ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»

ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ
ІНСТИТУТ

СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО
ВІННИЦЬКОГО ІНСТИТУТУ УНІВЕРСИТЕТУ
«УКРАЇНА»

НАУКА І НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС

МАТЕРІАЛИ

XVI ЗВІТНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

ЧАСТИНА 2

м. Вінниця, 6-7 квітня 2016 р.

Вінниця
«Нілан-ЛТД»
2016

УДК 001:371.2(08)
ББК 72Я431
Н-34

Відповідальний за випуск: О.В. Омельченко
Редакційна група Вінницького інституту Університету «Україна»: Г.В. Давиденко (головний редактор), С.Ю. Ілініч (заступник головного редактора), О.В. Омельченко (укладач, відповідальний за випуск), В.В. Швед, Н.І. Костенко, С.М. Ваколюк, Н.С. Чорноусенко.

Рекомендовано до друку вченою радою Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна» (протокол № 5 від 25.04.2016 р.)

Дизайн та верстка: О.В. Омельченко

Н-34 **Наука і навчальний процес**. Матеріали XVI Звітної науково-практичної конференції, м. Вінниця, 6-7 квітня 2016 р.: наук.-метод. зб. у ІІ част. / За заг. ред. Г.В. Давиденко. – Ч. 2. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2016. – 208 с.

ISBN 978-966-924-269-3

У збірнику вміщено матеріали XVI Звітної науково-практичної конференції «Наука і навчальний процес» 6-7 квітня 2016 р., а також наукові публікації членів Студентського наукового товариства Вінницького інституту Університету «Україна».

Розглянуто психологічні аспекти становлення особистості в навчально-виховному процесі, зокрема теорія, досвід та практика. Приділено особливу увагу фізичної реабілітації осіб з особливими потребами. Висвітлено сучасний стан інноваційних процесів в освіті та соціально-педагогічній діяльності.

УДК 001:371.2(08)
ББК 72Я431

ISBN 978-966-924-269-3

© Вінницький соціально-економічний інститут Університету “Україна», 2016
© ТОВ «Нілан-ЛТД», 2016

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ: ТЕОРІЯ, ДОСВІД, ПРАКТИКА

***Н.С. ЧОРНОУСЕНКО**, кандидат психологічних наук,*
доцент, професор кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Освіта має першочерговим завданням духовний, моральний, художній, культурний розвиток, соціалізацію особистості. Тому проблеми освіти є актуальними для життя суспільства. Однією з проблем, яка привертає увагу суспільства на всіх рівнях – право доступу до отримання освіти, а одним з основних гуманістичних принципів, на яких ґрунтується державна політика в галузі освіти, є її загальнодоступність.

Сучасне суспільство не може вважатися повноцінним, якщо по відношенню до будь-якої групи людей існує дискримінація. Розвиток інклюзивної освіти в цьому аспекті представляє собою одне з найбільш важливих і перспективних напрямків вдосконалення системи освіти людей з обмеженими можливостями. Організація навчання в освітніх закладах загального типу дозволяє створити умови для їх проживання та виховання в сім'ї, забезпечити їх постійне спілкування з оточуючими і сприяє ефективному вирішенню проблем їх соціальної адаптації та інтеграції в суспільство.

Інклюзивна освіта – це результат розвитку ідей гуманізму, що ґрунтуються на винятковій цінності людської особистості, її унікальності, право на гідне життя, яким б не був її фізичний або розумовий стан, право на володіння всіма цінностями сучасної цивілізації. Проте, в сьогоднішніх умовах держава не здатна забезпечити рівноправну участь і рівні можливості в здобутті якісної освіти для соціально незахищеного населення і людей з обмеженими можливостями [4].

Інклюзивна освіта представляє собою спільне навчання, що включає організацію спільних навчальних занять, дозвілля, різних видів додаткової освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я та осіб, які не мають таких обмежень. Інклюзивна освіта не ототожнюється з навчанням в класах (групах) компенсуючого

навчання і спеціальних (корекційних) класах (групах), що створюються в освітніх закладах загального типу.

Ідея розширення освітнього простору, включення в нього всіх дітей незалежно від різниці в здібностях і можливостях, від їх культурного і соціального становища, все сміливіше входить в людську свідомість. Відомо, що перші спеціалізовані школи для дітей з порушеннями зору і слуху були відкриті ще в 18 столітті, але ми обмежимося розглядом щодо недавнього періоду їх розвитку.

