявлено схильність до більш нервової та тривожної поведінки.

Висновки. У психології важливим є вивчення гендерних аспектів тривожності. Як зазначалося вище, рівень тривожності, а також інтенсивність тривожності у хлопчиків та дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами різняться. У молодшому шкільному віці хлопчики переживають більше, ніж дівчатка. За результатами наших методів можна сказати, що рівень тривожності у молодшому шкільному віці залежить від статі – рівень тривожності дещо вищий у хлопчиків, ніж у дівчаток, і, отже, наша гіпотеза була підтверджена в нашому дослідженні.

Провівши психодіагностичне обстеження, на первинному етапі отриманих даних нами було виявлено, що в цілому хлопчикам молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами в більшій мірі властиві тривожні емоційні стани, ніж їх дівчатам-одноліткам. Важливо відзначити, що за змістом тривожність у хлопчиків і дівчат молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами відмінна: так, у хлопчиків молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами більшою мірою тривога має соціальну спрямованість по відношенню до дорослих, тоді як у дівчаток молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами тривожність виражена в переживаннях, що стосуються реальної чи уявної загрози власному «Я».

Список використаної літератури

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук, праць. / За заг. ред. П.М. Таланчука, Г.Ф. Нікуліної. Київ: Університет «Україна», 2016. Вип. I (3). 574с.

2. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Вип. І. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2016. 308 с.

3. Бондар В.І. Інклюзивне навчання та підготовка педагогічних кадрів для його реалізації дефектолога. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр. 2016. № 15. С. 39-42.

4. Будяк Л. В. Основи інклюзивної освіти: навч.-метод. посіб. Черкаси: Вид. ЧНУ, 2016. 90 с.

5. Засенко В. В. Сучасні проблеми теорії і практики навчання дітей з особливими потребами. Сучасні тенденції розвитку спеціальної освіти (Українсько-канадський досвід). К.: Наук. світ, 2016. С. 26-30.

6. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому навчальному закладі. Психолог. 2016. № 10. С. 14-18.

7. Рибченко Л. К. Організація корекційної роботи з дітьми з аутистичними проявами в світовій практиці. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2016. № 28. С. 189-193.

8. Хохліна О. Корекційно-розвивальна робота в системі загальної освіти. Дефектологія. 2016. № 2. С. 11-16.

ТАЛАНЧУК ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА
студентки магістратури 1курсу
групи ЗПЛ-23-2м-ist
спеціальність 053 «Психологія»
науковий керівник: ***ВОЛИНЕЦЬ НАТАЛІЯ ВАЛЕНТИНІВНА***
доктор психологічних наук, професор кафедри психології та соціальної роботи Хмельницького інституту соціальної роботи Хмельницького інституту соціальних технологій
м.Хмельницький

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ РОЗЛАД ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

На території України повномасштабна війна, в наслідок якої страждає мірне населення відчуваючи на собі постійні небезпеку, стрес, загрози для життя, наслідками чого є травматичний досвіт може та передумова для розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у більшої кількості людей чим у мирний час. Протягом останніх двох років, під час війни зафіксовано в електронній системі

охорони здоров'я (ЕСОЗ) значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом посттравматичний стресовий розлад. У 2023 році кількість пацієнтів з ПТСР зросла майже в чотири рази в порівнянні з 2021 роком, а за перші два місяці 2024 року діагноз встановлено фактично такій же кількості пацієнтів, як за весь 2021 рік [3].

Травматичний досвід – це такий, який приголомшує, загрожує, лякає або знаходиться поза нашим контролем. Деякі випадки травматичного досвіду є поодинокими і одноразовими подіями, які є неочікуваними і відбуваються неочікуване [4].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР; англ. PTSD; в'єтнамський синдром, афганський синдром) — це комплекс психічних розладів, що є проявом дезадаптивного відстроченого або затяжного реагування на стресові події надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру [1].

В перші дні війни у багатьох людей постерігався стан: жах, плач, істерика, агресія чи навпаки ступор, який супроводжувалося нервовим тремтінням, тобто реакцією, якою людина не могла керувати, не розуміла, що з нею трапилося та потребувала сторонньої допомоги, бо отримала психотравму.

Психопатологічна посттравматична реакція зазвичай розвивається незабаром після стресової події, але іноді вона виявляється із затримкою на декілька днів, а зрідка – на триваліший проміжок часу. Проте посттравматичні стресові розлади можуть діагностуватися не раніше, а ніж за місяць після дії психотравмуючої ситуації. Більшість хворих видужують не пізніше ніж за шість місяців, але достатньо поширені випадки, коли розлад не проходить роками [2].

Під час війни, постраждалий часто подумки повертається до міркувань про ймовірність повторення загрозливих подій, вивчає інформаційні повідомлення та інші джерела інформації. Життєвий уклад примітивізується і зосереджується на мінімізації загроз, предметів першої потреби, посиленні заходів безпеки. Водночас здатність до запам'ятовування поточної інформації погіршується. Зменшується обсяг уваги і здатність до її до концентрації та переключення. Власне, пережита у кризовій ситуації безпомічність фіксується і стає основою феномену набутої безпорадності. Постраждалі почувають себе суцільно некомпетентними, «зайвими», легко приймають роль людей з інвалідністю, споживачів соціальної допомоги, відмовляються від пропонованих варіантів реабілітації та працевлаштування. Виникає суб'єктивне враження, що ті, хто не пережив подібні випробування, не здатен нічого зрозуміти, а тому

допомога сприймається з роздратуванням. Пацієнти схиляються до самотності. Близьких людей звинувачують у бездушності, поводяться примхливо, вередують [1].

В наш час, коли війна має гібридний характер війни і ми переживаємо, не тільки життя своє та наших близьких людей, ай стикаємося з провокаціями, неправдивою інформацією при інтерв'ю на телеканалах та соціальних сітях. Наслідком таких подій є вливають на погіршення самопочуття, зниження рівня психологічного благополуччя та повторне переживання травматичного досвіту.

Повторне переживання травматичного досвіду означає, що спогади про подію знову і знову відтворюються у вашій свідомості. Ці спогади можуть повертатися як «флешбеки» протягом дня або як нічні жахи вночі. Спогади можна повторно пережити через будь-який з ваших п'яти органів чуття – ви можете бачити образи того, що сталося, або відчувати звуки, запахи, смаки або відчуття тіла, пов'язані з травматичним досвідом. Емоції від травматичного досвіду також можна пережити повторно. Симптоми повторного переживання включають: сняться жахи про подію; відчуття фізичних реакцій у тілі, коли вам нагадують про подію; розлад особистості та тахікардія. [4].

Психогенні чинники, що провокують виникнення ПТСР, як правило, несуть загрозу для життя і вирізняються непередбачуваністю та не контрольованістю. Загалом вони визначаються як «травматичні події, що значно виходять за рамки звичайного життєвого досвіду» [5].

Таким чином ми можемо констатувати факт, повномасштабна війна на території України викликає у населення стрес, загрози для життя, наслідками чого є травматичний досвіт може та передумова для розвитку посттравматичного стресового розладу, що негативно позначається на громадському здорові. Визначення передумов виникнення ПТСР є підґрунтям щодо розроблення ефективних технологій психологічної допомоги людям.

Список використаної літератури

1. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад / Л. О. Герасименко // НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. – 2021. – № 8. – С. 27–32. http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/17083/1/Post-traumatic_stress_disorder.pdf

2. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Х. : ХМАПО, 2014. – 223 с.

3. Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в

Україні зростає. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. https://moz.gov.ua/article/news/kilkist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diagnozom-ptsr-v-ukraini-zrostae-scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad

4. Що таке посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) https://www.psychologytools.com/assets/ukraine/understanding_post_traumatic_stress_disorder_ptsd_uk.pdf

5. Kinzie J. D., Leung P. Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. Journal of Nervous and Mental Disease. 1989. Vol. 177, № 9. P. 546–550.

ТИЩУК ОЛЬГА ВАЛЕРІЇВНА
студент 1 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ДІТЕЙ-СИРІТ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Емоційна сфера підлітків, особливо тих, які залишилися без батьківської опіки, є важливим аспектом їхнього психічного здоров'я та соціального розвитку. Дослідження цієї теми дозволяє виявити особливості емоційного розвитку, які можуть бути враховані у психологічній допомозі та соціальній підтримці.

Емоційні зв’язки зі значущими людьми є основою життєвих сил для кожної людини. Самоставлення переважно формується в сім’ї, психологічний клімат якої стає середовищем найближчого соціального оточення. Наслідки негативних форм прояву виховних впливів надзвичайно небезпечні та можуть позначитися не лише на успішності процесу соціалізації, а й на психічному здоров’ї взагалі.

Опис емоційної сфери у дітей сиріт підліткового віку включає різні аспекти їхнього психічного та емоційного стану, які можуть суттєво відрізнятися від стану їхніх однолітків, що виховуються в сім'ях. Нижче наведені ключові характеристики та особливості емоційної сфери таких дітей:

Ключові характеристики емоційної сфери у дітей сиріт підліткового віку:

1. Емоційна нестабільність:
   - Часті зміни настрою, непередбачувані емоційні реакції.
   - Високий рівень тривожності, схильність до депресивних

станів.

2. Низька самооцінка:

- Відчуття неповноцінності, невпевненість у собі.
- Підвищена чутливість до критики та негативних оцінок з боку оточуючих.

3. Проблеми з вираженням емоцій:

- Труднощі у розпізнаванні та вираженні власних емоцій.
- Схильність до емоційного "затикання" або, навпаки, емоційних "вибухів".

4. Соціальна ізоляція:

- Відсутність навичок ефективної комунікації та побудови міжособистісних відносин.
- Почуття самотності, відчуження від однолітків та дорослих.

5. Агресивність та ворожість:

- Часті прояви агресії як спосіб захисту або вираження внутрішнього напруження.
- Конфліктність у стосунках з однолітками та вихователями.

6. Психосоматичні розлади:

- Часті скарги на фізичне самопочуття, які можуть бути пов'язані з емоційними переживаннями.
- Симптоми, що не мають органічної основи (головний біль, біль у животі тощо).

Вплив факторів:

1. Травматичні переживання:

- Втрата батьків або розлука з ними.
- Переживання насильства або нехтування в минулому.

2. Відсутність стабільного емоційного зв'язку з дорослими:

- Нестача підтримки, розуміння та турботи.
- Часті зміни вихователів та місця проживання.

3. Соціально-економічні умови:

- Нестабільні або недостатні умови проживання.
- Обмежений доступ до якісної освіти та медичної допомоги.

Висновки:

Розвиток емоційної сфери у дітей сиріт підліткового віку є складним і багатогранним процесом, який потребує уваги та втручання з боку психологів, соціальних працівників та вихователів. Комплексний підхід, включаючи психологічну підтримку, створення стабільного і сприятливого середовища, а також роботу з травматичними переживаннями, може суттєво покращити емоційний стан таких дітей та сприяти їх успішній соціальній адаптації.

Список використаної літератури

1. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї: Курс лекцій. К.: МАУП, 2001 96 с.
2. Горецька О.В. Психологія сім'ї : навчальний посібник для студентів спеціальності «Практична психологія», «Початкова освіта» / О. Горецька, Н. Сердюк. Бердянськ : Ткачук О.В., 2015. 216 с.
3. Лукашевич М. П. Соціологія сім'ї: теорія і практика: навчальний посібник.К.: ІПК ДСЗУ, 2012. 186 с.

ТРОХИМЕЦЬ ЛЮДМИЛА МИХАЙЛІВНА
студент 1 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ В СІМ'Ї

Згуртовність є психологічною відстанню між членами родини. Згуртовність сім'ї визначається на основі сили інтенсивності прояву у члена сім'ї суб'єктивних переживань. Д. Олсон запропонував чотири типи згуртованості сімейних систем: заплутана система, роз'єднана система, роздільна система, зв'язана система. Якщо у подружніх стосунках відмічається руйнація показника згуртованість, то це призводить до «знищення» родинних зв'язків.

На основі параметру «ієрархія» досліджуються особливості наявності домінування або підкорення в сім'ї. Якщо в сім'ї відсутня належна ієрархія, то це призводить до дисфункції в сім'ї. Так, прикладом дисфункції може виступати влади у одного члена родини, а відповідальність за родину «несе» інший член родини або коли діти приймають обов'язки батьків на себе та «несуть» відповідальність за сім'ю (наркоманія чи алкоголізм у батьків тощо) Ієрархія може будуватись на наступних критеріях: стать, вік, соціально-психологічні характеристики, традиції.

Гнучкість сім'ї характеризується вмінням реагувати різні фактори, які прямо або опосередковано впливають на сім'ю та відносини у ній. Ефективне функціонування сім'ї можливе лише за умови вміння «тримати» баланс між дестабілізуючими факторами та стабільністю в сім'ї.

У кожній сім'ї повинні бути присутні сімейні межі , які виконують функцію захисту та підтримування відчуття цілісності

членів родини та сім'ї в цілому. Підтримування сімейних меж здійснюється на основі дотримання сімейних правил та угод між членами родини. Сімейні межі підрозділяються на внутрішні та зовнішні. До зовнішніх меж відноситься межа між родиною та соціумом, вони відбивають рівень відкритості родини до зовнішнього світу. До функцій зовнішніх меж відносять:

- захист сім'ї від небезпечної інформації та впливу ззовні;
- сприяння збереженню сімейної ідентичності («Ми – сім'я» відокремлюється від «Інші»);
- сприяння стабілізації внутрішньо-сімейних взаємин .

Рольова структура сім'ї включає наявність в ній сімейних ролей. Сімейні ролі – це закріплені за кожним членом сім'ї набори поведінкових патернів, які визначаються на декількох рівнях функціонування сім'ї: індивідуальному,мікросистемному, макросистемному та мегасистемному

Велике значення у створенні моделі сімейних відносин відіграє досвід спілкування батьків. Найчастіше, у сімейному житті діти повторюють помилки своїх рідних, і щоб уникнути цих помилок, необхідно знати специфіку розвитку сімейних стадій. Існує кілька класифікацій стадій життєвого циклу розвитку сімейних відносин. Узагальнивши досвід зарубіжних та вітчизняних психологів, можна виділити 6 стадій сімейного життя.

1. Першу стадію умовно називають «Молодим подружжям». Ця стадія триває на протязі 1 – 3 років. Даний етап характеризується звиканням молодого подружжя один до одного, налагодженням спільного побуту, при цьому, зазвичай, молоде подружжя проживає на одній території із батьками. В подальшому вони купують власну квартиру, створюють спільний сімейний побут, розпочинають ведення домашнього господарства. Відмічається формування першого спільного життєвого досвіду. Зважаючи на те, що початок спільного життя характеризується потребою у великих моральних та психологічних затрат, то батьки молодого подружжя надають ним свою підтримку.

З плином першого подружнього року життя відмічається поява негативних явищ у відносинах, котрі пов'язані із прийняттям відповідальності за підтримання відносин, із пристосуванням та звиканням молодого подружжя.

Дані негативні явища провокують сімейні конфлікти на основі фінансово-економічних труднощів, розподілу обов'язків в родині тощо.

2. Друга стадія умовно називається «Сім'я з маленькою дитиною».

Тривалість даного періоду від 3 до 6 років. Під час появи на світ нових членів родини (дітей), виникають нові обов'язки у батьків, так як діти потребують догляду та турботи про них.

На даній стадії виникають нові конфлікти, котрі пов'язані із появою дитини. Батьки «отримують» нові «ролі» у родині, котрі пов'язані із батьківством. Відмічається зниження подружньої соціальної активності по за межами родини, так як відбувається зосередження всієї уваги навколо дитини. Знижується надання підтримки подружжям один одному.

3. Третя стадія умовно називається «Подружжя середнього віку», її тривалість від 6 до16 років. Даний етап «нашаровується» на етап професійного зростання та виникненням фінансової стабільності та незалежності батьків. Діти стають дорослими та самостійними та, при цьому, у батьків відмічається поява вільного часу на себе, жінки починають будувати кар'єру.

4. Четверта стадія умовно називається «Подружжя зрілого віку», вона настає після 17 років шлюбу та триває до 25 років. На даному періоді діти вже дорослі та створюють власні сім'ї. Сімейні відносини батьків можуть розгорнутися двома сценаріями: 1) батьки залишаються одні; 2) батьки залишаються проживати разом із новою сім'єю, при цьому здійснюють виховання онуків.

До негативних явищ даного періоду (внаслідок коли діти залишають батьківський будинок) можна віднести перерозподіл обов'язків, перегляд подружніх взаємин, знаходження нових спільних захоплень, визначення нових пріоритетів та цінностей, нових життєвих цілей, адаптація до думки про вихід на пенсію. Протиріччя, які постають на даному етапі можуть привести до «розпаду» сім'ї.

5. П'ята стадія умовно називається «Стадія похилого віку». На даному етапі виникають проблеми зі здоров'ям у подружжя, та, як наслідок, відмічається зниження професійної діяльності. Сімейні стосунки стабілізуються, адже у кожного з подружжя виникає потреба у підтримці. Якщо на даному етапі дорослі діти проживають разом із батками, то це иожк провокувати такі негативні явища у сім'ї, як нерозуміння і конфлікти з дітьми, котрі можуть «нашаровуватись» на взаємини літнього подружжя. При цьому взаємини батьків можуть здійснювати вплив на взаємини у сім'ї їх дітей, тому досить часто діти моделюють батьківську модель взаємовідносин.

6. Шоста стадія є трагічною фазою сім'ї. На даній стадії відмічається старіння подружжя та завершення професійної кар'єри,

смерть одного із членів подружжя. До негативних явищ даного періоду відносять: відчуття самотності, непотрібності, на основі припинення професійної діяльності, Необхідність віднаходити нові інтереси у житті.

Варто зазначити, що нормально функціонуюча сім'я – це перш за все, місце де кожен її член і дорослий, і дитина відчуває себе особливою і неповторною особистістю, відчуває підтримку, яка дозволяє йому бути таким –розвиватися, досягати поставленої мети, розкриватися у всіх гранях свого таланту та індивідуальності. Це те місце, де ми можемо відкрито висловлювати свої почуття, думки, емоції, бути відкритими.

Список використаної літератури

1. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї: Курс лекцій. К.: МАУП, 2001 96 с.
2. Горецька О.В. Психологія сім'ї : навчальний посібник для студентів спеціальності «Практична психологія», «Початкова освіта» / О. Горецька, Н. Сердюк. Бердянськ : Ткачук О.В., 2015. 216 с.
3. Лукашевич М. П. Соціологія сім'ї: теорія і практика: навчальний посібник.К.: ІПК ДСЗУ, 2012. 186 с.

ФАЛІШТИНСЬКА НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність "Психологія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

СИМПТОМИ ТА ВИДИ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Існує поширена помилкова думка, що розлади харчової поведінки є вибором способу життя. Розлади харчової поведінки – це насправді серйозні та часто смертельні захворювання, пов'язані з серйозними порушеннями харчової поведінки людей і пов'язаних думок і емоцій. Заклопотаність їжею, вагою тіла та формою також може сигналізувати про розлад харчової поведінки. Поширені розлади харчової поведінки включають нервову анорексію, нервову булімію та розлад переїдання.

Нервова анорексія – це стан, коли люди уникають їжі, сильно обмежують їжу або вживають дуже невеликі кількості лише певних продуктів. Вони також можуть зважуватися неодноразово. Навіть маючи небезпечну вагу, вони можуть вважати себе такими, що мають

надлишкову вагу.

Існує два підтипи нервової анорексії: «обмежувальний» підтип і підтип «очищення від запою».

При рестриктивному підтипі нервової анорексії люди сильно обмежують кількість і тип їжі, яку вони споживають.

У підтипі нервової анорексії, що провокує запій, люди також значно обмежують кількість і тип їжі, яку вони споживають. Крім того, у них можуть бути епізоди переїдання та епізоди очищення – з'їдання великої кількості їжі за короткий проміжок часу з наступним блюванням або використання проносних або діуретиків, щоб позбутися того, що було спожито [3].

Нервова анорексія може бути смертельною. Він має надзвичайно високий рівень смертності порівняно з іншими психічними розладами. Люди з анорексією ризикують померти від медичних ускладнень, пов'язаних з голодуванням. Самогубство є другою основною причиною смерті людей з діагнозом нервова анорексія.

Нервова булімія – це стан, при якому люди мають періодичні та часті епізоди вживання надзвичайно великої кількості їжі та відчуття відсутності контролю над цими епізодами. Це переїдання супроводжується поведінкою, яка компенсує переїдання, такою як вимушене блювання, надмірне використання проносних або діуретиків, голодування, надмірні фізичні вправи або комбінація цих видів поведінки. Люди з нервовою булімією можуть мати дещо недостатню вагу, нормальну вагу або надмірну вагу [2].

Розлад переїдання – це стан, при якому люди втрачають контроль над своїм прийомом їжі та мають повторювані епізоди вживання надзвичайно великої кількості їжі. На відміну від нервової булімії, періоди переїдання не супроводжуються очищенням, надмірними фізичними вправами або голодуванням. Як результат, люди з розладом переїдання часто мають надмірну вагу або ожиріння.

Розлади харчової поведінки можуть вражати людей будь-якого віку, раси/етнічного походження, маси тіла та статі. Розлади харчової поведінки часто з'являються в підлітковому або молодому віці, але також можуть розвинутися в дитинстві або пізніше.

Дослідники виявили, що розлади харчової поведінки викликані складною взаємодією генетичних, біологічних, поведінкових, психологічних і соціальних факторів. Дослідники використовують новітні технології та науку, щоб краще зрозуміти розлади харчової поведінки.

Один із підходів передбачає вивчення людських генів. Розлади

харчової поведінки є сімейними. Дослідники працюють над виявленням варіацій ДНК, які пов'язані з підвищеним ризиком розвитку харчових розладів [4].

Дослідження зображень мозку також забезпечують краще розуміння розладів харчової поведінки. Наприклад, дослідники виявили відмінності в моделях мозкової активності у жінок з розладами харчової поведінки в порівнянні зі здоровими жінками. Такого роду дослідження можуть допомогти в розробці нових засобів діагностики та лікування розладів харчової поведінки.

Важливо вчасно звернутися за лікуванням розладів харчової поведінки. Люди з розладами харчової поведінки мають більший ризик самогубства та медичних ускладнень. Люди з розладами харчової поведінки часто можуть мати інші психічні розлади (такі як депресія чи тривога) або проблеми із вживанням психоактивних речовин. Можливе повне одужання.

Плани лікування розроблені відповідно до індивідуальних потреб і можуть включати одне або декілька з наступного:

- Індивідуальна, групова та/або сімейна психотерапія
- Медичне обслуговування та моніторинг
- Консультації з питань харчування
- ліки
- Психотерапія

Сімейна терапія, тип психотерапії, коли батьки підлітків з нервовою анорексією беруть на себе відповідальність за годування своєї дитини, виявляється дуже ефективною, допомагаючи людям набрати вагу та покращити харчові звички та настрій.

Щоб зменшити або усунути поведінку, пов'язану з переїданням і очищенням, люди можуть пройти когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка є ще одним типом психотерапії, яка допомагає людині навчитися визначати спотворені або марні моделі мислення, а також розпізнавати та змінювати неточні переконання.

Список використаної літератури

1. Абсалямова Л. М. Психологічний аналіз проблем харчової поведінки особистості: Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди; Харків, 2017. Вип. 55. С. 5–12

2. Дудар Л. В., Овдій М. О. Роль харчової поведінки та режиму харчування в розвитку надлишкової маси тіла в осіб молодого віку. Сучасна гастроентерологія, 2013. No 4 С.31–34.

3.Шебанова В. І. Психологія харчової поведінки. Автореф. Дис. доктора психол. наук. 19.00.01; Київський національний університет

імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. 40 с

4. Di Patrizio NV, Astarita G, Schwartz G, Li X, Piomelli D. Endocannabinoid Signal in the Gut Controls Dietary Fat Intake. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2011 in press. doi 10.1073/pnas.1104675108. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150876/

ХОМЕНКО АНДРІЙ ЛЕОНІДОВИЧ
студент 2 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ЧИННИКИ СХИЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ ДО РИЗИКУ У ПОВЕДІНЦІ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Останнім часом спостерігається зростання кількості проявів схильності до ризику у поведінці серед неповнолітніх особистостей. Хоча порушення норм у багатьох випадках не становлять суспільної небезпеки, ці дії можуть бути небезпечними і, якщо вихователі та суспільство не реагують негайно, можуть призвести до деформації особистості. Отже, вивчення феномену та дослідження причин ризикової поведінки підлітків у групах ризику, а також розробка програм попередження та психокорекції ризикової поведінки набувають все більшої актуальності як в Україні, так і у всьому світі.