Вчені та фахівці, що займаються вивченням проблем навчання дітей з особливостями розвитку, історію сучасного періоду їх розвитку поділяють на наступні етапи:

- початок 20 століття – середина 60-х років – «медична модель» – сегрегація;
- середина 60-х років – середина 80-х років «модель нормалізації» – інтеграція;
- середина 80-х років – теперішній час – «модель включення» – включення [2].

Освітній процес при інклюзивну підході дозволяє придбати необхідні компетенції, відповідно до освітніх стандартів. Для людей з особливими потребами повинні враховуватися певні умови:

1) забезпечення прав учнів на здійснення повноцінної освіти;

2) ергономічне доступне середовище (пандуси, ліфти, ЛФК та ін.);

3) організаційно-методична підтримка навчального процесу (індивідуальні навчальні програми; інноваційні інформаційні технології в навчальному процесі);

4) моніторинг інклюзивної освіти.

Процес інклюзивної освіти спрямований на більш повну взаємодію всіх учасників освітнього процесу, їх спільну співпрацю, що створює особливе середовище і культуру.

У вищих навчальних закладах даний процес має певні труднощі, пов’язані, в першу чергу, із підготовкою фахівців (незнання специфічного розвитку дітей як на фізичному, так і на психічному рівні), неготовність самих установ приймати таких учнів.

Специфіка одержуваних спеціальностей строго окреслена медичним діагнозом. Головне завдання полягає в тому, щоб зробити вищу школу більш сприятливою по відношенню до людей з особливими потребами, надавити їм велику свободу вибору, засновану, перш за все, на прагненні студентів отримати цікаву для себе професію.

Перевагою інклюзивної освіти є створення сприятливих умов для

якнайшвидшої соціалізації та індивідуалізації людей з особливими потребами (як прояв індивідуального і творчого потенціалу кожного студента). Основою такої індивідуалізації є можливість супроводу кожної конкретної дитини в напрямку освітнього стандарту окремим шляхом, не знижуючи в цілому рівня освіти.

Для освітніх установ принциповим є взаємодія професіоналів різних рівнів, а основною проблемою – інтеграція професійного знання.

Процес інклюзивної освіти – це процес, в рамках якого дане співтовариство забезпечує гуманні освітні умови для реалізації максимального соціального потенціалу кожного індивіда. Завдання інклюзивної освіти може вирішуватися безпосередньо суспільством. Це такий освітній процес, в ході якого не тільки індивід адаптується до товариства однокласників або однокурсників, але і сама спільнота робить необхідні кроки для того, щоб пристосуватися до цього індивіду.

Отже, інклюзія – це процес розвитку гранично доступної освіти для кожного в доступних школах і освітніх установах, формування процесів навчання з постановкою адекватних цілей всіх учнів, процес ліквідації різних бар'єрів для найбільшої підтримки кожного учня і максимального розкриття його потенціалу [1].

Розвиток інклюзивної освіти слід розглядати як одне з найбільш важливих і перспективних напрямків вдосконалення системи освіти дітей з обмеженими можливостями. Організація навчання таких дітей в освітніх закладах загального типу дозволяє уникнути розміщення дітей на тривалий термін в установи інтернатного типу, створити умови для їх проживання та виховання в сім'ї, забезпечити їх постійне спілкування з нормально розвинутими дітьми і таким чином сприяти ефективному вирішенню проблем їх соціальної адаптації та інтеграції в суспільство.

Сутність інклюзивної освіти полягає в тому, що різноманітності потреб учнів з інвалідністю повинна відповідати сукупність сервісів, в тому числі таке освітнє середовище, що найменш обмежує. Це передбачає створення адаптивного освітнього середовища, що дозволяє забезпечити особистісну самореалізацію і повноцінне соціальне життя таких дітей в освітньому закладі.

Список використаних джерел

1. Індивідуальне оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі: навч. курс та наук.-метод. посіб. / Т.В. Сак. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2011. – 168 с.

2. Колупаєва А.А. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка. Путівник для педагогів: навчально-методичний посібник / А.А. Колупаєва, О.М. Таранченко. – К.: «Атопол», 2010. – 96 с.

3. Колупаєва А.А. Програма курсу «Основи інклюзивної освіти» для вищих навчальних закладів, які здійснюють підготовку фахівців за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавра (спеціаліста, магістра педагогічного спрямування) / А.А. Колупаєва. – К.: «А.С.К.», 2012. – 31 с.

4. Сварник М. Інклюзивна освіта в Україні: попередній аналіз ситуації / М. Сварник // Інклюзивна освіта. Збірник матеріалів проекту. – К., 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http:// ussf.kiev.ua/index.php? go=Content&id=94.

***І.О. КОТИК**, кандидат психологічних наук,*
доцент, доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕЖ І ОСОБИСТІСНОЇ НАДІЙНОСТІ ЛЮДИНИ

Суспільство, що складається з людей, повинно мати чіткі матеріальні межі, у яких існує їх об'єднання. Інакше неможливо відрізняти суспільство від не суспільства, а також одне суспільство від іншого. Намагаючись провести соціальні межі суспільства в його активному втіленні, треба визначити межі спільної діяльності, адже все людство переплетене прямими і опосередкованими взаємодіями. Розумінню сутності цих проблем сприятиме дослідження меж взаємодії надійного індивідуального та групового суб'єктів на нижчезазначеній методологічній основі [1-5].

Рефлексивно-діяльнісний підхід передбачає вивчення феноменів свободи у єдності процесів усвідомлення, переживання та зміни людиною меж своїх віртуальних можливостей у діяльності (В.Я. Дубровський, О.І. Кузьміна, В. Лефевр, С.Л. Рубінштейн, І.М. Семенов, В.І. Слободчиков, С.Ю. Степанов, Г.П. Щедровицький). Проблеми психологічного простору особистості та його меж досліджувалися у роботах Дж. Боулбі, Г. Клауда, К. Левіна, С.К. Нартової-Бочавер, Д.В. Пивоварова, З.І. Рябикіна, В.І. Слободчикова, Д. Таунсенда. Соціальні норми стали предметом дослідження Г.М. Андреєвої, О.І. Донцової, С. Московічі, Б.Д. Паригіна, М.В. Тоби, В.О.

Ядової. Методологічною основою проблеми особистісної та групової надійності слугували роботи Г.О. Балла, М.А. Котика, В.М. Крука, С.В. Саричева, Є.Ю. Стрижова, В.О. Пономаренка, В.Г. Пушкіна.

Особистість є складною системою, що саморозвивається, тобто – сама моделює і реалізує власну ґенезу: «Особистість – це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції, та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ» [4, с. 9].

Г.О. Балл характеризує особистість як таку якість особи, від якої залежать діапазон і зміст взаємодії цієї особи з культурою. Особистість є інтегративною якістю особи, на відміну від її парціальних якостей. До останніх автор відносить такі характеристики, як особистісна свобода і особистісна надійність, адаптаційний потенціал, суб'єктність, психологічна суверенність [4, с. 64].

Особистісна надійність – властивість людини, яка характеризує її здатність до прогнозованого свідомого відповідального вибору, пов'язаного із реалізацією соціальних відношень у відповідності із загальними суспільними нормами та ідеалами. Особистісна надійність формується і виявляється у процесі спільної діяльності, у результаті співвіднесення актуальних та історичних соціально-культурних норм із власним образом зовнішнього та внутрішнього світу. Таке співвіднесення можливе завдяки рефлексії як складовій свідомості, а саме – здатності мислити за іншого, бачити, оцінювати себе та свої дії з позиції інших.

Вважаємо онтогенез розвитку надійності корелює із розвитком суб'єктності як властивості людини бути джерелом власної свідомої активності, творити свій внутрішній та зовнішній світ. Діючи в реаліях суспільства, вимірюючи себе його нормами, індивід здатен спочатку стихійно, а потім все більш усвідомлено визначати і реалізовувати свою роль, позицію в суспільстві та місце останнього в своєму житті. У процесі соціалізації людина набуває переконання, суспільно схвалювані форми поведінки, необхідні їй для нормального життя у суспільстві.

Ініціатива та відповідальність різних типів різною мірою охоплює соціально-психологічний простір індивіда, а розширення їх меж вказує на зростання рівня надійності (табл.1).