Сучасна молодь, яка характеризується емоційною нестійкістю та імпульсивністю, частіше потрапляє в небезпечні, екстремальні ситуації з ризикованими діями особливо у складні часи трансформації суспільства, які пов'язані із військовими діями в Україні. Молодь змушена боротися, шукати вихід і переосмислювати сенс буття через перешкоди, які стають на заваді досягненню життєвих цілей, реалізації мрій і видаються нездоланними. Інтимні, особистісні та міжособистісні розлади, невпевненість в собі та пошук сенсу життя все частіше виникають у підлітковому віці [2].

У деяких ученнях закономірності людської психіки використовуються для пояснення відхилень у поведінці неповнолітніх. Такі ідеї належать прихильникам «теорії фрустрації». Вони переконані, що фрустрація є чинником прояву агресії та призводить до негативної та ризикованої поведінки. Однак останнім часом дослідження зосередилися на вивчення впливу середовища на поведінку особистості [3].

У результаті аналізу літературних джерел було виявлено, що дослідники пов'язують ризикову поведінку підлітків із такими факторами, як конфліктність (С.Рубінштейн, В.Моляко, В.Филипчук), зниження успішності, самовизначеність, адиктивна поведінка (С.Максименко, І.Костюк), прояви характеру, риси темпераменту (М.Варій, А.Лічко) тощо.

З іншого боку, ризик можна вважати нормальною поведінкою людини, коли вона свідомо вибирає небезпечну альтернативу та чинить відповідно до «своїх внутрішньо прийнятих норм». Участі в бойових діях для захисту держави, наслідування поведінки військових неповнолітніми, наприклад.

Після того, як підлітки намагаються вийти за межі існуючих систем, вони налаштовані на майбутнє та намагаються створити власний порядок у світі. Вони схильні ризикувати та частіше залучаються до небезпечних ситуацій.

Якісні зміни, пов'язані зі статевим дозріванням і включенням у дорослу життєдіяльність, характеризують підлітковий вік. У цей період розвивається характер дитини, збільшується обсяг її діяльності та формується свідома поведінка. Підлітки відчувають певну незграбність у рухах через нерівномірність фізіологічного розвитку системи організму. Це спричиняє психологічний дискомфорт, який підлітки намагаються приховати неправильними способами, такими як замкнутість, відстороненість чи, навпаки, зухвала поведінка. У цей період людина має підвищену імпульсивність і часто відчуває несвідомий статевий потяг [1].

У результаті трансформаційних процесів, які притаманні українському суспільстві, відбулося багато соціальних змін, включно з зубожінням, безробіттям, зміною суспільних норм і цінностей, військовими діями. Зазначені фактори впливають на здоров'я та розвиток у всіх вікових групах, але особливо у підлітків. З огляду на це ми спостерігаємо негативні тенденції до збільшення кількісного показнику осіб підліткового віку, які схильні до ризику у поведінці. Основним процесом морального розвитку, який відбувається у цьому віці, що визначає перехід до зрілості, є створення та переоцінка системи цінностей. Але це також призводить до переоцінки ризику, що спричиняє потрапляння підлітків у небезпечні ситуації.

Отже, ризик у поведінці не завжди спрямований на саморуйнування, зазвичай це поведінка, яка передбачає небезпеку. Таким чином, ризикована поведінка може бути виявлена як через вербальні та невербальні сигнали (суб'єкт демонструє свої дії), так і через фізичні та вегетативні показники [5].

Так, підлітки схильні до ризику з двох причин. По-перше, це пов'язано з емоційними відчуттями, такими як пошук вражень і девіз «я буду ризикувати, тому що я живу один раз». По-друге, вони не можуть передбачити можливі наслідки непродуманих дій, тому вони нехтують небезпекою, оскільки вони не мають багатого соціального досвіду. Це можна пояснити тим, що під час процесу ризику виникає такий собі раціональний фаталізм, думка про те, що коли людина наважується на щось, наслідки вже не мають значення. Підлітки найчастіше схильні до ризику, оскільки вони не зважують свої шанси та не прогнозують майбутні результати [4].

Отже, гностична активність дозволяє регулювати ризик на рівнях психічних процесів. Це означає, що кожне рішення розглядається в контексті. У цьому випадку підліток усвідомлює небезпечну ситуацію, визначає її ступінь і навіть робить найкращий вибір для її реалізації. Особа обдумано вступає в небезпечну ситуацію та розумно вирішує, як її подолати. На цьому рівні підліток сам контролює свою діяльність, яка складається з кількох відносно завершених частин дій, які мають на меті досягти проміжної усвідомлюваної мети. Під метою ми розуміємо уявлення про кінцевий результат діяльності.

Одним із найважливіших факторів у кількості структурних складових діяльності особи є фактор психологічної готовності. Психологічна готовність людини до діяльності означає, що вона концентрує в собі всі компоненти, необхідні та достатні для успішного завершення завдання в майбутньому. Крім того, тут відбувається накопичення та вироблення знань людини. Ці знання відображаються в стійкості, раціональності та саморегуляції.

Список використаної літератури

1. Кошова І. В. Психологія девіантної поведінки. Ніжин: НДУ ім.М.Гоголя, 2009. 167 с.
2. Оржехівська В.М. Педагогічна профілактика девіантної поведінки неповнолітніх. К.: Знання, 2000. 264 с.
3. Павелків Р.В. Феноменологія морального розвитку особистості: детермінація, механізми, генезис: монографія. Рівне: Волин.Обереги, 2019. 368 с.
4. Encyclopedia of sociology. Guilford, Connecticut. 1974. P. 222.
5. Kelly G. A Theory of Personality. The Psychology of Personal Constructs. New York, 1963. P. 46.

ХУТОРЯНСЬКА ОЛЕНА МИКОЛАЇВНА
здобувач 4-го року підготовки бакалаврату
спеціальність «Психологія»
ШИПІЦИНА АЛЛА ЮРІЇВНА
магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Психологія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***НАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВІТАЛІЇВНА***,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Вчені все частіше стверджують, що високий рівень розумових здібностей та високі показники інтелекту ще не гарантують успішності в житті та кар'єрному зростанні. Проблема розвитку емоційної сфери людини та того, наскільки вона здатна переживати емоції, пов'язана з можливістю гармонійної взаємодії серця, розуму, афекту та інтелекту, стає все більш важливою для психологів [1].

Якщо ми говоримо про емоційний інтелект, ми маємо на увазі здатність особистості ідентифікувати, керувати та контролювати емоції інших людей, а також використовувати ці здібності для досягнення життєво важливих цілей. На нашу думку, це визначення найкраще пояснює сутність концепції «емоційного інтелекту», показує шляхи його розвитку та те, наскільки він важливий для життєдіяльності людини [2].

Емоції, які формуються разом з іншими психічними процесами, мають значний вплив на особистісний розвиток учня молодшої школи. Тому порушення мовлення, згідно з науковими розробками, можуть мати значний вплив на емоційний стан дитини [3].

Емоційний інтелект є надзвичайно важливим у молодшому шкільному віці, оскільки сформованість його основних компонентів дозволяє дітям і дорослим ефективно взаємодіяти в різних ситуаціях

Дослідники стверджують, що хоча розвиток емоційного інтелекту має свої особливості протягом усього життя, основні структурні елементи емоційного інтелекту починають формуватися в молодшому шкільному віці і зберігаються протягом усього шкільного навчання. Ці структурні елементи особливо важливі під час професійної підготовки, оскільки вони дають можливість організовувати позитивне спілкування з новими людьми в новому середовищі [4]/

В сучасній психології існує певна теоретична традиція вивчення складної детермінації психічної діяльності людини. Ці традиції можуть служити основою для подальших досліджень емоційного інтелекту. Емоційний інтелект у певній мірі генетично передбачений, і основа для повного використання потенціалу закладається в дитинстві, але багато необхідних якостей можна розвинути в дитинстві [5].

Емоційний інтелект як характеристика особистості пов'язаний з такими характеристиками темпераменту, як нейротизм і екстраверсія. Когнітивні здібності, або сенсорні канали сприйняття, пов'язані з емоційною стійкістю; екстраверсія пов'язана з розумінням емоцій інших і управлінням власними; емоційна стійкість допомагає розуміти власні емоції, але ускладнює їх інтерпретацію інших. Кінестетики реагують на емоційні впливи більш розумно, ніж аудіали [6].

Особи, які знаходяться в середній зоні між полюсами когнітивного стилю «полезалежність – поленезалежність», мають найменшу здатність розуміти та контролювати емоції інших людей [7]. Ці соціальні передумови включають умови родинної соціалізації, особистісні установки, активність особистості та релігійність [8].

Установка на творчу самореалізацію, методичність і уважність до діяльності є факторами, які сприяють покращенню диференціації власних емоцій підлітків, які реалізують установку на домінування [8].

Молодший шкільний вік є особливим етапом емоційного розвитку людини. З роками почуття та переживання стають складнішими та різноманітнішими. Дитина починає розуміти емоції, розуміючи слова «я радію», «я сердита» та ін., що означає, що вона починає самостійно керувати своїми почуттями. Її логіка почуттів розвивається, її переживання набувають смислу та узагальнюються. Без цих змін переходити до шкільного віку було б неможливим [9].

Враховуючи все сказане вище, можна припустити, що розвиток емоційного інтелекту є найбільш чутливим у молодшому шкільному віці. Емпатія є основним психологічним механізмом міжособистісного емоційного інтелекту, який допомагає людям

спілкуватися та взаємодіяти з іншими. На основі емпіричних даних, отриманих про особливості розвитку емпатії у молодшому шкільному віці, визначено різновиди та рівні емпатійних ставлення молодших школярів до однолітків.

Список використаної літератури

1. Goleman D. Emotional Intelligence. Why it Can Matter More Than IQ. Bloomsbury. 1996
2. Найчук В.В. Психологічні особливості емоційного інтелекту молодших школярів. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки,. 2016. №3 (2). С. 76-81
3. Bar-On R. Emotiona lQuotient Inventory (EQ-i): Technical Manual. Toronto: Multi-Health Systems, 1997.
4. Зарицька В.В. Емоційний інтелект: актуальність проблеми. Вісник ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія. Харків: ХНПУ. 2008. № 24. С.56-65.

ЧАД НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА
студент 1 курсу магістатури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОНЯТТЯ ТОЛЕРАНТНІСТЬ

У сучасному світі особливе місце займає проблема толерантності. Щодня, кожна людина стикається чимось відмінним від його світогляду: іншими звичаями, звичками, звичаями, поведінкою, яке не узгоджується з його поглядами на життя. І в кожен з подібних моментів він робить вибір: як поставитися до подібної «інакшості», проявити толерантність або ж виявити нетерпимість.

Інтерес до толерантності привертає увагу дослідників різних дисциплін – філософії, соціології, культурології, психології особистості, клінічної, вікової, соціальної психології та ін. До теперішнього часу склалися різні підходи до визначення толерантності залежно від специфіки дисципліни і теоретичних постулатів, у рамках яких розглядається це поняття. Актуальність досліджень проблеми толерантності обумовлена ростом міжетнічної напруженості, збільшенням нетерпимості в суспільстві. Більшість дослідників підкреслюють, що толерантність - це не просто терпимість до

відмінностей, до інших людей, до різних думок, поглядів. Толерантність припускає вміння бути терпимим, зберігаючи власні цінності, індивідуальність.

Термін «толерантність» - відносно молодий в науці. У той же час проблема детермінант соціальної поведінки індивіда не нова в психології. Складність і неоднозначність відповідей на питання про те, що провокує людину на здійснення тих чи інших вчинків ми зустрічаємо і при визначенні толерантності. У дипломній роботі представлений аналіз найбільш близької соціальної психології підходів до визначення феномена «толерантність», і відбита специфіка цієї проблеми стосовно до міжособистісного спілкування учнів юнацького віку.

Найцікавішим представляється вивчення групи юнацького віку як однієї із самих гнучких, відкритих для розвитку толерантних установок. Про досліджуваний нами віковий період відомо, що ранній юнацький вік – це етап пошуку самостійних життєвих орієнтирів, вибору соціальних норм і цінностей, які далі вже доросла людина реалізує в житті (Райс, 2000). Одне з основних завдань раннього юнацького віку - «побудова системи цінностей і етичної свідомості як орієнтирів власної поведінки: критичний аналіз цінностей навколишньої культури повинен привести до формування самостійної «інтерналізованої» структури цінностей як керівництва до дій» (Ремшмидт, 1994, с. 148).

Як пише І.С.Кон, потреби в самопізнанні, самоствердженні і формуванні уявлень про навколишню дійсність поєднуються і втілюються в потребу в спілкуванні. Потреба в спілкуванні, постійний його пошук - відмітна риса ранньої юності (Кон, 1980). У спілкуванні старшокласників можна виділити дві основні тенденції: (а) розширення сфери комунікацій (б) індивідуалізація відносин, висока вибірковість у дружніх прихильностях, вимогливість до спілкування в діаді.

З одного боку, проведена наукова робота спрямована на вивчення специфіки феномена «толерантність» та його взаємозв'язку з агресивністю у міжособистісному спілкуванні. З іншого боку - дослідження націлене на виділення особливостей толерантності саме осіб раннього юнацького віку. Для того, щоб правильно визначити напрямки і засоби підвищення толерантності юнаків, необхідно розібратися, як вони самі інтерпретують і сприймають навколишніх співрозмовників і соціальні ситуації. Вивчення толерантних установок у міжособистісному спілкуванні юнаків, дозволяє грамотніше будувати надання психологічної допомоги, адекватної проблемам, з

якими зіштовхуються молоді люди в період дорослішання.

Розглядаючи соціально-політичну картину світу складно не помітити, що терпимість грає важливу роль в появі і врегулювання конфліктів різної масштабності. У нелегких і непостійних умовах розвитку соціуму, насичених всілякими суперечностями, актуальність питання про толерантність складно переоцінити.

Для сучасного суспільства проблему толерантності робить актуальною багатонаціональний склад і поліконфесійність, а також кількість локальних конфліктів, що трапляються у зв'язку нетерпимості. Можливо, багато в чому через це держава в даний час витрачає великі зусилля на формування високої толерантності в суспільстві. Якщо ж розглядати геополітичні умови нашої країни, то необхідно відзначити її центральне положення між країнами Сходу і Заходу, і зацікавленість у підтримці добросусідських відносин як з тими, так і з іншими. В сучасних умовах толерантність по відношенню до Заходу і Сходу принципово важлива для нашої країни і з точки зору її становища на світовій арені, і в цілях здобуття свого гідного місця в динамічно змінюваному світовому співтоваристві.

Виходячи з того, що населення людей, які докорінно відрізняються один від одного за зовнішністю, поведінкою, поглядам, звичкам і по багатьом іншим характеристикам, можна було б зробити висновок, що толерантність повинна бути невід'ємним атрибутом існування країни, проте, насправді, з багатьох причин (таким як політичні конфлікти, тероризм, непродумана міграційна політика і просто приватне нерозуміння), державі часто доводиться стикатися з проблемами, що виникають на грунті інтолерантності.

Потрібно відзначити, що для підвищення рівня толерантності гуманізації відносин, необхідні зусилля як соціуму загалом, так і кожної людини окремо. Однією з умов толерантних відносин є всебічне виховання і розвиток громадянської самосвідомості, і забезпечення гідного існування кожної людини в нашому суспільстві.

В психології розвитку особистості, толерантність розглядається як особистісне утворення (Г. У. Солдатова, О. М. Байбаков, Д. В. Зинов'єв, О. Г. Виноградова, П. Ф. Комогоров, О. Б. Скрябіна та інші автори), що включає в себе наступні характеристики: адекватну самооцінку; знання себе, визнання інших; відповідальність за свої вчинки; почуття гумору; прихильність до інших; самовладання; терпіння; здатність до рефлексії; відсутність тривожності; високий рівень товариськості; вміння виражати свою незгоду, аргументувати відмову від співпраці; відсутність стереотипів, забобонів [3]. В даний час робляться спроби впорядкувати види і форми толерантності.

Виділенням видів толерантності займалися багато дослідників даної проблеми (В. О. Лекторський, Н. Я. Маркова, І. В. Крутова, А. Є. Зімбулі, В. О. Петрицький, С. Л. Братченко та інші автори). Спираючись на роботи Л. С. Виготського, Л. С. Васильєва, О. Л. Рябініна, Й. М. Дзялошинського, дослідження Д. Б. Ельконіна, Т. В. Драгунової, Д. Фельдштейна, М. Р. Гінзбурга та інших авторів можна зробити висновки, що на сьогодні немає єдиної думки, які саме прояви толерантності притаманні особистості в будь якому віці та при різних обставинах.

Список використаної літератури

1. Іщенко Ю.А. Толерантність як філософська і світоглядна проблема Філософська і соціологічна думка. №4 1990.Камянець-Подільський, 2015. Вип. 29. С. 251-265.
2. Кириленко Т.С. Розвиток особистості. К.:Вища школа, 2008. 450с.

ШВЕЦЬ ВІКТОРІЯ АДОЛЬФІВНА,
студентка 2 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО КОМПОНЕНТУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ

Нам потрібно вивчити характеристики когнітивного та емоційного розвитку студентів, перш ніж з'ясувати характеристики когнітивного компоненту емоційного інтелекту. Наше дослідження зосереджується на розвитку таких когнітивних процесів, як пам'ять, мислення та увага, а також особливостях розвитку емоцій студентської молоді. Це дозволить нам визначити стан і перспективи розвитку емоційного інтелекту в цьому важливому віковому періоді, оскільки він охоплює здобуття професії та формування здатності використовувати те, що ми знаємо, у майбутньому.

С.Максименко вважає, що юність є віком емоційної сенситивності (підвищеної чутливості до подій, що супроводжується підвищеною тривожністю, страхом перед новими ситуаціями, подіями та різними випробуваннями).Ті потенції емоційності людини, які закладені в її природі, зараз інтенсивно реалізуються та за сприятливих умов «розквітають». Вони більш чітко проявляються, коли ви студенти

[3].

Зокрема, М.Забродський зазначає, що в цей віковий проміжок емоційне життя молодих людей стає багатшим за змістом і різноманітнішим за відтінками почуттів; в цей період інтенсивно розвивається емоційна чутливість, здатність до співпереживання та чутливість до емоційних впливів. Крім того, почуття, такі як почуття гумору, трагічного та прекрасного, формуються та узагальнюються. Ці почуття поступово стають стійкими переконаннями особистості. В цей період розвивається почуття дорослості, причому не дорослості в цілому, а почуття чоловічої чи жіночої дорослості [1].

Спрямованість на майбутнє є основною характеристикою почуттів і емоцій студентів. Емоції, пов'язані з плануванням майбутнього, переважають [6].

Встановлено, що в юнацькому віці різні люди сприймають ті самі переживання по-різному. З цієї причини психологія розглядає поняття «загальна емоційна спрямованість». Цінність є характеристикою емоційної спрямованості. Це ознака, яка відрізняє її від моральної цінності. Вибір сфери діяльності людини демонструє цю загальну спрямованість.

У цей час основи емоційної культури інтенсивно формуються. За словами В.Зарицької, гендерні відмінності не мають значення для інтегральних показників емоційного інтелекту. Окремі компоненти відрізняються від інших [2].

Студентський вік має вирішальне значення для розвитку самооцінки, головного регулятора поведінки та діяльності. Це безпосередньо впливає на подальший розвиток самопізнання та самовиховання студентів, а також на їхній емоційний та розумовий розвиток. В цей період відбуваються наступні зміни: самооцінка змінюється порівняно з попередніми віковими періодами і переорієнтовується на навчання та взаємостосунки з ровесниками та свої фізичні якості; ставлення до себе стає більш критичним, що означає здатність виявити свої позитивні та негативні якості; моральні якості, здібності та воля стають більш вираженими; ставлення до зовнішніх оцінок змінюється, хоча оцінка значущих.

У студентському віковому періоді розвивається самосвідомість, формується незалежна система еталонів самооцінки та самостановлення, значно розвиваються здібності до внутрішнього світу, що сприяє усвідомленій чи неусвідомленій моделі поведінки, і це свідчить про рівень розвитку емоційного інтелекту. Це пояснюється внутрішніми суперечностями особистості, які виникають під час переходу від юнацького віку до ранньої дорослості, які сприяють

розвитку самосвідомості. Найпоширенішими з цих суперечностей є такі: потреба в соціальному визнанні та обмежені можливості його реалізації; потреба в самоосмисленні та самоідентифікації та недостатня або суперечлива інформація про себе, а також потреба в самостійності.

Активне самопізнання цих людей допомагає їм подолати ці труднощі.

Вибір професії та вступ до закладу вищої освіти певною мірою вирішують ці проблеми: рівень самосвідомості та домагань стабілізується, а самооцінка стає більш незалежною від інших людей. Зміна соціальних стосунків і потреба подолання внутрішніх конфліктів викликають когнітивні зміни [5].

Студенти демонструють прогресивний розвиток теоретичного мислення: вони демонструють логічне мислення, здатність до теоретичних міркувань і здатність до самоаналізу. Їхній інтелект формується як цілісна система. У цей період розвивається індивідуальний стиль інтелектуальної діяльності (пізнавальний та когнітивний), формується ментальний досвід і формуються варіанти сприйняття, запам'ятовування та мислення. Це також визначає способи отримання, накопичення, перероблення та використання інформації. Тим часом багато людей цього віку схильні переоцінювати свої знання та розумові здібності.

Словесно-логічне мислення є центром когнітивного розвитку студентів. Вони досягають більш високих рівнів абстрактного мислення, оволодіючи логічними операціями, такими як синтез, аналіз, порівняння, абстрагування, конкретизація та узагальнення, усвідомлено [4].

Студентське мислення стає більш системним і продуктивнішим, що сприяє систематизації знань. Наукові гіпотези відіграють значну роль у цьому. У студентів розвивається унікальний когнітивний стиль розв'язування пізнавальних і практичних завдань.

С.Максименко вважає, що мислення у студентському віці поєднує чуттєве (наочно-образне) і теоретичне (логічне мислення).

У студентів довільніше запам'ятовування, що є значно ефективнішим, ніж мимовільне запам'ятовування. Продуктивність мимовільної пам'яті, значення якої не зменшується, залежить від організації розумової діяльності. Насамперед запам'ятовується те, що пов'язане з інтересами та планами на майбутнє, і це викликає сильні емоції.

Розвиток когнітивної сфери студентів також включає покращення їх здатності зосереджуватися на певних речах і подіях, а

також подолання факторів, які відволікають їхню увагу. Це усі ознаки розвитку концентрації уваги. Студенти свідомо перемикають і розподіляють увагу. Розвиток логічного мислення пов'язаний з розвитком цих властивостей уваги. Вибірковість уваги збільшується, коли студентів заохочують до певних наук і діяльності. Післядовільна увага, яка виникає на основі довільної та полягає в зосередженості на цікавому предметі або явищі, має більшу роль у навчанні та практичній діяльності. Увага студентів демонструє значні відмінності залежно від їхніх інтересів і пізнавальних потреб. Ці властивості включають інтенсивність (ступінь концентрації), стійкість і обсяг.

Отже, вибір професійного шляху є однією з багатьох проблем, з якими стикається молода людина в дорослому житті.

Студентський період має свої особливості розвитку та функціонування когнітивної та емоційної сфер. Розвиток емоційного інтеклекту значною мірою залежить від цього.

Список використаної літератури

1. Заброцький М.М. Основи вікової психології. Навчальний посібник. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2020. – 112 с.

2. Зарицька В.В. Розробка спеціального інструментарію розвитку емоційного інтелекту студентів у навчальному процесі. Запоріжжя: Класичний приватний університет. 2018.

3. Максименко С. Д. Онтогенез особистості // Практична психологія та соціальна робота. 2019. № 9. С. 1-10.

4. Носенко Е.Л. Емоційний інтелект, концептуалізація феномену, основні функції: монографія. К.: Вища школа, 2020. 126 с.