В.Г. Пушкін розглядає категорію надійності у діалектичній взаємодії із категорією порушення та вважає, що сягнувши певної межі ці категорії здатні до взаємопереходу, змінюючи тим самим якісний стан тієї чи іншої системи чи процесу. Науковець дає таку філософську

характеристику «надійності»: надійність є сторона предметів, явищ, процесів і систем, яка характеризує ступінь ефективності й стійкості їх становлення і розвитку, яка має кількісне вираження і ту особливість, що, досягнувши певної межі, вона може перейти в протилежність (порушення), змінивши тим самим якісний стан тієї чи іншої системи чи процесу [5, с. 62].

Таблиця 1

Рівні розвитку особистісної надійності

Рівні надійності	Параметри оцінки	
	Ініціатива	Відповідальність
Операційний	У межах певної діяльності.	За виконання системи дій, операцій.
Рольовий	У межах заданої ззовні соціальної ролі.	За виконання соціальної ролі.
Особистісний	У межах створеної собою ролі.	Моральна відповідальність.
Діяльнісний	У межах власного життя.	За створення свого життя.
Рефлексивний	У межах даної історичної культури.	За розвиток власної суб'єктності.
Діалогічний	Вихід у міжкультурний простір.	За розвиток людства.

Таким чином, надійність як сфера допустимого явно корелює із свободою – є її внутрішньою та зовнішньою межею. Тоді свободу, в такому розумінні, можна визначити як надійну діяльність у сфері можливого і балансування на межі неможливого. Показником наближення до межі є міра ризику до порушення. Свобода як ризик ненадійності, порушення, може бути руйнівним фактором, якщо вона не буде пов'язана з іншою особистісною якістю – відповідальністю. Свобода передбачає аксіологічні підстави вибору, а вибір на основі морально-етичних норм актуальної культури вибудовує траєкторію прогнозованої поведінки людини. Усвідомлений вибір, здійснюваний на межі свободи, прийняття відповідальності за нього є гармонійними гранями особистісної надійності людини.

Поняття «межа» первинно виявляє себе у філософії, є «кристалом» діалектики, що розкриває взаємини зовнішнього і внутрішнього, позитивного і негативного, свого та іншого, кінцевого і нескінченного, освоєного і відчуженого. Воно тісно пов'язане з категоріями: «міра», «кордон», «середина», «тепер», «місце», «точка», «лінія», «єдине». Філософи відзначають багатовимірність, опосередкованість, пластичність та трансцендентальність меж. У

філософії поняття «межа» вживається у контексті меж людського буття (А. Камю, Ж.П. Сартр, К. Ясперс), при аналізі міжособистісних взаємин (М. Хайдеггер), через досягнення і результати становлення життєвого процесу (Х. Ортега-і-Гассет), як відображення альтернативності (Л. Шестов, М.С. Гумильов), як границя між індивідом і суспільством (Н. Еліас), у контексті категорій «свобода» і «необхідність» (А. Маслоу, М. Хайдегер, А. Шопенгауер) [1].

Психологічне розуміння межі базується на ставленні суб'єкта до меж своїх можливостей як до перешкод, які слід подолати. Людина у ситуації визначення причини виникнення та смислу межі вирішує рефлексивне завдання про необхідність її дотримання або подоланя: зіставляє бажання та можливості з відповідальністю, аналізує та зважує умови, наслідки зміни межі, розглядає перепони у контексті ситуативних та глибинних цілей, пов'язаних з процесами самоактуалізації.

Цікавим, у контексті нашого дослідження є суб'єктно-середовищний підхід до розуміння буття людини С.К. Нартової-Бочавер, ключевим конструктом якого є «Психологічний простір особистості», під яким авторка розуміє суб'єктивно значимий фрагмент буття, що визначає актуальну діяльність і стратегію життя людини. Він містить комплекс фізичних, соціальних і суто психологічних явищ, з якими людина себе ототожнює. Провідним у феноменології психологічного простору є стан його меж, фізичних і психологічних маркерів, які відокремлюють область особистого контролю і приватності однієї людини від такої області іншої (табл.2). Простір з цілісними межами авторка називає суверенним, тому що володар може підтримувати свою особисту автономію, а простір з порушеними межамим – депривованим, тобто позбавленим можливістю управляти взаємодією зі світом [3, с. 136].

Надійна людина чітко встановлює конвенційні норми та межі взаємодії, тестує реальність у процесі виконання домовленостей, скореговує порушення (нормувальні компенсаторні дії) та, у разі потреби, діалогічно створює нові стандарти, норми, межі. Якщо ж інновації нездатні абсорбуватися та компенсуватися за рахунок зусиль кооперантів, надійна особа покладає на себе обов'язок розробки додаткових засобів та заходів щодо засвоєння цих інновацій іншими людьми та щодо змін норм та меж домовленостей.