5. Mayer J. D., Salovey P. Emotional intelligence [electronic resource]. 2015. Mode of access: http: // www. unh. edu / emotional intelligence.

6. Schaie K.W. Beyond calendar definitions of age, period and cohort: The general development model revisited. Developmental revive, 6. 1986

ШРАМКО СВІТЛАНА ІВАНІВНА
студентка 1 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
ГЕРАСІМОВ ВАСИЛЬ ГРИГОРОВИЧ
студент 1 курсу магістратури
спеціальності «Психологія»,
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІЖОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ

Проблема конфлікту завжди була в тому чи іншому ступені актуальна для будь-якого суспільства. Однак в Україні на всіх етапах розвитку конфлікти залишали не просто помітне місце, а, як правило місце, яке впливало на її історію. Війни, боротьба за владу, боротьба за власність, міжособистісні і міжгрупові конфлікти в організаціях вбивства, побутові і сімейні конфлікти, самогубства як способи вирішення внутрішньо особистісних та міжособистісних конфліктів – основні причини загибелі людей у нашій країні. Конфлікт і у доступному для огляду майбутньому буде вирішальним фактором, що впливає на безпеку України та її громадян, адже стрімкими темпами зменшується населення України, розпадаються молоді шлюби, зменшується народжуваність. В будь-якому конфлікті партнери відчувають змішані почуття (з однієї сторони, злість, ненависть, з іншої – приглушені доброзичливі почуття, породжені досвідом попереднього спілкування).

До найбільш поширених конфліктів відносяться міжособистісні конфлікти. Вони охоплюють майже всі сфери людських відносин. Будь-який конфлікт в кінцевому результаті зводиться до міжособистісного. Навіть в міждержавних конфліктах відбувається зіткнення між лідерами чи керівниками держав. Саме тому знання особливостей протікання таких конфліктів і способи їх управління є важливим елементом у професійній підготовці фахівця соціальної сфери. Міжособистісні конфлікти виникають як між людьми, які незнайомі один із одним, так і між добре знайомими людьми. Міжособистісні конфлікти можуть проходити в різних сферах і областях: економічній, політичній, виробничій, побутовій, соціальній.

Таким чином, міжособистісний конфлікт – це зіткнення людей в процесі їх взаємовідносин. А.С. Кармин трактує поняття міжособистісного конфлікту як окремий випадок взаємодії людей у

процесі їхнього спілкування та спільної діяльності. Міжособистісний конфлікт проявляється у взаємодії між двома і більше особами. Вони можуть відбуватися як між співробітниками, так і між близькими людьми. В цих конфліктах кожна сторона прагне відстояти свою думку, довести свою правоту, люди використовують взаємні звинувачення, напади один на одного, словесні образи, приниження. Така поведінка викликає у суб'єктів конфлікту гострі негативні емоційні переживання, які загострюють взаємодію учасників і провокує їх на екстремальні поступки, навіть після вирішення конфлікту, його учасники ще довго відчувають негативне самопочуття.

Як і будь-який інший вид конфлікту міжособистісний конфлікт виконує як конструктивні так і деструктивні функції. До конструктивних функцій відносять:

– функцію розвитку (конфлікт є важливим джерелом розвитку його учасників і він удосконалює сам процес взаємодії);

– пізнавальну (поява конфлікту виступає як симптом неблагополучних відносин);

– інструментальну (конфлікт виступає як інструмент вирішення протиріч);

– перебудовну (конфлікт знімає фактори, які провокують цей конфлікт, сприяє розвитку взаєморозуміння між учасниками).

Деструктивні функції, які виконує міжособистісний конфлікт полягають у:

– руйнуванні сумісної діяльності, яка існувала до конфлікту;

– погіршенні або повне руйнування відносин;

– негативному самопочутті суб'єктів конфлікту;

– низькій ефективності подальшої взаємодії.

Для виникнення міжособистісного конфлікту необхідна наявність протиріч, які можуть бути як об'єктивними так вигаданими. Як і для всіх інших конфліктів, для виникнення міжособистісного конфлікту необхідні привід.

В будь-якому міжособистісному конфлікті існує як мінімум два учасники і певна конфліктна ситуація їх взаємодії, в якій відбувається початковий інцидент і розвиваються його наслідки. Для виявлення причин конфліктів потрібно провести всебічний і глибокий аналіз як дій, позицій і психологічних особливостей його учасників, так обставин, які виникають під час їх взаємодії. Побачити безпосередні причини і джерела міжособистісних конфліктів можна, звернувшись до базових потреб людини. Мається на увазі потреби в їжі, прив'язаності, безпеці, самоповазі, справедливості, доброті... Коли вони придушуються чи появляється загроза для їхнього задоволення,

виникає напруга, а як наслідок конфліктна ситуація і конфлікт.

Список використаної літератури

1. Джелалі В. О. Психологія вирішення конфліктів. Харків-Київ, 2006.320 с.
2. Конфліктологія : підручник / за ред. Г. В. Гребенькова. Магнолія.Львів, 2011. 229 с.

ЯРЕМЧУК ВІКТОРІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА
викладач кафедри соціальних технологій
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ У ПРИЙОМНІЙ СІМ'Ї

Роль сімейного середовища у формуванні особистості дитини, його детермінантність, цінність та незамінність для просоціального виховання, адаптації та соціалізації дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування розглядали у своїх працях А.Капська, А.Макаренко, А.Мудрик, Г.Овчарова, М.Стельмахович, В.Сухомлинський, М.Фіцула та інші.

Вивчення даної проблеми з позиції психології дозволяє стверджувати, що причиною викривлення особистісного досвіду дитини можна вважати вплив фактора депривації, тобто відсутність, обмеження або недостатність матеріальної й духовної турботи про дитину, необхідних для її виживання і повноцінного розвитку. Вивчення досвіду життєдіяльності таких дітей у різних соціумах підтверджують значення ранньої депривації для появу індивідуально-особистісних відхилень у вигляді стимульних бар'єрів, які породжують викривлення соціальних відносин і соціального досвіду дитини [9].

Депривація впливає, насамперед, на дію основних механізмів розвитку дитини. Обстеження дітей, які виховувалися поза сім'єю, свідчать не про відхилення у розвитку, а про формування принципово інших механізмів їх функціонування. Ці механізми дозволяють дитині пристосуватися до життя у закритому просторі інтернатних установ, але створюють перешкоди для входження у відкрите суспільство [6].

Дефіцит позитивного спілкування дітей із дорослими визначає розвиток неадекватного спілкування з навколишніми. У конфліктних ситуаціях домінують захисні форми поведінки, такі як нездатність до

конструктивного вирішення проблемних ситуацій спалахи агресії, прагнення перекласти відповідальність на інших. Відсутність безумовного сприйняття дорослими дитини, необхідність постійно пристосуватися формують, пасивне ставлення до життя, при якому не формуються власні цінності і орієнтири, а створюються умови для розвитку пристосовництва [3].

Умовою психологічного здоров'я сім'ї, як зазначає О.Кляпець, є гармонійність сімейних взаємин. Здорова сім'я вільна від дезорганізуючої внутрішньо-сімейної психологічної напруженості і конфліктів, не відчуває дискомфорту подружніх взаємин, має перспективи і не розпадається під впливом незначних труднощів. Це комплексний узагальнений показник соціальної активності її членів у внутрішньо-сімейних стосунках, у соціальному середовищі і в професійній сфері діяльності членів сім'ї. Він відображає душевне благополуччя членів сім'ї, що забезпечує адекватну їх життєвим умовам регуляцію поведінки у спілкуванні та діяльності.

Для забезпечення психологічного комфорту у сім'ї та успішного її функціонування суттєве значення має те, як складаються взаємини і взаємодія принаймні у трьох складових: між самим подружжям, між батьками й дітьми, між братами й сестрами, якщо в родині зростають двоє і більше дітей.

Недостатньо чіткі межі між підсистемами не тільки гальмують розвиток сім'ї і дорослішання її членів, але також сприяють утворенню коаліцій – об'єднань між родичами. Коаліції, як правило, передбачають наявність тріангуляції – використання третьої особи для вирішення конфлікту між двома іншими членами сім'ї [7].

У працях із психології сім'ї виділено чотири типи ставлення подружжя один до одного та їхні батьківські установки щодо дітей: прийняття – неприйняття; взаємодія – уникнення контактів; визнання свободи активності – надмірна опіка; повага до прав кожного у сім'ї – надмірна вимогливість.

Позитивні типи ставлення – прийняття, взаємодія, свобода активності, повага до прав кожного – забезпечують партнерські стосунки та егалітарний устрій життя сім'ї. Виникнення порушень у сімейних взаєминах, як правило, пояснюється наявністю значної дистанції між членами родини, пов'язаної з прагненням усунути контакт, неприйняттям особистості партнера або надмірною емоційною зосередженістю на ньому, що виявляється в опіці, захисті, надмірній вимогливості та спробі будь-що підігнати його під уявлюваний образ чоловіка, дружини або дитини.

Ступінь узгодженості дій залежить від рівня згуртованості

родини, спільних інтересів у її членів, соціальної ситуації, діяльності глави сім'ї (лідера).

Згуртованість та гнучкість є інтегративними параметрами сімейної системи. Гармонійними ми вважаємо такі стосунки, характерною рисою яких є збалансованість ступеня гнучкості і згуртованості. Сімейна гнучкість показує, наскільки гнучко або, навпаки, ригідна сімейна система та здатна пристосовуватися, змінюватися за умови впливу стресорів на неї [2].

У нормально функціонуючих сім'ях структура сімейних ролей є цілісною, динамічною і носить альтернативний характер. Однак нерідко сімейні ролі є патологізуючими, і тоді в силу своєї структури і змісту надають психотравмуючі впливи на членів сім'ї [8].

Перебування дитини у прийомній сім'ї передбачає адаптацію не тільки до сімейного життя, а ще й до соціального оточення сім'ї. Дуже важливо створити при цьому умови для адаптації дитини у школі або дитячому колективі, де вона перебуватиме (дитячий садок, колектив позашкільного закладу), а також і до сусідів.

У гуманістичній психології умовами успішної адаптації індивіда до мінливого соціального середовища, на думку Г.Олпорда, є гарна інтеграція особистості, гармонічна концепція при мінімумі внутрішніх суперечностей і єдиному погляді на життя, а також відносна автономія у розумінні можності до незалежної, самостійної поведінки.

При вихованні прийомних дітей батьки часто стикаються з цілим рядом проблем і потребують кваліфікованої допомоги спеціалістів (соціального педагога, психолога та інших) для діагностики і корекції не лише індивідуальних особливостей дітей, але і внутрішньосімейних стосунків, функціонування прийомної сім'ї вцілому.

Перша проблема у вихованні прийомної дитини – це питання комунікації. Із появою нового члена сім'ї відбуваються зміни уже існуючих родинних стосунків. При цьому багато що у взаєминах залежить від того, наскільки легко сім'я пристосовується до нових вимог середовища; наскільки готові батьки приділяти свою увагу, віддавати свої сили і час дітям (як прийомним, так і рідним).

Другою проблемою виступають ревнощі між дітьми (біологічними і прийомними) стосовно дорослих. Перед батьками постає нелегке завдання, як вірно налагодити сімейний побут, щоб діти зрозуміли, що всі вони одне ціле, що їх однаково люблять і ставлять рівні вимоги до навчання, поведінки, відповідальності тощо. Толерантні стосунки – важливий момент профілактики ревнощів [5].

На думку К.Роджерса, для позитивної взаємодії з дітьми

батькам необхідні три основних уміння: чути, що дитина хоче сказати батькам; висловлювати власні думки і почуття, доступні для розуміння дитиною; розв'язувати спірні питання так, щоб результатами були задоволені обидві конфліктуючі сторони [9].

Важливо також розглянути стилі сімейного виховання. Як правило, стиль визначає у сім'ї систему виховання, що поєднує об'єктивно існуючу й не завжди усвідомлену конфігурацію цілей і завдань виховної роботи з дітьми, більш-менш цілеспрямоване застосування методів і прийомів виховання, врахування того, що можна й чого не можна припустити по відношенню до дітей. Своєрідність поєднання батьками у ставленні до дитини соціальних сподівань, вимог і контролюючих санкцій у психології прийнято визначати як стиль сімейного виховання. Слід зазначити, що батьки переносять особистісні проблеми і проблеми у стосунках з іншими членами сім'ї на дітей переважно підсвідомо, найчастіше з глибоким переконанням, що саме так дитині роблять добро. У цьому випадку необхідно говорити про певний стиль сімейного виховання. За цією ознакою виділяються п'ять стилів або тактик виховання у сім'ї .

Авторитарний виховний стиль має в основі тактику диктату, яка проявляється у систематичному пригнічуванні одними членами сім'ї (переважно дорослими) ініціативи й почуття власної гідності в інших її членів.

Демократичний стиль сімейних стосунків (тактика співробітництва) в основі має опосередкованість міжособистісних стосунків у сім'ї спільними цілями й завданнями спільної діяльності, її організацією й моральними цінностями.

Ліберальний стиль (тактика невтручання) передбачає систему міжособистісних відносин у сім'ї, яка будується на визнанні можливості навіть доцільності незалежного існування дорослих і дітей. Найчастіше такий тип взаємовідносин має за основу пасивність батьків як вихователів, що ухиляються від активного позитивного втручання у життя й долю дитини, надаючи перевагу комфортному співіснуванню з ними, яке не потребує душевних витрат.

Потуральний виховний стиль передбачає систему відносин, за яких батьки, забезпечуючи власною працею задоволення всіх потреб дитини, відгороджують її від будь-яких турбот, зусиль і життєвих труднощів, приймаючи їх на себе.

Нестійкий стиль виховання передбачає тактику непрогнозованого переходу батьків від одного стилю ставлення до дитини до іншого. Такий підхід у вихованні породжує у дитини подвійне ставлення до дорослих, проростає в її душі недовірою та

відстороненістю від батьків, формує установки реагувати на форму, а не на зміст їхнього звертання, тенденцію орієнтуватися на свої потреби всупереч мінливим і нестійким вимогам батьків, використовувати ситуативно-сприятливий емоційний фон стосунків з батьком або матір'ю з метою задовольнити свої індивідуальні потреби.

На думку А.Співаковської, роль дитини можна чітко виділити в дисгармонійній сім'ї, де ставляться один до одного шаблонно, стереотипно, роками зберігаючи ригідні взаємостосунки [2].

Т.Крюкова, М.Сапоровська та Є.Куфтяк виділяють три найсуттєвіші характеристики гармонійності дитячо-батьківських стосунків:

- задоволеність у системі дитячо-батьківських стосунків базових потреб дитини – потреби у безпеці та афіліації; потреби, що виникають у процесі дитячо-батьківської взаємодії;
- достатній рівень рефлексії батьків щодо індивідуальних особливостей дитини, а саме розуміння їхньої соціально-психологічної природи;
- свідома організація батьками конструктивного стилю взаємодії з дитиною, адекватного її індивідуальним особливостям [3].

Специфічну роль у будь якій сім'ї у відіграє архетип Матері. Емоційна залежність від матері, безперечне прийняття її розпоряджень зберігається впродовж усього людського життя і навіть після її смерті. Цей невидимий зв'язок із матір'ю сильніше виявляється у синів [1].

Прив'язаність дитини до матері виконує функцію захисту й безпеки, і на ранніх етапах розвитку, має біологічне коріння і видову специфічність[4].

Психіатр і психоаналітик Дж.Боулбі почав цікавитися порушеннями дітей, які виховувались у дитячих будинках. Він виявив, що діти, котрі ростуть у дитячих будинках та сиротинцях, часто страждають від різних емоційних проблем, включаючи нездатність встановлювати близькі тривалі стосунки з оточуючими. Він вважав, що такі діти не можуть любити тому, що на ранньому етапі життя не відчували прив'язаності до матері.

Дж.Боулбі спостерігав подібні симптоми у дітей, які протягом деякого часу росли у нормальних сім'ях, але згодом були надовго розлучені з батьками. Здавалося, ці діти були такі приголомшені, що назавжди відмовилися від близьких людських зв'язків. Подібні спостереження переконали Дж.Боулбі, що неможливо зрозуміти психологічний розвиток, не приділивши пильної уваги зв'язку в діаді «мати – дитина» [9].

Дж.Боулбі стверджував, що ми можемо зрозуміти поведінку

людини, тільки розглянувши середовище її адаптації — основне середовище, в якому вона формується. У період розвитку дітям необхідно знаходитися поряд із дорослими, щоб забезпечити собі захист. Отже, у дітей повинні сформуватися «прив'язані» моделі поведінки – жести й сигнали, що забезпечують і підтримують близькість з опікунами. У ранньому віці це плач, посмішка, лепетання, чіпляння, смоктання і наслідування [10].

У випадку прийомних сімей в ролі значимих дорослих виступають замісні батьки та від їхньої здатності встановити тісний духовний зв'язок з дитиною, значною мірою залежить процес відновлення її психологічного здоров'я.

Список використаної літератури

1. Бех І.Д. Виховання особистості. / Під ред. О.І. Цибульської. К.: Либідь, 2021. 280 с.
2. Заброцькій М.М. Основи вікової психології. Тернопіль, 2011. 207 с.
3. Макійчук Т. Правове забезпечення соціальної підтримки дітей, які не мають належного батьківського піклування, до надання їм юридичного статусу дитини-сироти чи дитини, позбавленої батьківського піклування // Підприємництво, господарство і право. 2012. № 9. С.107-112.
4. Методичний посібник по проведенню тренінг-курсу для соціальних працівників з питань підбору, підготовки та соціального супроводу прийомних батьків / Під ред. О.О.Яременко, Н.М.Комарова, Г.М.Бевз, Л.С.Волинець. К.: УСУ, 2014. 120 с.
5. Психологія сім'ї: підручник / за ред. В. М. Поліщука. Суми: Університетська книга, 2021. 248 с.
6. Томчук С.М. Генеза негативних психічних станів молодших школярів та їх корекція. К.: 2013. 183.
7. Чернобровкіна В.А. Прив'язаність до близьких дорослих та її вплив на розвиток характеру в дошкільному віці. Киев, 1992. 120 с.
8. Штифурак В.С. Психологія сім'ї: Навч.¬-метод. посіб. ¬ Вінниця: Планер, 2012. 320 с.
9. Children and parents: media use and attitudes report, 2015. – URL: https:// www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0024/78513/childrens_parents_ nov2015.pdf. (Last access: 04.02.2020).
10. Danby S.J., Fleer M., Davidson C., Hatzigianni M. (eds.). Digital Childhoods: Technologies and Children's Everyday Lives. Springer, 2018. Vol. 22. 87 C. 57-60.

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНА РОБОТА В УКРАЇНІ ТА СВІТІ:СУЧАСНИЙ СТАН ТА СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ

БАБЧУК А.О.
Здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ СІМ'ЯМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Актуальність цієї теми обумовлена необхідністю детального дослідження складної ситуації, яка склалася в організації соціальної роботи серед військовослужбовців України. Наразі це один з важливих напрямків соціальної діяльності. Як і звичайні громадяни, військовослужбовці потребують захисту, допомоги та уваги. Соціальний захист військовослужбовців відрізняється від інших форм захисту громадян тим, що багато конституційних прав і свобод військовослужбовців обмежуються при виконанні ними своїх конституційних обов'язків щодо захисту Батьківщини. Тому особливі обставини потребують впровадження спеціальних заходів для зменшення або запобігання негативного впливу соціальних ризиків на військовослужбовців, які через специфіку своєї службової діяльності не мають інших джерел гарантування гідних умов життя.

Основними аспектами соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців є:

Соціальна роль: Військово-соціальна робота відіграє ключову роль у забезпеченні соціальної стабільності та захисту інтересів військовослужбовців та їхніх сімей. Вона включає надання підтримки, консультацій та допомоги, сприяє адаптації до військового життя та забезпечує захист прав і свобод.

Надання консультацій і допомоги військовослужбовцям та їх сім'ям: Включає психологічну, юридичну та матеріальну підтримку. Консультації допомагають вирішувати проблеми адаптації, родинних стосунків, фінансової стабільності та інших аспектів життя.

Забезпечення взаємодії державних установ, громадських організацій та військового управління: Координація між різними інституціями важлива для створення ефективної системи соціальної підтримки. Співпраця дозволяє максимально ефективно використовувати ресурси та забезпечити комплексний підхід до вирішення проблем військовослужбовців та їхніх сімей.

Проведення комплексного аналізу стану соціального забезпечення військовослужбовців та їх сімей: Регулярний моніторинг та оцінка умов життя військовослужбовців і їхніх сімей допомагають вчасно виявляти проблеми та розробляти відповідні заходи для їх вирішення.

Соціальна адаптація демобілізованих резервістів та членів їх сімей до нових умов і характеру праці: Після завершення служби резервісти та їхні сім'ї стикаються з труднощами адаптації до цивільного життя. Програми соціальної адаптації включають навчання новим професіям, психологічну підтримку та допомогу в працевлаштуванні.

Програми та проекти, спрямовані на підтримку сімей військовослужбовців: Ці програми включають соціальні, економічні та культурні заходи, що сприяють покращенню умов життя сімей військовослужбовців, забезпечують їхню інтеграцію в суспільство та сприяють збереженню родинних стосунків.

Завдання військово-соціальної роботи у військовій частині: До основних завдань належать забезпечення прав і свобод військовослужбовців, створення умов для професійного розвитку, соціально-психологічна підтримка та розвиток корпоративної культури.

Заходи соціальної роботи у військовій частині: Включають організацію дозвілля, культурно-освітні програми, психологічну підтримку, медичну допомогу та соціально-економічну підтримку.

Перш ніж вимагати від людей виконання своїх обов’язків, вони повинні бути забезпечені всім необхідним для життя та захищені від свавільних і незаконних дій. Цей принцип визначає характер і зміст військово-соціальної роботи. Існують різноманітні засоби соціальної роботи військовослужбовців, до яких належать право, економіка, політика, освіта, культура, дозвілля, духовна етика тощо. До таких засобів належать соціальна допомога та підтримка, профорієнтаційні програми, забезпечення прав і свобод.

Розвиток та вдосконалення технологій соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців є важливим напрямком діяльності, що

сприяє зміцненню обороноздатності країни та підвищенню рівня соціальної стабільності в суспільстві.

Список використаної літератури

1) Архипова, С. П., Бик, О. Я. 2021. Соціальна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО, звільненими в зони захисту. Вісник Луганського державного університету імені Тараса Шевченка. URL: http://dspace.luguniv.edu.ua/xmlui/handle/123456789/9240

2) Логвінова, О., Рассказова, О. (2021). Соціальна робота для військовослужбовців та їх сімей в умовах затяжного конфлікту на сході України. URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/soc_robota_soc_osvita/2021_2/9.pdf

3) Організація соціальної роботи. URL: https://studfile.net/preview/9177674/page:27/

4) Сидоренко, А.О. Соціальний захист сімей військовослужбовців в Україні: проблеми та шляхи вирішення. URL: https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.27

БЕРЕЗА М.П.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРЕВЕНТИВНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА У МОЛОДІЖНИХ СІМ'ЯХ

Основною метою та завданнями соціальної роботи з молодими сім'ями є розробка і впровадження заходів, спрямованих на зміцнення молодої сім'ї як важливої соціальної одиниці, а також на її адаптацію до умов перехідної ринкової економіки. Важливою є підтримка у покращенні матеріального, етичного та духовного стану молодих сімей, створення та розвиток системи соціально-психологічної підтримки для них. Також важливе створення сприятливих умов для злагодженого поєднання соціальних та сімейно-побутових функцій молодих сімей, а також стимулювання їхньої підприємницької

активності. Крім того, важливою складовою є організація сімейного дозвілля та відпочинку [5].

Аналіз наукових досліджень дозволяє виділити основні напрямки соціальної роботи з молодими сім'ями в Україні. Серед них - підготовка молоді до життя в сім'ї, робота з молодими сім'ями для стабілізації їхніх взаємин, підтримка батьків у вирішенні проблем сімейного виховання та проведення сімейної психотерапії, яка включає соціально-реабілітаційну роботу зі сім'єю.

Соціальні працівники активно готують молодь до вступу у сімейне життя, сприяючи формуванню необхідних знань. Це включає в себе стимулювання здорового способу життя, вчення навичкам самообслуговування та безпечної сексуальної поведінки, а також навчання веденню спільного бюджету та господарювання вдома.

У своїй роботі вони звертаються до різноманітних фахівців, таких як наркологи, лікарі, психологи та сексологи, для надання комплексної допомоги. Це охоплює питання алкоголізму, наркоманії, статевих захворювань та збереження репродуктивної функції.

З метою ефективної підготовки молоді до сімейного життя, важливо використовувати різноманітні методи та форми роботи. Це можуть бути лекції, бесіди, тренінги та інтерактивні заняття з різних аспектів сімейного життя, статевого виховання, економіки сім'ї та профілактики захворювань. Також важливо використовувати відеоматеріали та відеолекції, які дозволять збагатити знання та поради з цих питань.

Для покращення ефективності підготовки молоді до сімейного життя пропонується впровадження мобільних курсів та навчально-консультативних пунктів, які зможуть доставляти свої послуги навіть у віддалені сільські райони. Також важливо розглянути можливість створення кабінетів та гарячих ліній, де молоді подружжя зможуть отримати консультації та підтримку.

Для стабілізації сімейних відносин соціальні працівники використовують різноманітні методи. Для запобігання дисгармонії проводяться інтерактивні заняття, такі як «Ти і я – дружня сім’я», «Потаємні бажання», «Я тебе добре знаю» тощо. Для управління конфліктами рекомендується тренінги «Навчимося говорити», «Чому так і чому ні», «Методи врегулювання конфліктних ситуацій». З метою організації вільного часу можна пропонувати вечори «Моя сім’я», «Як це добре бути з тобою», а також сімейні ігри, наприклад, «Щасливий випадок» [4, с. 157–162].

Крім того, створення клубів молодих сімей, центрів «Родинний дім» та консультативних кабінетів може стати важливим

кроком у наданні підтримки та допомоги молодим родинам у будь-який час. Це надасть змогу вирішувати проблеми, які виникають під час функціонування сімейного життя, та забезпечить необхідну підтримку у складних ситуаціях.

Створення школи молодих батьків та школи батьківської підтримки є перспективним напрямком для вирішення проблем сімейного виховання. Основними формами роботи таких закладів можуть бути семінари, конференції, «круглі столи», індивідуальні консультації, тренінги, вивчення педагогічних ситуацій, педагогічні бліцтурніри, психодрама, кінолекторії тощо.

Сімейна психотерапія вважається найбільш складною формою роботи з молодими сім'ями. Це через те, що вона спрямована на соціальну реабілітацію нерівноважних, нестабільних, дисгармонійних молодих родин, які зіткнулися з різноманітними проблемами. До цих проблем можна віднести вживання алкоголю та наркотиків, високу конфліктність у відносинах між партнерами, складне виховання дітей, хвороби нервової системи або тяжкі захворювання членів сім'ї, фінансові труднощі, невідповідність рольових очікувань партнерів, відсутність зв'язку з дітьми. Усі ці проблеми можуть викликати відчуття безвихідності, нервово-психічної напруги, безпорадності та тривоги, і вимагають залучення сторонньої допомоги [3, с. 86].

Особливим видом психотерапії є подружня психотерапія, орієнтована на конкретну пару та її проблеми. Це спрямовано на вирішення сімейних конфліктів, зменшення стресів у разі розлучення, покращення взаємин між партнерами та інше. Робота психотерапевта спрямована на допомогу членам пари у збереженні душевної стійкості, навчанню навичкам подолання труднощів, вирішенню складних питань, зосередженню на позитивних аспектах у найскладніших ситуаціях.

Загалом, соціальні працівники виконують широкий спектр функцій для підтримки молодих сімей у складних умовах, таких як економічна криза та війна на території України. Вони здійснюють соціальну профілактику, патронаж, реабілітацію, надають психологічну, педагогічну, медичну, правову, консультативну та психотерапевтичну підтримку. Це відображає важливість підтримки та збереження молодих сімей як основних виховних інститутів [1].

У майбутньому, важливим напрямком досліджень може стати детальний аналіз діяльності соціальних служб як ключової інституційної основи соціальної роботи з молодими сім'ями. Також важливим є вивчення досвіду впровадження новаторських підходів у цій сфері.

Список використаної літератури

1. Запобігання та протидія домашньому насильству: діяльність закладів освіти: навч-метод посіб. / авт. кол: Андрєєнкова В.Л, Байдик В.В, Войцях Т.В, Калашник О.К. та ін. Київ: ФОП Нічога С.О., 2020. 196 с.
2. Левицька Т. Л. Розвиток психологічної готовності студентської молоді до створення сім'ї: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.09 / Національна академія державної прикордонної служби України ім. Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2009. 20 с.
3. Маценко Л.М. Педагогіка сімейного виховання : підручник. / вид. 3-тє, доп., перероб. К.: ЦП «Компринт», 2019. 376 с.
4. Спіріна Т., Цвігун А. Домашнє насильство над дітьми як соціально- педагогічна проблема. Ввічливість. Humanitas. 2023, 2, С. 157–162.
5. Технології соціальної роботи : навчальний посібник. / О.А. Агарков (керівник авт. кол.), Д.Ю. Арабаджиєв, Т.В. Єрохіна, В.В. Кузьмін, І В. Мещан, В. М. Попович. Запоріжжя : «Мотор Січ», 2015. 487 с.

ГРІНЧУК В.Л.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА КОРЕКЦІЯ ПЕДАГОГІКИ

Соціально-педагогічна діяльність у суспільстві на сьогодні характеризується переосмисленням традиційних підходів до роботи з різними віковими групами населення, значними змінами та інноваціями в цій сфері. Це обумовлює необхідність теоретичного відродження, створення нової інформаційної бази та довідкової літератури з питань соціальної педагогіки та технологій соціальної роботи. Соціально-педагогічна робота як професійна діяльність є важливим інструментом реалізації соціальної політики в державі й визначає її життєвість та ефективність. Мета соціально-педагогічної

роботи є налагодження балансу між відповідальністю суспільства перед особистістю і відповідальністю особистості перед суспільством .

В сучасному суспільстві питання соціальної роботи та корекції педагогіки набувають особливої актуальності через зростання соціальних викликів та потреб. Спільна робота фахівців у цих галузях стає все більш важливою для створення сприятливих умов для розвитку людини та суспільства в цілому. Основною метою цієї роботи є висвітлення теоретичних підходів та практичних аспектів цих двох напрямів, а також їх взаємодії та впливу на покращення якості життя людей.

Соціальна робота- це професійна діяльність соціальних інституцій, державних та недержавних організацій, груп і окремих індивідів із надання допомоги у здійсненні успішної соціалізації особам чи групам людей у випадках, коли за відсутності належних умов у суспільстві або особистих вад їхня соціалізація утруднюється, призупиняється або відбувається у зворотному напрямі (десоціалізація) [3, с. 3].

Теорія соціальної роботи включає в себе вивчення принципів та методів взаємодії з людьми, спрямованих на підтримку їхнього благополуччя та розвитку. Це може включати роботу з різними соціальними групами, включаючи дітей, сім'ї, людей з інвалідністю, молодь, людей похилого віку та інших. Основна мета соціальної роботи - допомогти людям зробити позитивні зміни у своєму житті та оточуючому середовищі. Теорії соціальної роботи - сукупність сформованих у процесі пізнавальної, практичної діяльності уявлень, концепцій, понять, які відображають закони, закономірності, принципи, тенденції розвитку соціальної роботи, обґрунтовують моделі практики і техніки втручання. Процес соціальної роботи є складним, потребує різнопланових знань. До того ж сучасна соціальна робота поєднує різноманітні наукові школи, моделі практики, засновані на теоретичних поглядах різних шкіл. Це дає підстави охарактеризувати її як парадигмальну (засновану на різних наукових і науково-практичних парадигмах і підходах) теорію. Соціальна робота вибудовує свою методологію на здобутих у процесі досліджень доказових знаннях, аналізі реальної практики з урахуванням специфіки її контексту. Важливими для неї є теоретичні пояснення природи соціальних проблем і контексту їх розв'язання, прийнятності застосування конкретних технік втручання, обґрунтування практичних дій соціальних працівників. Практичне здійснення соціальної роботи відбувається в єдності з її теоретичним аналізом, прогнозуванням, моделюванням тощо. Теоретичне обґрунтування соціальної роботи постійно

змінюється, розвивається у відповідь на трансформації потреб клієнтів, працівників і оточення. Розвиток теорій і моделей соціальної роботи зумовлений як досягненнями споріднених наук — психології, соціології тощо, так і набуттям соціальною роботою власних емпіричних даних із практики, відпрацювання власних методик роботи [4, с. 3].

Розглянемо основні принципи та методи соціальної роботи в контексті сучасних викликів суспільства.

До основних принципів соціальної роботи можна віднести: принцип гуманізму, індивідуалізації, конфіденційності, ефективності.

Основними методами соціальної роботи є каскадна методика, системний аналіз, когнітивно-поведінковий підхід, соціальна діагностика.

Важливу роль у вирішенні соціальних проблем та підтримці розвитку громад відіграє соціальний працівник, адже саме завдяки йому здійснюється:

- допомога в розв'язанні конфліктів та проблем в сім'ї;
- робота з адаптацією людей з інвалідністю до суспільства;
- організація та підтримка розвитку громадських ініціатив та проектів.

Корекційна педагогіка - це галузь педагогіки, спрямована на вивчення та застосування методів корекції або виправлення відхилень у розвитку людини, зокрема, дітей. Основні завдання корекційної педагогіки - виявлення та діагностика відхилень у розвитку, розробка і застосування корекційних програм, спрямованих на покращення розвитку та адаптацію дітей до оточуючого середовища [2, с. 6].

Дуже важливою є взаємодія корекційної педагогіки та соціальної роботи у підтримці людей з особливими потребами, адже саме завдяки такій взаємодії здійснюється спільне визначення потреб та можливостей особи з обмеженими можливостями, розробка та впровадження індивідуальних корекційних програм, підтримка родини та оточуючого середовища в адаптації до особливостей дитини чи дорослого.

До розвитку практики соціальної роботи та корекційної педагогіки потрібно використовувати такі інноваційні підходи:

- використання інформаційних технологій для покращення доступу до послуг;
- розвиток програм ранньої допомоги та підтримки для дітей з ризикованого середовища;
- створення інтегрованих центрів надання соціальних послуг та педагогічної підтримки.

Для покращення умов життя та розвитку цільових груп потрібно застосовувати такі ефективні стратегії взаємодії з громадськістю та владою як:

1. Розвиток партнерських відносин з громадськістю для виявлення та реалізації спільних ініціатив.

2. Участь у роботі громадських рад та комітетів для впливу на формування громадської політики.

3. Взаємодія з місцевими органами влади для забезпечення необхідних ресурсів та умов для реалізації програм та проектів.

Отже, забезпечення повноцінного розвитку та інтеграції у суспільство людей з різними потребами потребує комплексного підходу, який об'єднує зусилля фахівців соціальної роботи та корекційної педагогіки, їх тісної взаємодії.

Також гострою є актуальність застосування інноваційних підходів, тобто впровадження новітніх методик та технологій у практику допоможе збільшити ефективність роботи та покращити результати.

Важливою для створення умов для розвитку та підтримки цільових груп є тісна співпраця з громадськістю та владою, а також є потреба у постійному професійному зростанні, оскільки швидка зміна суспільства та вимог до фахівців вимагають постійного вдосконалення навичок та знань.

Як бачимо, соціальна робота та корекційна педагогіка відіграють значну роль у суспільстві, адже обидві галузі мають ключове значення у забезпеченні соціальної справедливості та підтримки всіх членів суспільства у досягненні свого потенціалу.

Список використаної літератури

авидюк М.О. Корекційна педагогіка: Хрестоматія. – Вінниця: ТОВ «Фірма «Планер», 2011. – 205 с.

иронова С.П, Гаврилов О.В., Матвєєва М.П. Основи корекційної педагогіки.: навч. посібник - Кам'янець-Подільський, 2010.– 168 с.

емигінаТ. Сучасна соціальна робота. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020. 275 с

емигіна Т. В. Теорії соціальної роботи // Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / Заг. ред. І. Д. Звєрєва. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012.С . 110-114

ехнології соціальної педагогіки та соціальної роботи : науководопоміжний бібліографічний покажчик / уклад.: З.М. Горова, В.В. Косенко, Н.А. Чайка. – Суми : СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2009 – 204с.

ДЕРМАНСЬКА Л.С.

здобувач вищої освіти
Спеціальності «Соціальна робота»
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
ЖУКОВА О.А.
Старший викладач кафедри бізнесу і права
Вінницького соціально-економічного інститут
Університету «Україна»
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8751-5071
м.Вінниця

СОЦІАЛЬНА РОБОТА У СФЕРІ ЗАЙНЯТОСТІ НАСЕЛЕННЯ: СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Важливим напрямком соціальної політики є соціальна робота у сфері зайнятості яка являє собою багатогранний процес, що включає в себе пошук роботи, навчання, консультування з питань кар'єрного розвитку, соціальну реабілітацію та психологічну підтримку.

Діяльність Державної служби зайнятості відіграє важливу роль у створенні сприятливих умов для зайнятості населення та розвитку ефективного ринку праці. Важливою частиною структури Державної служби зайнятості є обласні та місцеві Центри зайнятості, які забезпечують обслуговування безробітних громадян та координацію програм зайнятості на місцевому рівні.

Динаміка рівня безробіття в Україні протягом останніх років демонструє змінність економічної ситуації в країні. Проблема безробіття безпрецедентно загострилася через вторгнення рф в Україну і є актуальною і на другому році повномасштабної війни. Руйнування та банкрутство підприємств, евакуація людей з нині окупованих територій та тих, де ведуться бойові дії привела до втратили робочих місць.

За даними сайту з пошуку роботи Work.ua, на початку вторгнення кількість пропозицій роботи в країні впала більш як у 15 разів — зі 100 тисяч до 6 тисяч вакансій. Попит шукачів на роботу зріс у п’ять разів — на одне робоче місце претендувало понад 100 українців, а за деякими популярними вакансіями доходило і до декількох сотень [1].

Що стосується кількості безробітних в Україні, то справжні цифри наразі невідомі. Станом на березень 2024 року, у Державному центрі зайнятості було офіційно зареєстровано 118,6 тисяч безробітних українців. Але у Міністерстві економіки зазначають, що фактична

кількість безробітних в Україні значно перевищує кількість офіційно зареєстрованих.

Розглянемо динаміку кількості безробітних в Україні за 2019–2024 роках без урахування окупованих територій (Табл. 1) [2].

Таблиця 1

Кількість зареєстрованих безробітних в Україні з 2019 по 2023 рр.

Рік	Зареєстрованих безробітних, в тис. осіб
2019	338,2
2020	459,2
2021	295,0
2022	186,5
2023	96,1

Як бачимо, рівень офіційного безробіття в Україні падає. А отже, попри значне скорочення робочих місць і зростання безробіття внаслідок повномасштабної воєнної агресії на українському ринку праці спостерігається дефіцит робочої сили.

Серед ключових причин такої ситуації:

- масштабна еміграція кваліфікованих кадрів;
- масова мобілізація до Збройних сил громадян, які раніше були учасниками ринку праці,
- невідповідність навичок та кваліфікації на вакантні посади кандидатів вимогам роботодавців.

Дисбаланс на ринку праці буде посилюватись. За прогнозом Мінекономіки, протягом наступного десятиріччя на ринку праці виникне дефіцит близько 4,5 млн. працівників.

Окремою проблемою ринку праці є низький рівень працевлаштування осіб з інвалідністю та ВПО. Станом на вересень 2023 року із 2,1 млн. ВПО працездатного віку було працевлаштовано близько 800 тис. осіб.

Війна спричиняє втрати функціональності організму різних ступенів у значної кількості громадян, особливо військовослужбовців. Неспроможність ринку праці забезпечити зайнятість таких громадян після реабілітації призведе до ризику втрати такими громадянами власних джерел доходів.

Особливістю безробіття в Україні також є незадекларована зайнятість. За припущеннями Міністерства економіки, під час війни кількість неофіційно працевлаштованих зросла. Наявність

неформального сектору зайнятості дещо пом'якшує проблему, проте ускладнює оцінки реального безробіття.

У сфері зайнятості спостерігаються декілька ключових тенденцій, які визначають перспективи розвитку соціальної роботи в цій сфері. Цифрова трансформація змінює усі аспекти життя, включаючи пошук роботи та навчання. Онлайн-платформи та цифрові інструменти стають все більш популярними для пошуку вакансій, навчання нових навичок та розвитку кар'єри.

Отже, глобалізація ринку праці відкриває нові можливості для працевлаштування, але водночас ставить перед владою та роботодавцями виклики. Продовження спільних зусиль уряду, науковців та практиків у сфері зайнятості населення є ключовим для досягнення належного рівня соціального забезпечення та забезпечення стабільності та підтримки для всіх верств населення.

Список використаних джерел

1. Декусар Я. Шлях до нової роботи: як держава допомагає працевлаштуватися українцям у часи війни. – URL: https://notagroup.com.ua/news/shlyah-do-novoyi-roboty-yak-derzhava-dopomagaye-pratsevlashtuvatysya-ukrayintsyam-u-chasy-vijny/
2. Кількість зареєстрованих безробітних. Сайт Мінфін. – URL: https://index.minfin.com.ua/ua/labour/unemploy/register/
3. Сайт Державної служби зайнятості. – URL: https://dcz.gov.ua/

ЄНШИНА Н.А.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ СІМЕЙНОГО НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Починаючи з початку широкомасштабної агресії рф в нашій країні, кожна українська дитина, без винятку, постраждала через порушення її законодавчо гарантованих прав. Навіть якщо дитина не має фізичних ушкоджень і не була об'єктом експлуатації, порушення її

прав на добробут, фізичну та психічну цілісність, економічну безпеку та захист від сексуального насильства, катувань та інших форм жорстокості, що принижують гідність, можуть мати місце. Насильство над дітьми, зокрема в контексті збройної агресії рф, довгий час розглядалося як результат традицій і звичаїв, залишаючись поза областю правового регулювання.

Будь-яке втручання держави та суспільства в родинні справи розглядалося як порушення приватності і твердо заборонялося. Ця позиція призвела до безладу у сімейних відносинах і перетворила їх на зону прихованих порушень закону, які залишалися поза увагою відповідних державних органів.

Перша увага до проблеми сімейного насильства на світовому рівні виникла завдяки активним діям міжнародного руху за захист прав жінок. Жінки, як найбільш вразлива та незахищена група, виявилися найбільш постраждалими від насильства від членів своєї сім'ї, таких як батьки, чоловіки, брати та інші. Ця проблема потрапила до уваги міжнародної спільноти, і було прийнято цілий ряд міжнародних документів, спрямованих на запобігання насильству в сім'ї [1; 4].

Негативні наслідки жорстокого поводження з дітьми та ігнорування їхніх потреб можуть приймати різноманітні форми, але завжди мають схожий результат: серйозна шкода для здоров'я, фізичного та психологічного розвитку дитини, іноді навіть загроза її життю чи смерті [3].

Дослідження в Україні підтверджують високий рівень поширеності сімейного насильства. Згідно соціологічних досліджень, 68% жінок у країні стикаються з насильством у сім'ї, з яких 20% зазнають його "часто або постійно", головним чином це фізичне насильство від чоловіків. Крім того, поліційна статистика за 2020 рік підтверджує ці дані: було зареєстровано майже 209 тисяч заяв про сімейне насильство, що становить в середньому 570 заяв на день, що на 47% більше, ніж у 2019 році. З них 3400 заяв були від дітей і понад 182 тисячі від жінок. Це означає, що в середньому кожні три години одна людина стає жертвою домашнього насильства [2, с. 24–27].

Ураховуючи негативні наслідки військового конфлікту, які спричиняють прояви дитячого насильства, можна визначити наступні основні напрями діяльності щодо спеціалізованого кримінологічного запобігання: кримінологічна профілактика, запобігання кримінальним правопорушенням та їх припинення.

Кримінологічна профілактика передбачає дії різних суб’єктів з метою запобігання насильницької злочинності. Її завдання полягає у

своєчасному запобіганні виникненню криміногенно-небезпечних процесів та явищ, їх обмеженні, а в найкращому випадку - блокуванні, усуненні чи нейтралізації, а також у створенні достатнього захисту та безпеки особи від кримінальної протиправності.

Дослідження показують, що для запобігання домашньому насильству та допомоги його жертвам необхідна тісна співпраця державних установ з громадськими організаціями. Лише спільна діяльність всіх соціальних суб'єктів сприятиме зменшенню випадків домашнього насильства.

Пропонуються такі заходи для запобігання домашньому насильству [2, с. 28]:

1. Просвітницька робота щодо зміни у свідомості населення.
2. Включення теми профілактики насильства у навчальні програми.
3. Загальнодержавні заходи для поширення усвідомлення про неприпустимість насильства.
4. Розповсюдження інформації про альтернативні методи вирішення конфліктів.
5. Створення та поширення соціальної реклами проти насильства.
6. Удосконалення бази даних про жертв і насильників.
7. Активізація роботи кризових центрів та притулків.
8. Онлайн-платформа для консультування жертв.
9. Співпраця з правоохоронними органами.
10. Доступність "гарячої лінії" для всіх категорій населення.

При проведенні профілактичних заходів стосовно насильства над дітьми у сім'ях науково важливо враховувати різноманітні чинники. Серед них - травматичний досвід, який пережили батьки у власному дитинстві, неясність у цілях виховання як для батьків, так і для самої дитини, вибір деструктивних партнерів для спілкування в сім'ї, відсутність навичок конструктивної взаємодії та внутрішньо-особистісні розлади у дитини [3; 5]. Незважаючи на значні досягнення в дослідженнях передвоєнних періодів у сфері запобігання насильства в сім'ї, існують низка проблем, що потребують уваги, зокрема щодо захисту дітей, жінок та осіб похилого віку від будь-яких форм насильства.

Список використаної літератури

1. Домашнє насильство над дітьми: його види і наслідки, 2023. URL: http://leleka.rv.ua/domashnye-nasyl-stvo-nad-dit-my-yogo-vydy-i-naslidky.html

2. Вітковська І. М., Потапенко М. В. Домашнє насильство як соціальна
проблема в сучасній Україні, 2023. URL: file:///C:/Users/admin/Downloads/17301-Article%20Text-34142-2-10-20210604.pdf
3. Доповідь на тему: «Жорстокість над дітьми як соціальна проблема», 2022. URL: https://naurok.com.ua/dopovid-na-temu-zhorstokist-nad-ditmi-yaksocialna-problema-25970.html
4. Конвенція Ради Європи про попередження насильства щодо жінок та домашнього насильства та боротьбу із цими явищами. URL: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%20210%20Ukrainian.pdf
5. Про попередження насильства в сім'ї URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2789-14#Text

ІВАНЧУК С.О.
Здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ВПЛИВ БЕЗРОБІТТЯ НА СОЦІАЛЬНІ ВЗАЄМИНИ ТА ЕКОНОМІЧНИЙ РОЗВИТОК

Соціальна праця взаємодіє з суспільством і прагне вирішувати всі його проблеми, включаючи безробіття, що є складною економічною, соціальною та психологічною проблемою сучасності.

Безробіття представляє собою соціально-економічне явище, коли частка працездатного населення не може знайти роботу і стає "надлишковою" на ринку праці, доповнюючи резервну армію робочої сили.

Це явище спричинене кількома факторами, такими як нерівномірний розвиток економіки, нерівномірний розподіл продуктивних сил в цілому національному господарстві та в окремих регіонах, обмеженим попитом на товари та послуги, постійним технологічним прогресом, активним розвитком нових технологій, який часто вибухає у формі новітніх технологічних революцій, і структурними змінами в економіці. Також, спричинене це явище і

пошуком працівниками нових можливостей, бажанням отримати більшу зарплатню або займатися більш цікавою та задовільною роботою [3].

Існують різноманітні види безробіття [4, с. 34–38]:

1. Фрикційне безробіття: це стан, коли людина не працює через свій власний вибір, щоб змінити місце роботи з незадоволенням умовами праці, рівнем заробітної плати або місцем проживання.