Усвідомлення власних меж та співвіднесення їх із соціальними межами дає людині можливість поєднання особистісної надійності та свободи, та як результат особистісного зростання, самодетермінації, самоактуалізації та самостійного вибору й реалізації власного

життєвого шляху.

Таблиця 2

Структура психологічного простору

Назва	Наповнення	Основні функції
Власне тіло	Комфорт, харчова поведінка, секс	Контакт з потребами тіла та з навколишнім середовищем; забезпечення базової довіри світу; становлення суб'єктності, можливість встановлювати надійні зв'язки.
Територія	Житло, кімната, ділянка	Позначує соціальну ідентичність; контроль інтенсивності соціальних контактів та потоку інформації; захист від надмірних втручань середовища; можливість констуктивної діяльності та психологічної реабілітації.
Особисті речі (артефакти)	Одяг, комп'ютер, авто, особисті речі, гроші	Знаряддя діяльності; засоби підтримки особистої та соціальної ідентичності; встановлення контакту з реальністю; засоби заміщення соціальних об'єктів, ресурс стихійної психотерапії; маркери особистої території.
Часовий режим	Звички, планування, жайворонок-сова, першість	Передбачуваність середовища, розмежування сфер територіального впливу та права користуватися речами за часом; захист від фрустрації незавершеності дій, позначення соціального статусу посередництвом першості-підпорядкування.
Соціальні зв'язки	Референтна група, родичі, друзі	Встановлення стосунків психологічної інтимності; вибір референтної групи; розвиток самоусвідомлення, набуття особистісної та соціальної ідентичності; прийняття відповідальності за стосунки з іншими.
Цінності та смаки	Цінності, світогляд, смаки, вподобання	Забезпечення екзистенційної впевненості; життєтворчість; критичність до ідеологічних впливів; особистісна відповідальність.

За умов єдності процесів усвідомленості та діяльності щодо зміни

меж «Я», людина вбачає у межах не бар'єри (обмеження), а можливості взаємодії. Завдяки рефлексії внутрішніх та зовнішніх меж людина отримує низку можливостей: здійснює пошук смислу; підіймається над ситуацією у критичні моменти життя; реалізує загальнолюдські цінності; змінює межі долі та своє ставлення до неї; знаходить нові форми та шляхи, пов'язані з виявленням можливостей, новим стилем життя; стає успішнішою у житті на основі безмежного пізнання; у процесі усвідомлення чинників соціальних норм та стандартів досягає більшого ступеня інтегрованості та душевної гармонії.

Список використаних джерел

1. Колесникова И.В. Проблема границы и пограничные особенности человеческого бытия: автореферат дис. кандидата философских наук: 09.00.01 / И.В.Колесникова. – Магнитогорск: Магнитог. гос. ун-т , 2009. – 19 с.

2. Кузьмина Е.И. Психология свободы: теория и практика / Е.И. Кузьмина. – СПб.: Питер, 2007. – 336 с.

3. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии / С.К. Нартова-Бочавер. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.

4. Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: монографія / С.Д. Максименко, В.Л.Зливкова, С.Б.Кузікова. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. – 430 с.

5. Пушкин В.Г. Проблема надежности. Философский очерк. / В.Г. Пушкин. – М.: «Наука», 1971. – 191 с.

***В.В. НАЙЧУК**, кандидат психологічних наук,*
доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ЕСТЕТИЧНЕ СПРИЙНЯТТЯ В СТРУКТУРІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Детермінантою формування гармонійної особистості, орієнтованої на загальнолюдські цінності є естетичний розвиток. Сучасна традиція дослідження проблеми естетичних здібностей в цілому та окремих його процесів та явищ (в першу чергу, естетичного сприйняття) позиціонується дослідниками як процес, тісно пов'язаний із творчою діяльністю, з процесом сприймання художніх творів, який не має серйозного впливу на інтелектуальну сферу дитини.