2. Інституціональне безробіття: це підвид фрикційного безробіття, пов'язаний з ефектом інституційних факторів, таких як надмірні соціальні виплати, гарантований мінімум заробітної плати або недосконаліть податкової системи, що може змусити частину працездатного населення не поспішати шукати роботу.

3. Структурне безробіття: воно виникає внаслідок структурних диспропорцій на ринку праці, коли технологічні та структурні зміни у суспільному виробництві призводять до невідповідностей між попитом і пропозицією робочої сили за професією, кваліфікацією, географічною та іншими ознаками.

4. Циклічне безробіття: воно виникає внаслідок циклічних коливань виробництва і є наслідком зниження загального попиту на робочу силу.

Безробіття має серйозні соціальні та економічні наслідки, які можуть бути як негативними, так і позитивними.

Безробіття має різноманітні негативні соціальні та економічні наслідки.

До негативних соціальних наслідків належать [1, с. 86–87]:

1. Загострення криміногенної ситуації через зростання кількості осіб, які можуть звернутися до нелегальних засобів заробітку.

2. Посилення соціальної напруженості через нерівномірний доступ до робочих місць та економічних можливостей.

3. Зростання кількості захворювань у зв'язку зі стресом та невпевненістю, пов'язаними з безробіттям.

4. Збільшення соціальної диференціації, оскільки безробітність може призвести до погіршення становища найбідніших шарів суспільства.

5. Зниження трудової активності через втрату мотивації та втрату навичок праці.

До позитивних економічних наслідків можна віднести:

1. Створення резерву робочої сили для потенційної структурної перебудови економіки.

2. Конкуренцію між працівниками як стимул до розвитку їхніх здібностей та навичок.

3. Перерву в зайнятості для перенавчання та підвищення рівня кваліфікації працівників.

4. Стимулювання росту інтенсивності та продуктивності праці через необхідність ефективнішого використання ресурсів.

На сучасному етапі надзвичайно важливо зосередити зусилля на подоланні проблеми безробіття. Основна відповідальність за це лежить на державних службах зайнятості, які мають такі основні завдання [5, с. 100–103]:

1. Надання цільової допомоги у працевлаштуванні соціально незахищених категорій населення, що допоможе знизити рівень безробіття серед найвразливіших груп.

2. Встановлення нових партнерських відносин з роботодавцями та стимулювання їх до створення нових робочих місць, що сприятиме збільшенню можливостей для працевлаштування.

3. Підвищення конкурентоспроможності безробітних на ринку праці через надання допомоги у професійній підготовці та перепідготовці.

4. Розвиток активних програм сприяння зайнятості населення, що орієнтовані на активне залучення безробітних до працевлаштування та самореалізації

Для підвищення ефективності соціальної роботи у службах зайнятості необхідно створити систему соціально-психологічного навчання для безробітних, включаючи психологічні консультації та соціально-психологічні семінари-тренінги.

Безробіття впливає на практично всі сфери суспільного життя, включаючи економічну, соціальну і політичну [2, 258–260]:

1. В економічній сфері безробіття призводить до неефективного використання ресурсного потенціалу країни, оскільки незайнята робоча сила може бути вважена пропущеним можливостями для виробництва та економічного зростання.

2. У соціальній сфері безробіття сприяє виродженню під тиском падіння суспільної моралі, кризи сімейних відносин та інших соціальних проблем.

3. В політичній сфері можливі різноманітні наслідки, включаючи зміни у владних структурах. Безробіття може сприяти посиленню авторитаризму влади внаслідок соціальної нестабільності або навіть призвести до появи безвідповідального популізму.

З урахуванням серйозності економічних, соціальних і політичних наслідків безробіття включення політики регулювання

ринка праці та стабілізації зайнятості населення в численні основні макроекономічні функції держави є виправданим і необхідним кроком.

Список використаної літератури

1. Актуальні проблеми розвитку організаційної та економічної психології в Україні. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огієнка, 2015. – С. 86–87.
2. Гладун О.М. Методологічні аспекти дослідження взаємозв'язку між безробіттям та злочинністю на районному рівні / О.М. Гладун, В.Ю. Плескач // Вісник Хмельницького Національного університету, 2012. – Т.1. – №3. – С. 258–260.
3. Жиляк Н.В. Деякі аспекти самовизначення безробітних у процесі профпереорієнтації: тези ІІ Всекраїнського конгресу з організаційної та економічної психології / Н.В. Жиляк.
4. Іваницька С.Б. Проблема безробіття в Україні / С.Б. Іваницька, І.О. Мороховець // Ефективна економіка. – 2015. – №9. – С.34–38.
5. Кифяк В. І., Лесько Н. В. Соціально-економічний аналіз безробіття в Україні. Економіка та держава. 2019. № 1. С. 100–103.

КАРМАЗІНА С.Ю.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м. Вінниця

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ МОЛОДІ ЩОДО ОСОБЛИВОСТІ ВІКОВИХ ЗМІН У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Старіння – одна із глобальних проблем сучасності. Україна входить до 30-и найстаріших країн світу за часткою осіб віком від 60 років і старше [2, с. 5-7]. Основними викликами пов'язаними зі старінням нації у нашої країни є потреба в розвитку та якісному забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я, соціального захисту , надання соціальних послуг для людей похилого віку. Старість – дуже складний період в житті як для самої людини, так і для

її оточення, а не обізнаність та нерозуміння які вікові зміни відбуваються з літньою людиною веде до неповаги і роздратуванню до них. Оскільки люди у такому віці потребують більше уваги з боку молоді, оточення, соціальних працівників / робітників та інших фахівців соціальної й медичної сфери, то існують загальна потреба у розвитку комунікативних навичок для ефективного спілкування, покликаного своєчасно визначати їх потреби й проблеми.

Зважаючи на вище зазначене, сучасне суспільство, та особливо молодь, має підвищувати рівень інформованості про вікові зміни людини похилого віку і погіршення фізичного та психічного стану які можуть призвести до інвалідності та самотності. У процесі старіння є такі фізіологічні зміни у людини: 1) погіршення зору, нюху, слуху через вікові зміни; 2) порушення координації та уповільнення рухів; 3) зміни в серцево-судинній системі призводять до того, що людина не може витримувати фізичні навантаження; 4) зміни в дихальній та опорно-руховій системах, які особливо прогресують при малорухливому способі життя, при цьому виникає підвищений ризик травм; 5) зміни гормонального фону; 6) зміни в нервовій системі (до 80 років маса головного мозку знижується всього на 6-8%, проте патологічні процеси в нейронах можуть привести до виникнення хвороби Паркінсона) [2]. Однак при активному фізичному образу життя та тренування пам'яті вдається зменшити прояви вікових змін та поліпшення якість життя [7].

До найбільш розповсюджених психологічних проблем відносять депресію, агресію, старече слабоумство (хвороба Альцгеймера), оскільки саме на ці захворювання страждає майже 15% осіб яким виповнилось більше 60 років. Хвороблива підвищена підозрілість самотньої літньої людини провокує спалахи гніву. До типових психологічних особливостей осіб літнього і похилого віку можна віднести підвищену тривожність, настороженість і недовіру, страх бути обдуреним. Відзначається зменшення з віком таких рис, як честолюбство, самолюбство і марнославство з одночасним зниженням товариськості і людинолюбства. З віком відбувається зменшення емоцій у вигляді туги і печалі зі збільшенням тривоги, дратівливості, похмурості, страху. Коло інтересів в міру старіння значно звужується і поступово людина схильна концентрувати свою увагу лише на собі [4]. Порушуються показники робочої пам’яті, абстрактного мислення, уваги та обробки нової інформації [2].

У молоді сформувався ряд негативних стереотипів стосовно людей похилого віку: 1) більшість старих людей бідні; 2) старі люди потребують захисту; 3) більшість з них живуть у соціальній ізоляції;

4) продуктивність, мотивація, здатність сприймати новизну, творча активність таких людей нижчі, ніж у молодих працівників; 5) старі люди, як правило, слабкі та хворі, часто інтелектуально ригідні й догматичні [5].

Підвищення обізнаності молоді для підвищення якості життя людей похилого віку потрібно здійснити такі кроки:

1. Система державної освіти повинна бути спрямована на інформування молоді щодо психо-фізіологічних особливостей людей похилого віку:

- за допомогою лекцій від спеціалістів соціальної та медичної сфери, у всіх навчальних закладах. Для цього необхідна належна професійна підготовка спеціалістів, які займаються доглядом осіб похилого віку, а також медичних працівників. З цією метою необхідно: а) розширювати навчальні програми з питань охорони здоров′я і догляду за літніми людьми для працівників сфери соціального обслуговування; б) впроваджувати програми безперервного підвищення кваліфікації для співробітників медичних та соціальних установ з метою сприяння застосуванню комплексного підходу до охорони здоров'я та забезпечення добробуту людей похилого віку, а також догляду за ними, включаючи соціальні та психологічні аспекти старіння;

- збільшення зусиль щодо набору студентів для підготовки фахівців у галузі геронтології та геріатрії та підготовки фахівців з цих спеціальностей [1];

2. Підвищення рівня інформативності населення та молоді за допомоги соціальної реклами (постерів, банерів, інформаційних брошур, реклами в соцмережах, відеороліки.).

3. Проведення тренінгів, які інформують та готують родичів до взаємодії з людьми похилого віку у сімейному колі;

4. Сімейне виховання молоді, яке в даному аспекті спрямоване на пояснення батьками своїм дітям вікових особливостей бабусь та дідусів, а також важливості їх розуміння [3].

Таким чином, зважаючи на вікові зміни людини, та виклики, що з цим пов′язані, одним із шляхів рішення проблеми є командною роботою (навчальний заклад, родичі, терапевти, психіатри, лікарі суміжних спеціальностей, соціальний робітник) тому дуже важливо налагодити взаємозв'язок серед відповідних соціальних інституцій основних закладів й широкого коло практиків для подальшої взаємодії та підвищення обізнаності молоді та молодих спеціалістів соціального, психологічного та медичного напрямків навчання. Та розширення

навчальних програм, підготовки майбутніх фахівців та підвищення кваліфікації наявних фахівців тощо.

Список використаної літератури

1. Доповідь другої Всесвітньої асамблеї з проблем старіння. Мадрид, 8-12 квітня 2002 року. Організація Об'єднаних Націй. Нью-Йорк, 2002 р.
2. Кірнос І. О. Продовження роботи у похилому віці: стратегії адаптації робочих місць. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2018. № 2 (66). С. 148-161.
3. Коваленко О., Лук'янова Л., Помиткін Е., Московець Л. Психологія людей літнього віку: Навч. посібн. Київ : Вид-во ТОВ «Геопринт», 2021. 288 с.
4. Малинович Л. Психічно-фізіологічні особливості людей похилого віку та супроводження їх функціонування. Режим доступу: https://www.zolotyjwik.info/biblioteka/materialy-i-konferentsii/15-psykhichno-fiziolohichni-osoblyvosti-lyudey-pokhyloho-viku-ta-suprovodzhennya-yikh-funktsionuvannya.html.
5. Осетрова О. О. Соціальні аспекти геронтологічної проблематики в сучасному українському суспільстві. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2015. № 6. С. 11-16.
6. Познанська К. В. Соціальне становище літніх людей та ставлення до старості в українському суспільстві очима молоді. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2017. Вип. 39. С. 340-345.
7. Ушакова І.М. Геронтопсихологія: підручник. Х.: НУЦЗУ, 2014. 236 с.

КЛИМЕНКО Л.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕХНОЛОГІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ

Ветерани бойових дій останні десятиріччя світової історії розглядаються як вразлива категорія населення, до соціальної роботи з якою висуваються підвищені вимоги щодо її ефективності через необхідність дотримання принципу соціальної справедливості. Актуальність проблеми загострилася через війну рф проти нашої країни: вперше Україна постала перед масштабним викликом надання

допомоги колосальній соціальній групі, розміри якої оцінюють вже у 15% від чисельності населення, і ця цифра зростає. Ветерани війни потребують якісної реабілітації у медичній та соціальній площині, натомість дефіцит бюджетних ресурсів не дозволяє повністю задовільнити потреби соціальних служб у коштах, необхідних на медичне обслуговування та соціальну адаптацію учасників бойових дій, які отримали фізичні та психологічні травми.

Досвід країн світу у роботі з ветеранами показує, що одним з найбільш ефективних шляхів подолання проблеми якісної соціальної роботи за умови ресурсних обмежень на вирішення низки завдань медичної реабілітації, психологічної та професійної адаптації, є технологізація соціальної роботи, використання якої донедавна залишалося дискусійним питанням [1].

У загальному сенсі технологізацію слід розуміти як процес розробки та використання множини способів впливу на об'єкт, а у контексті соціальної роботи під технологізацією розумітимемо впровадження технологій у практику діяльності соціального працівника. Метою цього процесу є підвищення ефективності, досягнення нового рівня якості результату соціальної роботи. Тому технологізація завжди має інноваційний характер, позаяк передбачає пошук більш досконалих і, як наслідок, більш ефективних способів використання ресурсів людини, її фізичного й інтелектуального потенціалу [2], а також ресурсів організації, громади, держави.

У роботах Тернавської Т.А., Віноградської О.М., Лукашевич М.П., Главацької О.Л., Капської А.Й., А.О. Поляничко, Дж.Рієра, У.Ліберта, Г.С Хатчинсона, С. Олтедала та багатьох інших досліджено теоретичні проблеми та практики впровадження сучасних технологій у соціальну роботу із вразливими верствами населення. Ґрунтуючись на роботах цих авторів, працях [3; 4; 5], можна зробити висновок, що існують десятки видів розроблених та випробуваних практикою технологій соціальної роботи, класифікацію яких можна здійснювати на основі видів, рівнів складності, сфер застосування способів та методів, що використовуються у соціальній роботі (приклад авторської класифікації наведено на Рис.1).



Рис. 1. Класифікація технологій соціальної роботи

У всьому різноманітті технологій соціальної роботи виділимо управлінські та інформаційні технології, які інтегруються, утворюючи причинно-наслідковий ланцюжок. Наприклад, впровадження технологій штучного інтелекту (AI) [6] спричинює управлінські заходи щодо сприяння вирішенню етичних проблем, які виникають у соціальних працівників через застосування AI (зокрема, необхідність посилення моніторингу стану ветерана та забезпечення конфіденційності).

Підтвердженням взаємовпливу управлінських та інформаційних технологій є революційні зміни у Міністерстві у справах ветеранів США (United States Department of Veterans Affairs, VA), які відбулися протягом останніх кількох років (та спричинених насамперед пандемією, а не тільки спрямованістю на підвищення ефективності). Найбільш значущі серед цих змін:

– створення низки додатків та чат-ботів, які підтримують процеси планування та комунікацій, збільшують надійність зв'язку із ветеранами із дотриманням соціального дистанціювання;

– розширення можливостей телемедицини, що кардинально змінило надання медичної допомоги та збільшило число телемедичних відвідувань майже вдвічі [7].

Ефективність модернізації роботи VA дозволило адміністрації цього органу управління розробити програму кіберкар'єри, орієнтовану на наймання та розвиток початкового рівня, включаючи учнівство та стажування, спрямовані на наймання та утримання талантів, які реалізуватимуть себе у соціальній роботі.

Вплив технологій на результати соціальної роботи визнають галузеві організації, зокрема, Національна асоціація соціальних працівників США (NASW) та Асоціація рад із соціальної роботи (Association of Social Work Boards, ASWB) опублікували 16 стандартів технологій у соціальній роботі, що охоплюють клінічну практику, адміністрування, адвокацію та громадську організацію та дослідження. Наприклад, Standard 2.25 – Administration вказує: «Адміністратори соціальної роботи повинні гарантувати, що вони планують і бюджетують використання технологій таким чином, щоб просувати місію та цілі організації економічно ефективним способом» [8].

Висновки. Технологізація є стійкою та послідовною зміною змісту діяльності соціального працівника шляхом використання передових управлінських, технічних, соціальних технологій. Технологізацію соціальної роботи доцільно проводити шляхом розділення на взаємозв'язані етапи, на кожному з яких Соціальні працівники повинні здійснювати проактивний пошук рекомендацій та успішних кейсів, що критично важливо для підвищення якості результатів, насамперед з ветеранами війни.

Список використаної літератури

1. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи. Навчальний посібник. - К.: Центр навчальної літератури, 2006. - 464 с.

2. Технології соціальної роботи в різних сферах життєдіяльності : рекомендаційний бібліографічний покажчик / укладач Н.І. Лось. – Запоріжжя : НБ ЗНТУ, 2013. – 20 с.

3. Greer Jim, *Resilience and personal effectiveness for social workers.* Sage: London, 2016; 173 pp.

4. Стрілець-Бабенко, О. В., & Бабенко, А.Л. Технології соціальної роботи в зарубіжних країнах. Наукові записки. Серія: Педагогічні науки, (206), 2022. С. 201-207.

5. Stacy M, Lindsey H, Tsai J. Association Between Technology Use and Social Integration Among Veterans With Disabilities. J Nerv Ment Dis. 2020 Apr;208(4):306-311.

6. Artificial Intelligence & Social Work. Description, positives, concerns, recommendations, place of social work, suggestions for practice. URL: https://www.thesocialworkgraduate.com/post/artificial-intelligence

7. Our 2021 Preview—Putting Technology to Work for Veterans. URL: https://digital.va.gov/general/our-2021-preview-putting-technology-to-work-for-veterans

8. NASW, ASWB, CSWE, & CSWA Standards for Technology in Social Work. URL: https://naswpress.org/product/53594/nasw-aswb-cswe-amp-cswa-standards-for-technology-in-social-work-practice

КОВАЛЬ В.
Магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПОДРУЖНІХ КОНФЛІКТІВ

Подружні конфлікти є складним та багатогранним явищем, що має значний вплив на стабільність і благополуччя сім'ї, а також на психічне здоров'я її членів. Вивчення теоретичних аспектів подружніх конфліктів дозволяє глибше зрозуміти природу та причини виникнення таких конфліктів, механізми їх розвитку та можливі шляхи вирішення. Зважаючи на те, що сім'я є базовою соціальною інституцією, що забезпечує підтримку і розвиток індивідуальних членів суспільства, дослідження проблематики подружніх конфліктів набуває особливої актуальності.

Подружнім стосункам та шлюбу присвячено численні дослідження, що охоплюють широкий спектр теоретичних припущень і різноманітних тенденцій, які досліджують проблематику сімейних відносин та міжособистісних взаємодій. Постановка проблеми, розробка та вивчення питань сімейних відносин є надзвичайно актуальними в сучасному суспільстві.

Зростання конфліктності та напруженості у подружніх відносинах вимагає нових підходів до вирішення цих проблем, розширення методологічної бази та впровадження нових стратегій у корекційну роботу. Проблему подолання подружніх конфліктів доводиться вирішувати в умовах сучасних економічних, політичних та соціальних викликів, що значно ускладнює ситуацію. Зокрема, це стосується недостатньо розробленої галузі "сімейної конфліктології".

Дослідження свідчать, що конфлікти присутні у 80-85% подружніх пар, тоді як у решти 15-20% відзначають наявність сварок у

різних обставинах [2]. У психології конфлікт складається з об'єктивної конфліктної ситуації та суб'єктивного сприйняття цієї ситуації учасниками розбіжностей.

Враховуючи всі аспекти конфліктних ситуацій і їх прояви в подружніх стосунках, можна визначити подружній конфлікт як протиборство, що виникає через зіткнення протилежних мотивів і поглядів.

Для подружніх конфліктів характерні неоднозначні і, відповідно, неадекватні ситуації, зумовлені особливостями поведінки подружжя під час конфлікту. У зв'язку з цим, американський психолог Мортон Дойч запропонував наступні типи подружніх конфліктів [3, с. 22 – 24]:

1. Справжній конфлікт – об'єктивно існуючий і адекватно сприйнятий учасниками.

2. Випадковий або умовний конфлікт – конфлікт, який може бути легко вирішений, хоча учасники цього не усвідомлюють.

3. Усунений конфлікт – ситуація, коли за явним конфліктом ховається інша, більш глибока проблема.

4. Невірно акцентований конфлікт – наприклад, дружина лає чоловіка за дії, які він виконав за її ж розпорядженням, про яке вона забула.

5. Помилковий конфлікт – конфлікт, який існує лише через сприйняття подружжя, без об'єктивних причин.

Ці типи конфліктів дозволяють краще розуміти природу подружніх суперечок і розробляти ефективні стратегії для їх вирішення.

Подружні конфлікти часто виникають через прагнення партнерів задовольнити власні потреби або створити умови для їх задоволення без урахування інтересів іншого. Такі конфлікти зазвичай зумовлені незадоволеністю потреб подружжя.

Важливу роль у розвитку конфліктів відіграє психологічний клімат, тобто атмосфера відносин у родині. Найчастіше суперечки виникають у подружніх парах з конфліктною та напруженою атмосферою. Одне з найбільш повних визначень задоволеності шлюбом дав С.І. Голод, який зазначив, що задоволеність шлюбом є результатом адекватної реалізації уявлення (образу) про сім'ю, сформованого у свідомості людини під впливом різних подій, що становлять її досвід (реальний або символічний) у цій сфері діяльності [4].

Задоволеність шлюбом значно впливає на повсякденне життя подружжя і тісно пов'язана з конфліктами, які можуть виникати через

невідповідність сімейних ролей очікуванням кожного члена сім'ї. Ю. Є. Альошина визначає цей термін як суб'єктивну оцінку кожного члена подружжя щодо характеру їх взаємин [1].

Конфлікт є стимулом до змін і викликом, що вимагає творчої реакції. Хоча конфлікт може нести ризик руйнування відносин і небезпеку неподолання кризи, він також створює сприятливі можливості для виходу на новий рівень відносин, конструктивного подолання кризи і набуття нових життєвих можливостей.

Задоволеність шлюбом суттєво впливає на повсякденне життя подружжя і пов'язана з конфліктами, що виникають через невідповідність очікувань щодо сімейних ролей. Конфлікти можуть становити як ризик, так і можливість для розвитку відносин. Управління ними є ключовим для підтримки здорових і задовільних шлюбних стосунків

.Список використаних джерел

1 Алешина Ю.Є. Задоволеність шлюбом і взаємне сприйняття в подружніх парах із різним стажем сімейного життя: дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 20.02.05/ Ю.Є. Алешина - 2015. 250 с.

2. Андрєєва Т. В. Сімейна психологія: Навч. посібник / Т.В. Андрєєва. -СПб: Промова, 2017. - 457 с.

3. Дойч М. Вирішення конфлікту - конструктивні та деструктивні процеси / М. Дойч // Соціально - політичний журнал. - 2001. № 1. - 22 – 24 с.

4. Голод С.І. Стабільність сім'ї: соціологічний і демографічний аспекти / С.І. Голод. С.І. Голод Л: 2004. - 325с.

КРАВЧУК Л.С.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ОСВІТА ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

За останні 30 років геронтологічна наука пройшла значні зміни у своїх поглядах на старість та процес старіння. Ці трансформації переважно зумовлені демографічними та соціально-

економічними факторами: у більшості розвинених країн світу тривалість життя зросла, народжуваність зменшилася, а старші громадяни отримали покращене соціальне та фінансове забезпечення. Це призвело до того, що люди живуть довше і можуть активно проводити "додаткові роки" життя. За статистикою ООН, у 2007 році люди віком від 60 років складали 11% світового населення, а до 2050 року цей показник передбачається збільшиться вдвічі (22%) [4].

Отже, наступає чітка тенденція старіння населення, особливо в країнах Європи, США, Австралії та Японії. Цей процес має значний вплив на всі сфери життя: соціальну, економічну, культурну та політичну. Особливо бюджетно навантажена стає сфера соціального захисту та пенсійного забезпечення. Така ситуація вимагає перегляду підходів до старості та старших громадян, розширення форм соціальної та економічної підтримки, а також залучення потенціалу старших громадян для спільного створення загального добробуту.

Наукові дослідження у геронтології підтверджують, що освітні програми, спрямовані на старший вік, є ефективним та економічно вигідним засобом залучення цієї категорії людей до активної діяльності, яка сприяє збереженню їхньої незалежності та самостійності на похилому віці [1]. Отже, сфера освіти, яка традиційно асоціювалася з молодістю, неминуче розширює свій вплив на різні вікові групи. У контексті демографічного старіння суспільства стає надзвичайно важливим переосмислення ролі освіти у формуванні людського капіталу. Це означає зосередження уваги на професійній підготовці та перепідготовці старших дорослих, включаючи і осіб похилого віку, з метою здобуття нових навичок і подолання соціальної ізоляції. Цей підхід має вигоди як для індивідуума, так і для держави.

Оскільки навчальна активність вважається одним із найефективніших засобів підтримки когнітивних здібностей людини [3], то використання освітніх програм для осіб похилого віку розглядається як необхідна та доцільна стратегія. У зв'язку з демографічним старінням населення, переваги навчання для людей похилого віку стають все більш очевидними. Ці переваги мають широке визнання у науковій літературі J. Rowe, R. Kahn; M. Ardelt; F. Glendenning; P. Jarvis; G. Boulton-Lewis, L. Buys, R. Lovie-Kitchin, G. Nayak; A. Withnall.

Наприклад, в роботі Т. Шуллера та інших дослідників надається структура "широких переваг навчання", яка включає дванадцять можливих переваг, що класифікуються у три форми капіталу: людський капітал (навчання для професійної підготовки чи перепідготовки); соціальний капітал (навчання для покращення

стосунків та соціальних мереж); капітал особистості (навчання для особистісного зростання, задоволення інтересів та інших життєвих цілей) [2, с. 156-164]. Важливо відзначити, що у цій структурі здоров'я розглядається як можливий результат навчання, а також як важливий фактор, що сприяє отриманню інших переваг навчання у похилому віці.

У зв'язку з продовженням освіти серед осіб похилого віку, вони можуть залишатися у курсі з сучасних технологій та підтримувати якість свого життя, зміцнюючи самозабезпечення, самодостатність і розвиваючи стратегії протистояння викликам, пов'язаним зі здоров'ям і соціальною взаємодією. Більше того, активна розумова діяльність може сприяти зменшенню ризику психічних розладів серед цієї категорії населення. Згідно з дослідженням А. Вітнала [5, с. 29–38], останні наукові відкриття в галузі нейрології свідчать про те, що розумова активність у похилому віці може підвищувати інтелектуальні можливості, підтримувати розумовий функціонування та уповільнювати втрату пам'яті. Крім того, довгострокові дослідження, проведені А. Вулфом [6, с. 56–64], підкреслюють, що похилі люди, які займаються розумовою діяльністю, зокрема через навчання, мають менше тенденції до погіршення пам'яті і продовжують інтелектуальний розвиток навіть у пізньому віці.

Освіта для людей похилого віку має низку очевидних переваг. Навчальна діяльність в першу чергу є засобом збереження розумової активності, пам'яті та психічного здоров'я, що в свою чергу може істотно покращити якість життя у похилому віці. Зважаючи на те, що якість життя стає ключовим аспектом успішного старіння, можна стверджувати, що освіта на цій життєвій стадії є необхідною передумовою для досягнення успішного старіння.

Успішне старіння нерозривно пов'язане з якістю життя людини у похилому віці, що становить один з ключових факторів прогресу суспільства. Наукові дослідження в галузі геронтології підтверджують обґрунтованість освіти на цій життєвій стадії, вказуючи на позитивний вплив інтелектуального, емоційного і духовного розвитку на якість життя людини та на розширення її можливостей стати корисною для суспільства.

Список використаної літератури

1. Жалдак П. І., Крупельницька І. Г. Адаптація людей похилого віку до сучасних соціальних умов. World science. 2019. № 1(29), Vol.3, January. URL: http://archive.wsconference.com/wp-content/uploads/2097.pdf.

2. Житинська М. О. Модель соціально-педагогічної підтримки життєдіяльності людей похилого віку в умовах територіального центру соціального обслуговування/ Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Вип. 20. К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2018. С. 156-164.

3. Paggi K. Mental aerobics: exercises for the mind in later life / Paggi K., Hayslip B. // Educational Gerontology. – 1999. – №. 25. – P. 2–21.

4. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population aging 2007. – New York: United Nations, 2007.

5. Withnall A. Exploring influences on later life learning / Withnall A. // International Journal of Lifelong Education. – 2006. – №. 25 (1). – P. 29–38.

6. Wolf A. Older adulthood / Jarvis P. (Eds.). The Routledge international handbook of lifelong learning. – Oxon/New York: Routledge, 2009. – P. 56–64.

МІЛІЄНКО ОЛЕНА АНАТОЛІЇВНА,
Доктор юридичних наук, доцент
British Academy Research Fellow,
Associate Professor in the Institute of Advanced Study
Politics and International Studies Department
University of Warwick, UK
ТАРАН МАРІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА
Студентка Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
спеціальності 081 «Право»
м.Київ

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНИМИ СУДАМИ ЗАХИСТУ ВІД ПОРУШЕННЯ ПРАВ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ

Особливий режим переміщення, що розпочався з початком війни в Україні, призвів до масового звернення осіб в відповідні державні органи для підтвердження статусу внутрішньо переміщеної особи (ВПО) з метою одержання державної соціальної допомоги або пенсійних виплат. Внутрішньо переміщені особи змушені звертатися до суду з метою оскарження рішень органів державної влади, які порушують їх права.

Починаючи з 2014 року Україна опинилась в ситуації де люди, тікаючи від насильства та порушень прав людини, вступають у конфлікт із державою по причині відсутності належного доступу до соціальних послуг.

Незважаючи на те, що ВПО є переселенцями в середині своєї країни, вони часто піддаються дискримінації та маргіналізації у суспільстві. У багатьох країнах їм не надається рівний доступ до соціальних послуг, вони живуть в таборах та прихистках. Більшість європейських країн, в яких спостерігалось явище внутрішнього переміщення, є постсоціалістичними суспільствами з однаковою історією, рівнями розвитку, подібними етнічними конфліктами. Європа зреагувала на це явище та відповідно було прийнято ряд документів, які регулюють правове положення ВПО. Починаючи з періоду Другої світової війни ведуться реєстри ВПО, де відстежуються переміщенні особи, про їх стан здоров'я, психічне та фізичне благополуччя, економічні наслідки переміщення для місцевого населення та політику країни в цілому [1].

Виходячи з основоположних прав людини, соціальне забезпечення включає в себе базові потреби людини, такі як потреба в їжі, житлі, медичній допомозі. Соціальної підтримки потребують не лише уразливі групи населення, (діти, особи з обмеженими можливостями, люди похилого віку), але й особи, які опинились в певний період життя в несприятливих життєвих обставинах. Однією з таких обставин є вимушене залишення постійного місця проживання з ціллю безпеки. У випадку порушень цих прав, правосуддя має виступати гарантом їх захисту та не повинно суперечити правам людини в цілому [2]. Для вирішення питань захисту цієї групи населення, Рада Європи, Європейська комісія, Європейський суд з Прав людини (ЄСПЛ) та Організація з безпеки та співробітництва в Європі (ОБСЄ) затвердили Керівні принципи щодо внутрішнього переміщення осіб. Відтак була запроваджена політика захисту ВПО на території Європи [3]. Керівні принципи внутрішнього переміщення [3] стали центральним документом, що визначає обов'язок урядів у забезпеченні захисту внутрішньо переміщених осіб. Однак не всі держави підтримують цей принцип в силу обставин чи за відсутності політичної волі. Це стало причиною формування руху «Відповідальність за захист» (R2P), концепцією якого став нагляд міжнародної спільноти за дотриманням державами зобов'язань перед своїми громадянами. Основним напрямком діяльності R2P є включення механізмів захисту прав ВПО до національного законодавства та забезпечення його виконання[4].

Статус ВПО регулюється лише національним законодавством, зокрема в Україні це Закон «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» [5] в той час як Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи державам-членам щодо внутрішньо переміщених осіб носить лише рекомендаційний характер [6].

По своїй суті ВПО це громадяни, які наділені тими ж правами, що й решта не переміщених громадян, однак через недосконаліть механізмів, що лежать в основі соціального захисту ВПО, вони не мають змоги ними користуватися. Держава, в основі якої лежить принцип забезпечення достойного життя усіх членів суспільства, зобов'язана включати ВПО в усі державні програми. В контексті міжнародної практики, рівень розвитку соціальної сфери в країні є основним показником забезпечення належної реалізації прав і свобод громадянина. Конституційні права та свободи потребують належного захисту, в тому числі в судового захисту.

Особливістю доступу до соціальних та пенсійних виплат внутрішньо переміщених осіб є те, щоб отримати такі виплати, необхідно пройти багато бюрократичних процедур Процесі забезпечення прав та свобод ВПО потерпають від дискримінаційних рішень органів влади або від їх бездіяльності. Найефективнішим способом захисту своїх прав є звернення до суду.

Міжнародне законодавство зобов'язує держави гарантувати особі право звернення до суду. Система адміністративних судів в Україні забезпечує кожному право на оскарження в суді рішень, які порушують їх права і свободи. Застосування спеціальних процедур звернення до суду має розцінюватися як порушення права особи на вільний доступ до правосуддя. Практика ЄСПЛ виділила принципи застосування процесуального законодавства, які не можуть впливати на право доступу до суду та їх розгляд. Щоб забезпечити безперервний доступ осіб до судової системи, у воєнний період в Україні запроваджено дистанційне та електронне правосуддя.

На сьогодні існує велика кількість неврегульованих питань пов'язаних із забезпеченням прав і свобод внутрішньо переміщених осіб. Це пов'язано з невизначеністю статусу ВПО, відсутністю практики застосування законодавства в цій сфері. Найсуттєвішою з них є декларативний характер норм, зумовлений відсутністю ефективної системи їх реалізації. Поверхневі законодавчі норми не в змозі забезпечити ефективне вирішення питань, пов'язаних із соціальним забезпеченням внутрішньо переміщених осіб. Вдосконалення вирішення проблем ВПО залежить в першу чергу від впровадження програм захисту переміщених осіб, їх фінансування та прозорості

функціонування державних органів та систем доступу до таких послуг. Важливим моментом є функціонування системи захисту прав ВПО, зокрема безпосередньо через звернення громадян до судової системи. В цьому контексті існує багато проблем, оскільки часто такі особи не мають змоги звернутися до суду з об'єктивних чи суб'єктивних причин. Водночас міжнародним та національним законодавством передбачено право усіх громадян на доступ до правосуддя. Аналіз організаційно-адміністративних проблем засвідчив про необхідність їх перегляду в умовах воєнного конфлікту. Питання захисту прав особи у умовах війни є принциповим в межах загальних прав людини.

Виходячи з цілей і завдань адміністративного судочинства, адміністративні суди повинні діяти виключно за принципом верховенства права, під час використання судової практики керуватися законами, а за його відсутності чи недосконалості аналогією закону. Попри виклики, які ставить перед адміністративним судочинством війна, адміністративні суди демонструють реальну спроможність ефективно діяти задля безперервного функціонування правосуддя. Так, згідно з судовою статистикою за 2023 рік тільки окружними адміністративними судами розглянуто 394 727 справ, з них задоволено 354 640 справ та присуджено до стягнення (задоволено позовних вимог) на суму 6 826 126 889 грн. Справи зі спорів з приводу реалізації публічної політики у сферах праці, зайнятості населення та соціального захисту громадян та публічної житлової політики становлять 72% всіх справ за 2023 рік, а саме це 371190 справ[7].

Під ефективним доступом до суду розуміється можливість оскаржити протиправні дії чи бездіяльність на практиці та отримати реальну підтримку суду. Важливим залишається роль судді у адміністративному процесі, оскільки приймаючи рішення, суддя втілює принцип дискреційного захисту порушених прав. Соціальні проблеми ВПО є багатогранними, які неможливо прослідкувати лише виходячи із судової практики. Проте динаміка судових рішень в цій категорії справ свідчить про неврегульованість питання та є критерієм для внесення змін у діючі законодавчі акти.

Список використаних джерел

1.Cardona-Fox, G.2020. Internal Displacement in Europe and Central Asia: A Review of the Literature. https://sas-space.sas.ac.uk/9360/

2.Gutterman, A.2022. Older Persons' Rights to an Adequate Standard of Living, Social Protection, Participation and Security. Oakland CA: Older Persons' Rights Project. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3893232

3.Guiding principles on issues of internally displaced persons.

https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IDPersons/GPUkrainian.pdf

4. 27.2022.Responding to Ukraine's Displacement Crisis: From Speed to Sustainability.International Crisis Group. 94, 2.https://www.jstor.org/stable/resrep43572

5. The law of Ukraine On ensuring the rights and freedoms of internally displaced persons. https://ips.ligazakon.net/document/T141706?hide=true&_ga=2.258463309.639261212.1707411604-71447014.1706954512#_gl=1*ffy9ua*_gcl_au*MTMzOTQ4NzExNS4xNzA2OTU0NTEx

6. Recommendation Rec (2006) 6of the Committee of Ministers of the Council of Europe to member states regarding internally displaced persons. https://www.ombudsman.gov.ua/uk/rekomendaciya-komitetu-ministriv-radi-yevropi-20066-derzhavam-chlenam-shchodo-vnutrishno-peremishchenih-osib

7. Судова Статистика. URL: https://court.gov.ua/inshe/sudova_statystyka/zvit_dsau_2023

НЕЧИПОРЕНКО Л.В.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

РОЛЬ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА В АДАПТАЦІЇ ТА ІНТЕГРАЦІЇ ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА БІЖЕНЦІВ

Тема адаптації та інтеграції біженців та вимушених переселенців є актуальною вже багато років не тільки у світі, та тепер, після початку війни, і в Україні. Так, як дане явище спричинене різними політично — економічними явищами, люди шукають прихистку та захисту на території як інших регіонів, так і на території інших держав.

Збройний конфлікт в Україні триває і продовжує змушувати мільйони людей залишати свої домівки або залишатися за кордоном. Більшість біженців шукають захисту в сусідніх з Україною країнах.

Внутрішньо переміщених осіб (ВПО) називають вимушеними переселенцями або просто переселенцями. Вони залишаються на території своєї країни, не покидаючи її межі, на відмінну від біженців.

Біженці (або утікачі) — особи, які внаслідок обґрунтованих побоювань стали жертвою переслідувань за ознаками раси, віросповідання, національності, громадянства (підданства), належності до певної соціальної групи або політичних переконань, перебувають за межами своєї країни та не можуть або не бажають користуватися захистом цієї країни внаслідок таких побоювань.

Кожна людина, яка змінила місце свого проживання, особливо, коли це відбулось раптово, переживає значний стрес, тому що перед нею постають нові життєві виклики. Такі як: невідома країна, незнайома мова, незрозумілий менталітет, невизначеність з місцем проживання, засобами забезпечення свого існування, побудову нових зв'язків в суспільстві та ще дуже багато актуальних питань.

В таких непростих життєвих ситуаціях на допомогу людям приходять волонтери, міжнародні соціальні та благодійні організації, державні соціальні служби, які підтримують людей житлом, консультаціями та послугами підтримки. Яскравим прикладом таких організацій є Міжнародний Червоний хрест, Карітас, Жовто-Блапкитний хрест, Юніcеф «Спільно», Gate to Ukraine, United for Ukraine, Ukrainischer Hilfsstab та багато інших.

В сучасному світі, з величезною кількістю психологіних, матеріальних, економічних, політичних проблем, ми починаємо дивитись на постать соціального працівника з іншого ракурсу. Соціальний працівник володіє великою кількістю джерел інформації, в багатьох галузях: отримує юридичну інформацію, педагогічну, медичну, соціальну, економічну.

Соціальний працівник задіяний у всіх сферах життя ВПО чи біженців — від прийому на нове місце проживання, оформлення всіх необхідних документів, підтримка, консультування і супровід в питаннях медичного обслуговування, організації дозвілля дітей, надання психологічної підтримки, житла, в питання інтеграції (відвідування мовних курсів, взяття на облік в центри зайнятості і допомога з пошуком відповідної роботи).

Соціальні працівники — спеціалісти своєї справи, які діють в сфері інформаційної роботи, гуманітарної допомоги, збору коштів та речей, організації демонстрацій, прийому біженців та медичної допомоги. Вони уміють представляти потреби та інтереси людини, підвищувати її можливості та сприяти її розвиткові, оцінювати її

потреби, спілкуватися та надавати інформацію. Тобто, вони створюють систему допомоги і вміють керувати цим процесом.

Соціальна робота є складним процесом, що вимагає міцних знань соціології, психології, педагогіки, медицини, правознавства, економіки, теорії управління та інших галузей, її ефективність значною мірою залежить від самого соціального працівника, його вмінь, досвіду, особистих якостей.

Отже, в нашому випадку, в умовах війни, на допомогу ВПО, біженцям та іншим незахищеним верствам населення завжди приходять соціальні організації, в уособленні соціальних працівників — професіоналів своєї справи, які володіють фаховими знаннями з соціології, психології, знають теорії та методи соціальної роботи, законодавство, правові аспекти соціального захисту, наявні ресурси та методи їх використання. Вони надають допомогу ВПО та біженцям в психологічній підтримці, доступу до соціальних послуг, перекваліфікації, тобто адаптації та інтеграції осіб в суспільство.

В дусі гуманності соціальні працівники прагнуть до життя, здоров'я, благополуччя, захисту, мирного співіснування та гідності всіх людей.

І якими б швидкими темпами не відбувся розвиток і механізація всіх процесів в сучасному світі, якими потужними силами не рухався б технічний прогрес, але прості людські якості, такі як доброчесність, допомога, співпереживання, не замінить жодна розвинена техніка. Людські якості ми плекаємо з дитинства і розвиваємо протягом життя. Соціальний працівник стоїть на захисті людських цінностей в сучасному світі.

НОЙМАНН Д.М.В.
Здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАРАНТІЙ ВОЛОНТЕРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ В УКРАЇНІ

Волонтерство являє собою форму добровільної діяльності, при якій індивіди свідомо витрачають свій час, знання та навички для надання допомоги і підтримки іншим особам або спільноті без отримання фінансової винагороди. Волонтери працюють на безоплатній основі, спрямовуючи свої зусилля на покращення соціальних умов, розвиток спільнот, надання допомоги потребуючим і реалізацію різноманітних проектів. Волонтерська діяльність визначається як добровільна, соціально орієнтована, неприбуткова діяльність, яка здійснюється шляхом надання волонтерської допомоги.

Війна в Україні спричинила зростання кількості волонтерів, основними мотивуючими факторами стали громадянська свідомість і патріотизм. Військові дії викликали в українському суспільстві потужний патріотичний рух і прагнення підтримати свою країну. Багато людей відчувають моральний обов'язок допомагати військовим і постраждалим.

Іншим фактором стала ескалація гуманітарної кризи, внаслідок чого тисячі людей опинилися в складних життєвих обставинах.

Війна стимулює у багатьох людей почуття солідарності та емпатії, а також надає можливість впливати на ситуацію. Волонтери забезпечують безпеку, надають гуманітарну допомогу, медичну підтримку та здійснюють інші дії, спрямовані на покращення умов під час війни.

У 2022 році, коли відбулося повномасштабне вторгнення, у Реєстрі волонтерів Податкової служби зареєструвалося 2383 українця, що в 8,4 рази більше, ніж за весь попередній період існування цього переліку. Загалом на початок 2023 року Державна податкова служба нарахувала 2699 волонтерів. Реєстр волонтерів антитерористичної операції було створено ще у 2014 році, і до початку повномасштабного вторгнення він налічував лише 320 осіб [2].

З моменту початку російського вторгнення в Україну у 2014 році спостерігається значне зростання кількості волонтерських організацій. За даними Асоціації Благодійників України, з 2014 року близько 10% українського суспільства регулярно займається благодійною діяльністю. Після лютого 2022 року цей показник зріс до 30% [3].

Нормативна база волонтерства в Україні під час війни включає низку законодавчих актів та нормативних документів, які регулюють організацію та діяльність волонтерського руху:

- Конституція України;
- Закон України «Про добровільну допомогу»;

- Закон України «Про волонтерство» [4];

- Закон України «Про захист прав та свобод громадян під час проведення антитерористичної операції» (зі змінами та доповненнями) [5];

- Наказ Міністерства оборони України «Про взаємодію Міністерства оборони України з громадськими організаціями та волонтерами у сфері оборонної діяльності»;

- Інструкція щодо організації волонтерської діяльності в Міністерстві охорони здоров'я України.

Проте законодавство щодо волонтерства все ще потребує удосконалення та доповнень, щоб врахувати специфічні вимоги та виклики, з якими стикаються волонтери в умовах війни. Серед проблем правового регулювання волонтерства під час війни виділяють наступні:

- Неповне охоплення волонтерської діяльності в законодавстві. Деякі аспекти, зокрема фінансове регулювання та податкові питання, можуть залишатися неврегульованими чинним законодавством.

- Недостатня координація та співпраця. Волонтерський рух в Україні часто є фрагментарним, із браком системної координації між різними волонтерськими організаціями та державними структурами.

- Недостатність підтримки та захисту волонтерів. Волонтери, особливо в умовах війни, стикаються з ризиками та викликами, які потребують адекватної підтримки та захисту з боку держави.

- Прозорість та відповідальність. Необхідно розвивати механізми контролю та відповідальності для забезпечення прозорості та ефективності волонтерських ініціатив, а також запобігання зловживанням та корупції.

Для подолання зазначених проблем важливо доопрацювати законодавство, сприяти співпраці та координації між волонтерськими організаціями та державними структурами, а також забезпечити підтримку та захист прав волонтерів. Деякі зі способів вирішення цих проблем можуть включати:

1. Удосконалення законодавства [6, с. 102]:

- Провести комплексний аналіз існуючого законодавства і внести необхідні зміни для врахування специфіки волонтерської діяльності під час війни.

- Врегулювати фінансові питання, створити механізми контролю та нагляду, а також забезпечити податкові пільги для волонтерських організацій.

- Запровадити суворі санкції проти осіб, залучених до шахрайських схем.

2. Зміцнення координації та співпраці:

- Створити механізми для забезпечення ефективної співпраці та координації між волонтерськими організаціями, державними структурами та іншими зацікавленими сторонами.

- Держава повинна забезпечити створення платформи для обміну інформацією, спільного планування та ресурсного забезпечення.

3. Забезпечення підтримки та захисту волонтерів:

- Держава має забезпечити належну підтримку та захист прав волонтерів, розробити механізми подання скарг та надання юридичної допомоги волонтерам, які постраждали або стали об'єктом переслідування.

- Запропонувати створення механізмів соціального захисту, надання психологічної та юридичної допомоги.

4. Розвиток механізмів відповідальності та прозорості:

- Забезпечити механізми контролю та відповідальності, що дозволять відстежувати використання ресурсів, забезпечити прозорість та ефективність волонтерських ініціатив.

5. Інформаційна підтримка:

- Забезпечити доступ до актуальної інформації про потреби та пріоритети, а також сприяти розповсюдженню інформації про волонтерські можливості та успіхи.

- Це завдання повинні виконувати Міністерство культури та інформаційної політики України, а також Державний комітет телебачення і радіомовлення України.

6. Міжнародне співробітництво:

- Залучити досвід та підтримку міжнародних партнерів у розвитку волонтерського руху під час війни.

- Це може включати обмін досвідом, участь у міжнародних програмах та ініціативах, які сприяють розвитку волонтерства в Україні.

Ці заходи дозволять вдосконалити правову базу волонтерської діяльності, зміцнити співпрацю між різними суб'єктами волонтерського руху, забезпечити належний захист та підтримку волонтерів, а також підвищити прозорість та ефективність волонтерських ініціатив в умовах війни.

Волонтерська діяльність під час війни є критичним компонентом підтримки військових операцій та надання допомоги постраждалим. Волонтери роблять значний внесок у захист

національної безпеки, надання гуманітарної допомоги та розвиток громад. Відповідно, права та гарантії волонтерів повинні бути надійно захищені та забезпечені.

Для досягнення цього необхідно продовжувати роботу над удосконаленням правового регулювання волонтерства в умовах війни. Зміни мають охоплювати не лише законодавчі акти, але й практичні механізми їх реалізації. Розробка та впровадження нових положень і процедур сприятиме покращенню координації, співпраці та ефективності волонтерської діяльності.

Спільна робота держави, волонтерських організацій та громадськості є необхідною для розвитку волонтерства під час війни. Ефективна комунікація та партнерство між різними сторонами дозволять забезпечити максимальну взаємодію та використання ресурсів волонтерського руху.

Також важливо проводити постійний моніторинг та оцінку ефективності волонтерської діяльності під час війни. Це дозволить своєчасно виявляти проблеми, адаптувати правове регулювання та вдосконалювати практичні аспекти роботи волонтерів.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про волонтерську діяльність». Стаття 1. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3236-17#Text.

2. Кількість зареєстрованих волонтерів. Інтернет-джерело. URL: https://opendatabot.ua/analytics/volunteers-registry.

3. Історії волонтерів. Інтернет-джерело. URL: https://ain.ua/2022/08/09/istoriyi-volonteriv-yakzakryvaty-zbory-de-braty-perelik-neobhidnogo-yakorganizuvaty-robotu/.

4. Закон України «Про волонтерство». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3236-17#Text.

5. Закон України «Про захист прав та свобод громадян під час проведення антитерористичної операції». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1669-18#Text.

6. Вашкович В. В. «Адміністративно-правове забезпечення волонтерства як складова соціальної функції держави» Ужгород. 2019 рік. С. 102.

ПАВЛЕНКО В.В.
Здобувач 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВПО

Початок повномасштабного вторгнення, що розпочався 24 лютого 2022 року, а пізніше введення воєнного стану в Україні спонукало людей покинути свої домівки в пошуках захисту та безпеки. Наразі в країні тільки офіційно зареєстровано більше 5 мільйонів внутрішньо переміщених осіб [1].

Процедура соціального консультування з метою допомоги ВПО в умовах військового часу вимагає комплексного підходу, що включає отримання інформації від багатьох фахівців з різних напрямків. Крім того, одночасне вирішення вимагає не лише окремих людей, але й груп, сімей, а іноді навіть великої групи, які були вимушено переміщені. На даний момент виникла проблема, пов'язана з тривалістю статусу ВПО, а також кількома варіантами переміщення деяких осіб. З'явилися також особи, які були примусово переміщені, особливо діти, що свідчить про їхню особливу ситуацію.

Люди втікали від негативних наслідків війни, таких як постійні бомбардування, насильства, обмеження та порушення прав людини. Але це люди, які залишаються в своїй країні та під захистом її законів. Кожна людина стикається з міграцією як у власній країні, так і з соціальною, політичною та культурною сферою в цілому. Внутрішня міграція спричиняє значні зміни в соціальному та економічному житті нації.

Внутрішньо переміщені особи є групою, яка окрім вимушеного переселення через загрозу життю, зустрічається із загрозою занепаду та соціального відчуження. Останнє пов'язано із низкою факторів: соціальні потреби (наприклад, житло), обмежений доступ до соціальних виплат, медичної допомоги, труднощі з пошуком роботи та інші проблеми, а також психологічний стрес і відсутність прийняття з боку свого оточення.

Соціальна адаптація переміщених осіб відбувається у кілька етапів. По-перше, після шоку, стресу, ПТСР або інших психофізіологічних та майнових втрат людині потрібно стабілізуватися до відносної норми, щоб вона могли адекватно оцінювати ситуацію та приймати відповідальні рішення. По-друге, після певного часу стабілізації ВПО потрібно отримати відповідні ресурси, щоб адаптуватися до свого нового середовища [2, с. 93-94].

На рівні місцевих приймаючих громад діяльність органів місцевого самоврядування пов'язана з потребами та проблемами ВПО. Проблеми, що виникають у ВПО, які вимагають негайного вирішення,

можуть включати соціальні, побутові, психологічні, гуманітарно-культурні, медичні, юридичні проблеми тощо.

Одним із основних обов'язків соціальних працівників і психологів є допомога ВПО відчувати себе в безпеці як фізично, так і ментально. Фахівці повинні докладати багато зусиль, щоб допомогти ВПО подолати стрес і розслабитися, особливо після перебування на місцях, де були постійні обстріли та бойові дії. У процесі соціальної реабілітації та адаптації важливим елементом є релаксація та задоволення, окрім надання психотерапевтичної та психологічної допомоги [4, с. 94].

Формування позитивної мотивації до співпраці з соціальними працівниками та подолання труднощів адаптації до нового життя є важливим кроком подолання проблем ВПО. Це важко зробити через невизначеність щодо майбутнього, залишених домівок і надії на повернення туди. Проте, навіть незважаючи на повернення в уцілілі домівки не гарантує повернення колишньої роботи, заробітної плати, соціальних зв'язків, становища та інших аспектів [5, с. 339].

Розвиток навичок життєстійкості та здатності протистояти життєвим перешкодам і труднощам є надзвичайно важливими.

Під час ведення окремих ситуацій ВПО та соціальної допомоги їм, соціальний працівник прагне переконати внутрішньо переміщену особу самостійно вирішувати свої проблеми, у тому числі, і здатність людини знаходити баланс між бажанням жити гармонійно та повноцінно та адаптацією до нових вимог.

Отже, завдання соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб є складним і вимагає співпраці між владою, громадськими організаціями та місцевими громадами. Це робиться для створення сприятливого середовища для відновлення та інтеграції внутрішньо переміщених осіб у новому місці.

Список використаної літератури

1. Міністерство соціальної політики України. URL: Міністерство соціальної політики України. Внутрішньо переміщені особи - Міністерство соціальної політики України (msp.gov.ua)

2. Кузьмич Т.В. Соціальна робота соціальна адаптація внутрішньо переміщених сімей з дітьми традиції та нові наукові стратегії у центральній та східній Європі. матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції 26– 27 червня 2020 р. М. Київ. 89-99 с.

3. Оцінка потреб внутрішньо переміщених жінок та осіб похилого віку в Україні. URL : www.uisr.org.ua/news/104.html

4. Песоцька Ю. Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб. Social Work and Education, 2022. Vol. 9, No. 1. pp. 89-99 с.

5. Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщних осіб в Україні як основа ведення випадку в соціальній роботі з ними . Гібридна війна на Сході України в міждисциплінарному вимірі: витоки, реалії, перспективи реінтеграції : зб. наук. пр. / Держ. закл. "Луган. нац. ун-т ім. Т. Шевченка ; [за заг. ред. В. С. Курило, С. В. Савченко, О. Л. Караман]. Старобільськ : ДЗ "ЛНУ ім. Т. Шевченка", 2017. С. 320–342.

РОГАЛЬСЬКИЙ А.
Магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м. Вінниця

АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ТА ПРАКТИЧНИХ АСПЕКТІВ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ІЗ СІМ'ЯМИ ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ

Транснаціональна міграція українців є відгуком на економічні та соціальні труднощі в країні походження, що спонукали до пошуку вигідної праці за кордоном. Останні п'ять років характеризує зростання міграційних процесів, обумовлене економічними, політичними та безпековими чинниками. За даними ООН на 15 листопада 2022 року, понад 7,6 мільйонів українців перебували за кордоном через конфлікт, з яких близько 3 мільйонів у росії та Білорусі. У країнах Європи наразі мешкає близько 4,5 мільйона українців. Українці становлять значну частку працівників польських компаній - близько 20%, з 450 тисячами осіб, що вносять соціальні внески в Польщі [4]. Згідно з дослідженням групи «Рейтинг», 28% українців, які мігрували через конфлікт, прагнуть отримати сталу роботу за кордоном [3]. Отже, однією з ключових мотивацій транснаціональної міграції залишається матеріальна підтримка родини.

Міграція працівників впливає на структуру і психологічний стан сімей, де виховуються діти мігрантів. Для віддалених сімей

важливі соціально-культурні та психологічні аспекти. Психологічна функція охоплює відчуття безпеки, групову належність, емоційний зв'язок, а також можливість самовираження та розвиток потенціалу. Соціально-культурна функція включає соціалізацію та культурну адаптацію дитини в суспільстві. Сім'ї мігрантів перебувають у складному соціальному становищі, коли батьки не можуть належним чином виконувати свої обов'язки з виховання дітей, що може призвести до деформації світогляду та психічних травм у дітей.

Соціально-педагогічна робота з дітьми трудових мігрантів у загальноосвітніх навчальних закладах включає наступні етапи [1, с. 162–167]:

1. Визначення дітей, чиї батьки працюють за кордоном, та створення бази даних про них.

2. Встановлення контакту з дітьми і виявлення їхніх проблем.

3. Формулювання мети та завдань, складання індивідуального плану соціально-педагогічної роботи з кожною дитиною, визначення методів роботи.

4. Індивідуальна робота з дитиною, надання конкретної допомоги та захисту її прав.

5. Залучення до групової діяльності.

6. Встановлення стосунків та взаємодія з оточенням дитини.

7. Аналіз результатів роботи та коригування процесу надання допомоги.

Соціально-педагогічна інтервенція націлена на вирішення соціальних викликів, реінтеграцію учнів у стабільне середовище та нормалізацію міжособистісних відносин, зокрема серед дітей трудових мігрантів. Застосування спеціальних методик, таких як організація сімейної взаємодії та рольові ігри, сприяє підвищенню ефективності взаємодії з цією категорією дітей. Деякі з цих методів спрямовані на розв'язання проблем, що виникають у зв'язку зі змінами у житті дітей після повернення їх батьків.

Під час конфлікту з Росією Рівненська область приймала внутрішньо переміщених осіб з інших територій, які зіткнулися з різними труднощами, включаючи сім'ї, де один з батьків перебував на окупованій території або за кордоном, а діти залишалися в Україні. Протягом весняного семестру 2022 року понад 2,7 тисячі учнів з інших областей, переважно з Луганської та Чернігівської областей, навчалися у закладах Рівненської області [5]. Приблизно сотня з них перебувала на тимчасово окупованих територіях або в зоні активних бойових дій. Конкретно на кінець 2022 року 417 дітей із зони бойових дій навчалися

в місті Рівному, а ще 200 вимушених переселенців отримували освіту у школах міст Рівне та Квасилов.

Першою серйозною проблемою, яку стикаються діти, які переходять до нового навчального закладу з віддалених або дистантних сімей, трудових мігрантів або внутрішньо переміщених осіб, є соціальна адаптація. На цьому етапі вирішальне значення має підтримка батьків або дорослих осіб, з якими дитина має довірчі відносини. Також можуть виникати випадки булінгу щодо новенького в класі, тому дуже важливо, щоб батьки та соціальні педагоги (психологи) навчили дитину розпізнавати й захищати власні межі, а також звертатися за допомогою, якщо цькування не припиняються. Якісно проведений час з дитиною, спілкування на рівних та підтримка є ключовими для створення теплих відносин як у сімейному, так і у навчальному середовищі. За таких умов діти відчувають довіру до батьків та педагогів і завжди звертаються за допомогою [2].

У закладах загальної середньої освіти різних областей проводяться організаційні та соціально-педагогічні заходи, спрямовані на підтримку дітей трудових мігрантів та осіб з числа внутрішньо переміщених осіб. Ці заходи включають у себе:

- аналіз умов проживання та складання актів обстеження житлових умов;
- діагностику емоційного стану дитини;
- збір, узагальнення та систематизацію інформації щодо навчання та виховання учнів;
- відстеження учнів, які схильні до правопорушень, учнів, які потребують корекції поведінки, та учнів із сімей соціального ризику;
- створення індивідуальних психолого-педагогічних карток для кожного учня;
- проведення випадкового та соціального супроводу за потреби.

Соціальний педагог реєструє дані про виявлення учнів «групи ризику», направляє дітей та їх батьків на консультації до медичних закладів, інформує батьків про можливе вживання психотропних речовин та алкоголю, здійснює індивідуальний супровід дитини і контролює проведення заходів з правового просвітництва.

Отже, основними напрямками соціально-педагогічної роботи з дітьми з віддалених сімей, трудових мігрантів та внутрішньо переміщених осіб є корекція їх індивідуальних особливостей, формування віри у власні сили та можливості, сприяння соціальній адаптації та розвиток життєвих навичок.

Список використаної літератури

1. Голова Н. Соціально-педагогічна робота працівників соціальної сфери з дистантними сім'ями. Вісник Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. 2016. № 13. С. 162–167.
2. Навчання й адаптація дітей з числа ВПО: поради юристів і психологів. 29.12.2022. URL: https://osvita.ua/school/method/88067
3. П'ятнадцяте загальнонаціональне опитування. Україна під час війни. Зайнятість і доходи URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/pyatnadcat_obschenaci_opros
4. Туча О., Співак І. Вплив українських мігрантів на економіки країн реципієнтів. Дослідження Національного банку України. 2022. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Migration_impact_2022-12-15.pdf
5. Як на Рівненщині допомагають внутрішньо переміщеним особам. 6.04.2022. URL: https://armyinform.com.ua/2022/04/06/yak-na-rivnenshhyni

ТОМАШЕВСЬКА Ю.А.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»

НЕДЕРЖАВНЕ ПЕНСІЙНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ПАКЕТУ І ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР МОТИВАЦІЇ ПРАЦІ НА ПІДПРИЄМСТВІ

Україна є соціальною державою, і створення соціально орієнтованої ринкової економіки відповідно до Конституції України проголошено курсом державної політики. Поєднання розвитку ринкових відносин із посиленням уваги до соціальних питань створює необхідні передумови для економічного оздоровлення, підвищення добробуту людини в процесі трудової діяльності і після припинення останньої.

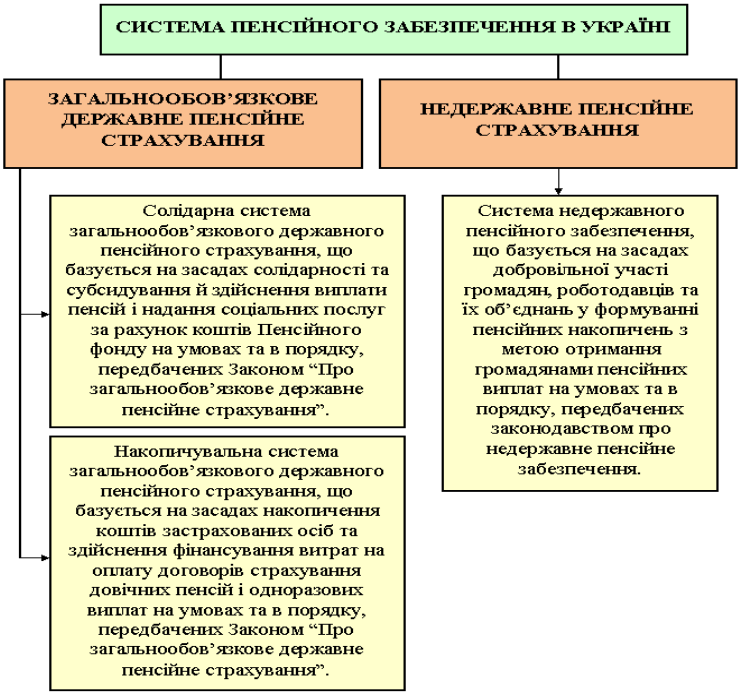
Продуктивна праця людини, її прагнення до покращення якості свого життя, добробуту, піднесення соціального статусу були і є одним із чинників суспільного прогресу. Проте, на жаль, реалії життя є такими, що з об'єктивних причин не кожна людина взагалі у змозі реалізувати себе як активний член суспільства, а більшість людей, які

впродовж свого життя мали таку можливість, з часом її втрачають. Тому проблема соціального забезпечення людини в старості, у разі хвороби та каліцтва є однією з найактуальніших для кожного цивілізованого суспільства, яке базується на принципах загальнолюдської моралі і дбає про своїх непрацездатних членів.

Пенсійна реформа в Україні реалізовується з 2004 року і поступово стає найбільш глибоким перетворенням нашого суспільства, бо торкається абсолютно всіх: влади, підприємців, громадян.

Страхування життя – це попередження, захист, безпека Ваша і Вашої родини. Це не марна трата коштів; це – вкладення в нову якість життя, у впевненість, що накопичені кошти принесуть Вам достаток у майбутньому.

Пенсійне страхування передбачає, що основні виплати страхового забезпечення здійснюються при досягненні застрахованою особою пенсійного віку, визначеного законодавством.



Система Пенсійного забезпечення в Україні

Відповідно до Закону України «Про недержавне пенсійне забезпечення» [1] система недержавного пенсійного забезпечення – це складова частина системи накопичувального пенсійного забезпечення, яка ґрунтується на засадах добровільної участі фізичних та юридичних осіб у формуванні пенсійних накопичень з метою отримання учасниками недержавного пенсійного забезпечення додаткових до загальнообов'язкового державного пенсійного страхування пенсійних виплат.

Запровадження системи недержавного пенсійного забезпечення в Україні було необхідним через: незбалансованість солідарної системи, що спричиняється – високим рівнем демографічного навантаження на працездатне населення. За прогнозом цей показник буде збільшуватися.



Рис. 1.1. Прогноз темпів старіння населення України 1959-2026 років

За здійсненим прогнозом темпів старіння населення України 1959-2026 років видно, що чисельність населення пенсійного віку (старше 60 років) постійно зростає і займає значну частку всього населення країни, при тому чисельність платників внесків постійно зменшується.

Державна пенсія не забезпечує гідного життєвого рівня людям похилого віку, і не лише в Україні, за розрахунками фахівців, в Україні вже через 5 років середня державна пенсія не перевищуватиме 26% середньої заробітної плати; на сьогодні три працюючих людини мають

забезпечити пенсію двох пенсіонерів, а з часом ситуація лише ускладниться**.**

Важливим є те, що система недержавних пенсійних фондів дозволяє залучати також і кошти роботодавців до формування пенсійних заощаджень їх працівників, що сприятиме підвищенню рівня життя громадян на пенсії.

Забезпечення керівниками підприємства ефективного управління та конкурентоспроможності в довготривалому періоді вимагає розробки та реалізації менеджментом обґрунтованих і дієвих заходів, пов'язаних із стимулюванням працівників до високопродуктивної роботи.

Однією з форм винагороди співробітників за досягнуті високі результати є соціальний пакет, який підприємство пропонує персоналу як винагороду за виконану ним роботу. Він уміщує в себе розмір заробітної плати, що виплачується працівнику як винагорода за його трудову діяльність, а також інші додаткові соціальні гарантії, встановлені понад розмір заробітної плати, що є важливим фактором стимулювання мотивації до праці.

Соціальний пакет – це виплати і пільги соціального характеру, які здійснює організація (роботодавець) понад встановлені законодавством норми або які не передбачені законодавством: - додаткове медичне і пенсійне страхування; оплата харчування, транспортних витрат; відшкодування комунальних послуг; утримання дітей у дошкільних закладах; надання путівок; оплата навчання дітей; виплати до святкових та ювілейних дат тощо [2].

Невід'ємною частиною корпоративного іміджу є універсальний соціальний пакет підприємства, що безсумнівно на сьогодні є сильною конкурентною перевагою, а набір можливих соціальних пільг зростає на українських підприємствах з року в рік.

За допомогою соціального пакета може вирішуватися ряд завдань: контроль плинності кадрів, підвищення мотивації співробітників, збільшення показника продуктивності праці, залучення в компанію потрібних співробітників, забезпечення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі, формування у співробітників лояльності до компанії, створення позитивного іміджу фірми на ринку і багато іншого.

Зазвичай працівник, який отримав від підприємства соціальний пакет, розуміє, що про нього дбають та створюють умови для більш комфортного життя, а якщо до соціального пакету входить додаткове пенсійне забезпечення від недержавного пенсійного фонду (НПФ) то це турбота і про майбутнє.

Все більше керівників вітчизняних компаній приходить до висновку, що мотивація персоналу – це не тільки гідна заробітна плата, але й додаткові соціальні гарантії. Участь підприємства у НПФ допомагає керівнику вирішити важливі управлінські завдання: соціальні, кадрові, фінансово-економічні.

Отже, соціальний пакет виконує три функції: гарантійну; мотиваційну; компенсаційну.

У більшості країн світу підприємство, яке застосовує пенсійну схему сприймається як надійний діловий партнер, який бажає вести свій бізнес на довгостроковій основі.

Недержавне пенсійне забезпечення на деяких підприємствах здійснюється за рахунок надання додаткової матеріальної допомоги тим працівникам, які вже вийшли на пенсію. У той же час, ряд компаній перейшли на якісно новий рівень пенсійного забезпечення через накопичувальні корпоративні пенсійні програми, пов'язані з недержавними пенсійними фондами.

Можливості роботодавця по організації на своєму підприємстві ефективної пенсійної програми нині містять у собі:

- побудову системи корпоративного недержавного пенсійного забезпечення;
- проведення пенсійної безграмотності серед співробітників і залучення їх до інвестування накопичувальної частини трудової пенсії;
- паритетну участь роботодавця, працівника й держави у співфінансуванні майбутньої трудової пенсії співробітника в рамках проведеної державної пенсійної реформи.

Відповідно до проведених досліджень зробимо висновки: соціальний пакет виступає інструментом корпоративної соціальної відповідальності, і як своєрідний соціальний інститут забезпечення стійкого суспільного розвитку.

Сьогодні керівники і власники багатьох підприємств намагаються допомагати своїм працівникам подбати про своє майбутнє у похилому віці включаючи у свій соціальний пакет програму додаткового пенсійного забезпечення, що створює самому підприємству імідж надійного партнера.

Для підприємства недержавне пенсійне забезпечення, крім основної своєї задачі – забезпечення тісного взаємозв’язку між заробітком і майбутнім розміром пенсії, відкриває можливості накопичувальних систем, які здатні виявитися найпотужнішим інвестиційним ресурсом, причому що важливо складається він виключно з «довгих» грошей.

Отже, кожна людина має зробити для себе висновки, що молодість – це є засіб забезпечити своє майбутнє! Сьогоднішня пенсійна система, особливо її накопичувальна частина, спрямована на виховання економічної самостійності та відповідальності громадян за стан особистого матеріального добробуту після виходу на пенсію. Це повинно змусити людей уже сьогодні замислитися над тим, що вони отримають по завершенні своє трудової діяльності, підвищити їх зацікавленість у контролі за належною сплатою роботодавцями страхових коштів до Пенсійного фонду.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про недержавне пенсійне забезпечення» від 09.07.2003 р.
2. Корпоративний соціальний пакет: що це таке? [Електронний ресурс]. - http://pro-rabotu.ru/pub.php?article=true&date=2007&id=78

ФІЛЬЧУК О.М.
Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***КОСТЕНКО Н.І.***
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця

РОЛЬ ПРИЙОМНИХ БАТЬКІВ У СТИМУЛЮВАННІ СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ-СИРІТ

На сучасному етапі повна масштабність війни в Україні призвела до втрати батьківського піклування сотень дітей. Лише за перші шість місяців статус сиріт отримали 3182 дитини. Це наростаюча проблема акцентує увагу на необхідності розробки нових або удосконалення вже існуючих методів утримання дітей-сиріт. Один із варіантів - це забезпечення їх проживання в дитячих будинках сімейного типу або у прийомних сім'ях для постійного мешкання. У випадку, коли немає можливості повернутися до власної родини, прийомна сім'я є оптимальним рішенням.

Аналіз наукової літератури показав, що проблема сирітства та особливості соціально-психологічного розвитку дітей-сиріт вивчалися

в роботах таких вчених, як Л. Артюшкіна, Г. Бевз, А. Поляничко, В. Яремчук. Умови успішної соціалізації таких дітей розглядались в працях А. Капська, Н. Комарова, Н. Пєша.

Згідно з законодавством України, прийомна сім'я визначається як сім'я, що добровільно бере на виховання та спільне проживання від 1 до 4 дітей з закладів, що опікуються дітьми-сиротами або дітьми, позбавленими батьківського піклування [4].

Головна мета створення прийомних сімей полягає у забезпеченні належних умов для виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, в сімейному оточенні. Прийомні діти можуть проживати у такій сім'ї до досягнення 18-річного віку або до завершення навчання у професійно-технічних або вищих навчальних закладах, але не пізніше 23-річного віку.

Прийомні батьки зобов'язані регулярно звітувати перед органами опіки щодо виховання дітей та використання коштів, що надаються державою на їх утримання. Важливо відзначити, що при цьому дитина має право на отримання аліментів, допомоги, пенсії та інших соціальних виплат, а також зберігає право власності на житлове приміщення, де вона проживала раніше, або право на отримання житла в разі його відсутності [3].

У контексті прийомних сімей відзначається можливість для дитини освоїти нові соціальні ролі, встановити стосунки з членами сім'ї та вбудуватися у сімейні цінності. Часто відносини між прийомними дітьми та батьками ґрунтуються на формальних правових основах і обмежені у часі дії, але фактичні зв'язки можуть тривати протягом усього життя. Проте адаптація дитини-сироти до нового життя в прийомній сім'ї не завжди проходить без труднощів, іноді супроводжуючись індивідуальними викликами.

Спираючись на дослідження А. Капської, Н. Комарової та І. Пєші [5], соціалізацію дитини-сироти у прийомній сім'ї можна розглядати як активний процес включення дитини, яка пережила складні життєві обставини, у соціальне середовище сім'ї та усвідомлення правил та норм поведінки, що характерні для даного суспільства, а також як процес подолання психологічних або моральних травм.

Серед чинників, що впливають на цей процес, А. Капська виокремлює такі: структура сім'ї, роль дитини в ній, авторитет вихователів, стиль виховання, потенціал сім'ї (моральний, творчий), особливості характеру дорослих членів сім'ї, їх освітній рівень та інші [1, с. 243].

Г. Бевз вказує на різні напрями соціалізації дитини-сироти у прийомній сім'ї, які включають [2]:

- Освітнє середовище, яке сприяє встановленню контактів з дорослими та ровесниками.

- Сфера спілкування дитини з іншими членами сім'ї, де зазвичай стосунки базуються на спільних інтересах, що розширює їх розуміння сімейного життя та близьких відносин.

- Контакти з родичами та іншими близькими особами з минулого життя, які допомагають дитині зрозуміти, що її життя не починається спочатку, і вона може зберігати свої старі уподобання.

Отже, життя та виховання в прийомній сім'ї сприяє більш успішній соціалізації дітей-сиріт. Вони включаються в систему сімейних відносин, формують важливі життєві цінності, навчаються встановлювати та регулювати відносини з однолітками та дорослими, а також дотримуються норм і правил сімейного спілкування.

Список використаної літератури

1. Артюшкіна Л. М., Поляничко А. О. Сирітство в Україні як соціально-педагогічна проблема (соціально-правовий аспект). Суми: Сум. ДПУ, 2002. 268 с.

2. Бевз Г.М. Прийомна сім’я: методика створення і соціального супроводу: наук.-метод. посібник. Київ: Центр стратегічної підтримки, 2018. 92 с.

3. Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 26.04.2024. р. № 2342- IV/ Відомості Верховної Ради України. 2005, № 6, ст. 147. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2342-15#Text

4. Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2024 р. № 2402- III. Відомості Верховної Ради України. 2001. № 30. ст. 142. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text

5. Капська А.Й., Пєша І.В. Соціальний супровід різних категорій сімей і дітей. Навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 321 с.

***Lisle KAUFFMAN**, Ph.D.*
***N.I. KOSTENKO**, candidate of pedagogical sciences,*
Vinnytsya institute of economics
and social sciences of university «Ukraine»

PROVIDING SPECIAL EDUCATION SERVICES TO STUDENTS WITH DISABILITIES IN THE UNITED STATES

In the United States all children with disabilities have a right to attend school, and this right is guaranteed and enforced by federal law.

While children without special needs do not require an Individual Education Plan or an IEP, the same is not true of children with disabilities. American schools are mandated by law to develop and implement IEPs for all children with a documented disability regardless of its severity (Turnbull & Turnbull, 2006). Furthermore, this education plan is a not written by a single professional at the child's school, but rather it is a collaborative effort by members of an IEP team. The members must include the parents, student, general education teacher, special education teachers, special education service providers and school administrator. Depending on the needs of the student, members may also include a school psychologist or school nurse. When developing a student's Individual Education Plan, the team is required to observe very specific procedures and considerations. For example, IEP team must discuss and thoroughly document the student's level of education in the Least Restrictive Environment (LRE). For many years children with disabilities were denied equal access to free and appropriate public education, and to guarantee this right and ensure this right is not denied, IEP teams are tasked with carefully and thoughtfully considering educating the student in the Least Restrictive Environment (Turnbull & Turnbull, 2006). The LRE is traditionally interpreted to mean educating students with disabilities in the general education classroom to the greatest extent possible, while providing them with an appropriate education that meets their individual learning needs. The LRE gives children with special needs opportunities to learn and socialize with peers without disabilities. Additionally, it offers children with special needs access to the same curriculum their peers without disabilities receive, as well as providing higher expectations for academic success and learning. By federal law, if a student cannot be educated in the least restrictive environment, placement in a more restrictive environment is permitted, but must be thoroughly justified and carefully documented in his or her IEP (Turnbull & Turnbull, 2006).

Because the needs of students vary from individual to individual, school districts must offer what is referred to as the "continuum of services," or educational settings ranging from the least physically restrictive placement to most the physically restrictive placement (Turnbull & Turnbull, 2000). The continuum of services includes, beginning with the least restrictive option, the general education classroom and continues with resource room, self-contained classroom, special day school, residential

school, and hospital or homebound services, which is the most restrictive educational placement possible.

As previously noted, the ultimate goal of special education is to appropriately and successfully educate children in the general education classroom, alongside children without disabilities. When that option does not meet students' needs, then the IEP team will draw from the other placements in the continuum of services. The next slightly more restrictive placement in the continuum is the resource room, where students receive specific, targeted academic support from a special education teacher. Students with special needs may go to a resource room for short periods during the school day to receive help with their studies in the general education classes. For instance a student with a learning disability may go to his resource room teacher to receive math tutoring for thirty minutes and then return to the general education setting for the remainder of the day.

If a student's learning needs cannot be entirely addressed in either the general education classroom or a resource room, then the next more restrictive placement is the self-contained special education classroom. In the U.S., self-contained classrooms are found in general education schools, and some children with special needs will attend both general education and special education classes. Self-contained classrooms are considered more restrictive than resource rooms, because children with special needs are receiving academic instruction separately from their peers without disabilities. Students with disabilities in self-contained room attend the same school as students without disabilities, but they go to class only with other students with special needs. For example, students with special needs may go to a self-contained room for math, reading, writing, science and history with other students with disabilities, but music and art with students without disabilities. In another instance, a student may go the self-contained room for reading and writing, but attend all other classes in the general education classroom.

The next progressively more restrictive placement is the special day school. This is the placement most commonly used in Ukraine, but much less commonly used in the United State. For some students with disabilities, their learning needs are so significant that their IEP teams have concluded that the most appropriate placement is a special day school. Students attend classes at the special school during the day and then go home at the end of the day. All of the students in a special day school have a disability, so there is no contact with general education students, making this option one of the most restrictive placements available. In the U.S., special day schools are much less frequently utilized and are reserved for

students with the most significant educational needs, for instance, students with severe behaviors.

Another highly restrictive educational placement is the residential school. Some students with very significant learning needs attend residential schools. In the U.S., this is an atypical education setting in which students stay at the school twenty-four hours a day. They attend classes during the day and sleep in dormitory rooms at night. Students live at the special school during the week and go home on weekends. A residential school is considered highly restrictive, because not only is there no interaction with students without disabilities during the school day, but they are also isolated from their peers during after-school hours, as well. As with special day schools, all of the students in a residential school have a disability. Residential schools are rarely used and most often only for students who are deaf, blind, have severe multiple disabilities or exhibit violent behaviors. Some states are closing residential schools entirely, and the vast majority of American students with disabilities attend classes in general education schools.

Finally, some children are too sick to attend school and federal law addresses the needs of these students, as well. They receive homebound or hospital-based special education services. A very small number of students receive education services outside of school, when medical circumstances do not permit them to leave home or the hospital. Children are eligible for homebound instruction when they have medical conditions preventing them from going to school, because they are confined to their home or a health care facility. They may have a serious disease, debilitating injury, cancer or a terminal illness. Some hospitals have special classrooms for seriously or terminally ill children. Federal law requires that schools must provide homebound services when students are going to be out of school for 20 days or longer (Turnbull & Turnbull, 2006). Homebound educational services must equal the hours and services on the child's Individual Education Plan (IEP). Homebound Instruction is the most restrictive placement available.

Within this continuum of placements lies the critical concept of inclusion. Federal law is purposefully designed to encourage the highest level of inclusion possible for students with disabilities, while also providing an appropriate education (Turnbull & Turnbull, 2006). The concept of providing inclusive education is practiced extensively in the U.S. The level of inclusion varies widely within these placement options. Inclusion refers to educating students with special needs in a general education environment with peers who do not have disabilities. The level of inclusion is highly dependent a student's individual needs. Many students benefit from full inclusion and spend one hundred percent of their

day with peers without disabilities, while other students require partial inclusion, i.e., spending a portion of their school day with peers without disabilities.

Inclusion is a critical component of education in the United States, but its success is highly dependent on the quality of services provided to students, along with close attention to their individual needs. Simply placing students with special needs in a general education classroom does not immediately translate into successful learning. Learning cannot occur in inclusive settings, if students are not provided with the appropriate supports to access the curriculum (Luetke-Stahlman, 1999). Common educational supports include providing students with sign language interpreters, braille textbooks, large print books, peer tutoring, peer note takers, numerous visuals and hands-on activities, graphic organizers and charts for teaching unfamiliar concepts, accommodations and curricular modifications (Luetke-Stahlman, 1999). Accommodations refer to changes that help students learn curricular content. Examples include giving students extended time for assignments or tests, allowing them to take oral tests (tests in the U.S. are primarily written), placing students with hearing loss or poor vision in the front of the room, and allowing students to complete shorter assignments, but with same curricular content. Curricular modifications refer to changes in curriculum or the content students learn in class. Examples include reducing the amount of content to be learned, such as fewer vocabulary words; rewriting materials at a lower reading level; or requiring the student to complete fewer assignments.

Finally, inclusion cannot succeed without effective collaboration between professionals. Special and general education professionals must work together to solve problems and develop appropriate educational programs that effectively meet the individual needs of all students. Collaboration is a common special education practice in the United States, and inclusion will fail if special education and general education teachers refuse to collaborate appropriately. Some examples of collaboration include team teaching whereby special and general education teachers teach jointly in the same classroom, special and general education teachers planning lessons together that one them will teach, special education teachers consulting with general education teachers or other education professionals, and working together on IEP teams.

In the United States, most students with disabilities receive the majority of educational services in the general education environment. There is a strong commitment to providing students with disabilities equal access to the same educational opportunities enjoyed by students without disabilities. Young people with special needs are not isolated from their

peers or society. Tragically, segregated education does not promote or encourage an integrated society. In reality, the opposite is true. Segregating any group of students encourages and validates segregation within society as a whole, and there is a fundamental relationship between how a society treats all of its members and the success of democracy. A society that systematically disenfranchises and excludes specific groups cannot claim to be truly democratic. Democracy is a fragile system of government, and it becomes increasingly frail, if a society denies education and community participation to targeted groups who do not meet the social norm. Denying equal access to education to individuals with disabilities is not only undemocratic, but also unethical and self-destructive to society. One very important way to facilitate the development of democracy is to foster acceptance of and equal opportunity to all people, which is why inclusive education is so vital to the success and advancement of all societies.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В УКРАЇНІ – ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Аленіна Н.В., Вишар Євгенія Особливості комплексної реабілітації після перелому променевої кістки в типовому місці 3

Бозняк М.С. Реабілітація після встановлення пластини в колінному суглобі 5

Бортнік Л.В. Ефективність фізичної терапії в комплексному лікуванні гіпертонічної хвороби 7

Бурлака Д.Р., Вінтонович Т.С. Фізична терапія при анкілозуючому спондилоартриті 11

Буцан К.О. Фізична терапія при порушеннях функцій кінцівок унаслідок вогнепальних поранень 14

Герасименко В.В. Обстеження дітей з патологією постави із застосуванням методики комп'ютерної фотометрії 15

Глушко Д.В. Методи фізичної терапії та ерготерапії у лікуванні серцево-судинних захворювань 18

Гончарова О.С. Використання та результативність нейровправ при афазії та когнітивних порушеннях після перенесеного 19

Дворецька Т.П. Покращення рухової активності при ДЦП 22

Вайда О., Дем'янчук А. Фізична терапія при ураженні колінного суглоба 24

Дмитревська Ю.П. Особливості застосування методів фізичної терапії та ерготерапії при шийному остеохондрозі 26

Закордоцень В.Р. Застосування ерготерапевтичних підходів при фізичній терапії пацієнтів з ішемічним інсультом 29

Кардаш М.В. Фізична терапія при вогнепальних ушкодженнях верхніх кінцівок 31

Клюєва Ю.М. Вторинна профілактика венозного 34

Козинська Ю.В. Фізична терапія в наслідок кульових та осколкових пораненнях у військових 38

Вайда О., Колядюк М. Фізична терапія при дегенеративно дистрофічних захворюваннях хребта 40

Комар О. Реабілітаційні виклики сьогодення: від менеджменту до комплаєнсу 42

Косован І.І. Становлення і розвиток реабілітації загалом і фізичної реабілітації зокрема 45

Кравчук О.С. Фізична терапія при інсульт 50

Крайнік С.О. Лікувальна фізична культура при діабетичних ангіопатіях 53

Кульбіда А.В. Інтегрований підхід до застосування засобів фізичної терапії в реабілітації дітей з церебральним паралічем: клінічні аспекти, ефективність та стратегії оптимізації 59

Ланцман О.Р. Фізична терапія осіб з надмірною вагою 60

Левченко Л.І. Дослідження впливу засобів фізичної реабілітації пацієнтів з аномаліями рефракції на перебіг процесу 63

Лютий О.П. Специфіка лікувальної гімнастики для лікування поперекового остеохондрозу у літніх пацієнтів 66

Мазур Д. Постравматичний стресовий розлад у військових 69

Максимчук Л.М. Методи фізичної терапії та ерготерапії при ушкодженні грудної клітки і органів грудної порожнини 71

Маруневич В.В. Реабілітація після операційного втручання: найкращі практики і методи 74

Милятинська С. – Л.Б. Особливості комплексної фізичної реабілітації пацієнтів хворих на пневмонію в умовах дитячого реанімаційного відділення 76

Мовчан Л.В. Фізична та психологічна реабілітація дітей актуальність, реалії та перспективи 78

Нех К.М. Гімнастика за методом Катаріни Шрот 81

Олійник О.С. Фізична терапія при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта 84

Путінцева В.В. Сучасні методи фізичної терапії при цукровому діабеті 86

Рябошапка В.В. Загальна характеристика проблеми ендопротезуванн кульшових суглобів 88

Сіренко Е.Ю., Ярченко І.В. Фізична реабілітація при переломі поперекового відділу хребта 92

Тищенко С.П. Фізична терапія при порушеннях постави (сколіоз) 94

Ткачук В.Ю. Ефективність інтервального навантаження у пацієнтів з метаболічним синдромом: порівняльний аналіз з традиційними методами тренувань 96

Ус Я.В. Фізична реабілітація: досвід країн ЄС і українські реалії 99

Шевченко А.А. Фізична терапія при вогнепальних ушкодженнях верхніх та нижніх кінцівок 102

Шевчук К.М., Призванська Р.А Логоритміка як елемент для відновлення мовлення та комунікативних навичок в осіб з ... 104
Юрченко Л.П. Фізична терапія при хронічному обструктивному захворюванні легень 107
Ярченко І.В., Вишар Є. Особливості комплексної реабілітації після перелому променевої кістки в типовому місці 110
Яцуляк Ю.В. Фізичні аспекти реабілітації у хворих на пневмонію 111
Яцько А.В. Ерготерапія у дітей з розладами аутистичного спектору 114
Григорук Д. Фізична терапія про остеохондрозі поперекового відділу хребта 117

РОЗДІЛ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЇ

Андросов В.П., Рибак В.В. Поняття «конфлікт» в наукових дослідженнях 120
Білозор І.І. Залежність та контрзалежність в стосунках 121
Блінова Л.В. Проблема адаптації в психологічних дослідженнях 125
Берегулько Н.В. Теоретико-психологічний аналіз проблеми адаптованості осіб молодого віку 128
Березюк О.С. Девіантний дискурс і його трансформація на сучасному етапі 130
Бурячок Л.В. Особливості формування ефективних копінг-стратегій для подолання особистістю стресових ситуацій 133
Боднар А.М. Поняття та основні чинники формування сексуальності 135
Бондарчук Н.О., Крочак Л.В. До проблеми вивчення тривожності 138
Братанюк І.І. Поняття феномену «задоволеність життям» в психології 141
Бондарчук О.П. Співзалежність і контрзалежність як об'єкт психологічного дослідження 143
Височанська Л.М. Психологічні особливості підліткового віку 145
Войтюк В.В., Кузь М.В. Історія розвитку поняття про несвідоме 147
Верещак О.В. Психологічне відновлення особистості через інтелектуальний розвиток 150
Голодюк С.М. Психологічні особливості розладів харчової поведінки 153

Гончарук І.С. Соціально-психологічні чинники формування самооцінки особистості 154
Гук Т.М. Теоретичні засади вивчення емоційного вигорання у громадських діячів 157
Дідківська А.В. Психологічні особливості переживання негативних емоцій в студентський період 160
Деркач І.А. Характеристика особливостей акцентуацій характеру 164
Заброцький М.М. Вплив адаптації до навчання на емоційну сферу здобувачів-першокурсників 166
Загороднюк Є.В. Особливості психологічного здоров'я підлітка 168
Заремба С.В. Психологічні особливості альтруїзму особистості 171
Зайцева Л.Г., Ставицька О.М. Вплив факторів середовища на формування почуттів у юнацтві 173
Зв'ягіна О.В. Соціально психологічна адаптація як чинник психологічного благополуччя внутрішньо-переміщених осіб 173
Івасик М.П. Психологічні механізми тривожних розладів 176
Кісільова Т.В. Психологічні особливості емоційного інтелекту у студентів 179
Ковбасюк Н.В. Проблема емоційного вигорання в наукових дослідженнях 182
Котик І.О. Надання психологічної допомоги при різних типах благополуччя особистості 185
Кривенко С.С. Чинники професійного визначення старшокласників в умовах воєнного стану 192
Кузьміна Н.А. Емоційний інтелект: традиція вивчення в психологічних дослідженнях 195
Лєсніченко Н.П. Особливості розвитку мотиваційної сфери особистості в підлітковому віці 199
Лисий Д.В. Специфіка емоційного вигорання волонтерів 202
Левченко Г.Є. Сміхо-реабілітація 205
Лютий О.П. Особливостей клієнтів похилого та старечого віку із судинною патологією 207
Люта Т.В. Аксіологічний вимір у ґенезі деформацій психологічної стійкості особистості 210
Макаренко О.С. Індивідуально-психологічні особливості людини, як ресурси подолання складних життєвих ситуацій 214
Маляр Л.А. Соціально-психологічні чинники схильності до ризикової поведінки 216
Мандриш О.І. Проблема тривожності осіб в підлковому віці 219

Мельничук Л.В. Феномен адаптації як предмет дослідження в психології 221
Мельник Н.О. Психологічні засоби корекції посттравматичного стресового розладу особистості 224
Мушенко С.Є. Харчова поведінка як предмет психологічного дослідження 229
Найчук В.В., Сініцька В.А. Психологічні особливості саморегуляції творчої діяльності 231
Овчарук І.Р. Феномен дитячої брехні: психологічні причини та вікові особливості. 233
Олійник Л.Г. Вплив емоційного інтелекту на розвиток 238
Оленич В.П. Особливості профілактики емоційного вигорання психологів засобами символдрами 240
Павленко О.О., Скрипник Г.М. Проблема переживання страхів дітьми зі статусом ВПО 246
Паламарчук Н.А. Проблема самоставлення особистості як компоненту структури самосвідомості в психологічних дослідженнях 249
Пачос О.В. Психологічні особливості прояву емоційної залежності у дитинстві 251
Пипа С.Л. Психологічні умови подолання емоційного вигорання фахівця сфери надання соціальних послуг 254
Піддубчак Ю.Д. Психологічна характеристика психоемоційних станів особистості в умовах війни 258
Пінчук Н.М., Скирда А.В. Теоретичні підходи до дослідження структури особистості у зарубіжній та вітчизняній психології 259
П'ятакова М.В. Особливості спілкування в підлітковому віці 263
Рафаловська Н.І. Тімбілдинг як один із ефективних методів управління персоналом 266
Редько І.В. Поняття гендеру в сучасній науковій парадигмі, погляди на гендерну ідентифікацію з точки зору різних психологічних теорій 270
Романова Л.В. Психологічна самодопомога як засіб подолання особистісної кризи у зрілому віці 274
Рощина М.М. Зустріч з тінню як шлях відродження духовної цільності індивіда під час війни в Україні 277
Руда Т.О. Психологічні ресурси особистості в кризових ситуаціях 279
Садова Н.В. Психологічні особливості розвитку мотивації у молодших школярів 282
Сєверова М.Л. Аналіз аспектів готовності жінок до шлюбу 285

Синякович О.Є. Підходи до аналізу поняття «життєстійкість»у психологічній науці 287
Скакун І.Л. Копінг стратегії соціально-психологічної адаптації українців та демобілізованих військовослужбовців під час війни 291
Сорокін О.О. Причини і наслідки девіантної поведінки підлітків 294
Спірідонова Л.І. Аналіз досліджень комунікативної компетентності 298
Семенчук Ю.К. Теоретичні аспекти дослідження порушення харчової поведінки в аспекті вивчення локусу контроля у жінок 301
Степанова З.В. Аналіз досліджень комунікативної компетентності 303
Странцівилко В.В. Особливості розвитку самоефективності особистості 305
Сурков К.В. ДОслідження тривожних станів у молодших школярів із особливими освітніми потребами 309
Таланчук І.В. Посттравматичний розлад під час повномасштабної війни 313
Тищук О.В. Розвиток емоційної сфери у дітей-сиріт підліткового віку 316
Трохимець Л.М. Психологічні особливості взаємодії в сім'ї 318
Фаліштинська Н.О. Симптоми та види розладів харчової поведінки 321
Хоменко А.Л. Чинники схильності особистості до ризику у поведінці в умовах військового стану 324
Хуторянська О.М., Шипіцина А.Ю. Проблема дослідження емоційного інтелекту молодших школярів в психологічних дослідженнях 327
Чад Н.П. Психологічні особливості поняття толерантність 329
Швець В.А. Вікові особливості когнітивного компоненту емоційного інтелекту здобувачів освіти 332
Шрамко С.І., Герасімов В.Г. Психологічні особливості міжособистісних конфліктів 336
Яремчук В.О. Психологічні особливості взаємодії у прийомній сім'ї 338

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНА РОБОТА В УКРАЇНІ ТА СВІТІ:СУЧАСНИЙ СТАН ТА СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ

Бабчук А.О. Неблагополучна сім'я як об'єкт соціального супроводу 344

Береза М.П. Оптимізація превентивних заходів щодо домашнього насильства у молодіжних сім'ях 346

Грінчук В.Л. Теорія та практика соціальної роботи та корекція педагогіки 349

Дерманська Л.С., Жукова О.А. Соціальна робота у сфері зайнятості населення: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку 353

Єншина Н.А. Інноваційні підходи до профілактики сімейного насильства в умовах воєнного стану 355

Іванчук С.О. Вплив безробіття на соціальні взаємини та економічний розвиток 358

Кармазіна С.Ю. Шляхи підвищення обізнаності молоді щодо особливості вікових змін у людей похилого віку 361

Клименко Л. Технологізація соціальної роботи з ветеранами 364

Коваль В. Теоретичні аспекти вивчення подружніх конфліктів 368

Кравчук Л.С. Освіта для людей похилого віку 370

Мілієнко О.А., Таран М.О. Забезпечення адміністративними судами захисту від порушення прав внутрішньо переміщених осіб в Україні 373

Нечипоренко Л.В. Роль соціального працівника в адаптації та інтеграції вимушених переселенців та біженців 377

Нойманн М.Д.В. Правові аспекти та забезпечення гарантій волонтерської діяльності в умовах збройного конфлікту в Україні 379

Павленко В.В. Теоретичні засади соціальної реабілітації ВПО 383

Рогальський А. Аналіз теоретичних та практичних аспектів соціально-педагогічної взаємодії із сім'ями трудових мігрантів 386

Томашевська Ю.А. Недержавне пенсійне страхування як елемент соціального пакету і важливий фактор мотивації праці на підприємстві 389

Фільчук О.М. Роль прийомних батьків у стимулюванні соціального розвитку дітей-сиріт 394

Kostenko N.I. PROVIDING SPECIAL EDUCATION SERVICES TO STUDENTS WITH DISABILITIES IN THE UNITED STATES 396