Така позиція є помилковою, оскільки в процесі продуктивної естетичної діяльності на початку навчання в школі у школяра з'являються і розвиваються уява, мислення, комунікативні навички, емпатія, здатність приймати позицію іншої людини. У цьому процесі відбувається перетворення історичного досвіду людства в систему відкритих проблем, які підлягають специфічному осмисленню. Залучення дітей до естетичної діяльності розвиває інтелектуальний потенціал дітей [5].

Як зазначалось, здатність особистості до цілісного сприймання навколишнього світу, емоційного співпереживання створює для школярів можливість оперувати арсеналом потенційних можливостей. Поряд з тим, відсутність цілеспрямованого розвитку естетичних здібностей дітей призводить до неповноцінного формування особистості як в духовному, так і в інтелектуальному аспекті.

Сьогодні є достатня кількість досліджень, присвячених вивченню емоційного інтелекту в підлітковому та юнацькому віці, проте недостатню увагу приділяють вивченню даної проблеми в молодшому шкільному віці. Проте саме молодший шкільний вік з його емоційною чуйністю до подій, що відбуваються, чуттєвою забарвленістю сприйняття, уяви, розумової та фізичної діяльності, безпосередністю і відвертістю вираження своїх чуттєвих переживань є сензитивним для впливу на розвиток і формування емоційного інтелекту. Згідно сучасним психологічним дослідженням, на цьому віковому етапі у дітей сформовані здібності диференціювати емоційні переживання і будувати когнітивні схеми розпізнання емоцій, що робить можливим їх ідентифікацію.

Міра наукової розробки проблеми оцінюється роботами науковців, що звертали увагу на проблематику формування естетичного сприйняття, сучасне його становище: Ю.П. Крупник, В.Є. Семенов, М.Е. Марков, О.О. Леонтьєв, М.С. Каган, П.Я. Якобсон, Н.Б. Берхін, Б.П. Юсов, Д. Берлайн та ін. Емоційний інтелект як психологічна проблема привернув увагу зарубіжних дослідників, таких як: Г. Гарднера, Д. Гоулмана, Д. Карузо, Дж. Майєра, П. Саловея та ін.

В дослідженні естетичного сприйняття слід виділити три основних складових, які обумовлюють специфічність даного явища. Цими складовими є: здатність до відчуття форми як особлива форма здібності сприймати, надавати значення формі за допомогою уяви та емпатії; синестезія як явище міжсенсорного сприймання та емоційність естетичного сприйняття, яка є запрограмованою в об'єкті, що сприймається (наприклад, сприймаючи твір мистецтва, суб'єкт

відчуває саме той емоційний стан, який притаманний герою твору, відчуває його почуття та думки).

Саме емоційність естетичного сприйняття, яка є його інтегрованою якістю, що проявляється в здатності розуміти емоційний стан людини, яка створила об'єкт та розуміння власних почуттів, дозволяє говорити про місце естетичного сприйняття в контексті дослідження емоційного інтелекту.

Проблемою дослідження емоційного інтелекту є те, що немає єдиного розуміння даного явища – різні дослідники надають різне значення цьому явищу, пропонують різні концепції та структурні моделі. І.М. Андрєєва, Дж. Майєр, П. Саловей розглядають емоційний інтелект як сукупність ментальних здібностей. Д.В. Люсін запропонував розуміти емоційний інтелект як здібності до розуміння своїх і чужих емоцій та управління ними, як когнітивну здібність [7].

У своїх дослідженнях Г.Г. Гарскова говорить про те, що емоційний інтелект представляє собою здатність розуміти ставлення особистості, репрезентовані в емоціях, та керувати емоційною сферою на основі інтелектуального аналізу і синтезу [4].

Крім того, у психології використовують поняття, безпосередньо пов'язані із емоційним інтелектом: емоційна розумність, емоційне самоусвідомлення, емоційна компетентність, емоційне мислення тощо (Е.Л. Носенко, О.І. Власова, К. Саарні, О.К. Тихомиров).

Проблема розвитку емоційного інтелекту в психологічних концепціях характеризується двома протилежними підходами [1]: так Дж. Мейер емоційний інтелект описує як стійку здатність, що унеможливлює підвищення його рівня (при цьому, можливим є підвищення емоційної компетентності). Друга концепція (Д. Гоулман) говорить про можливість розвитку емоційного інтелекту, а емоційний розвиток проявляється у свідомому регулюванні емоцій.

Так, у дослідженні Т.П. Березовської [3, с. 18] наголошується, що потенційним є розвиток емоційного інтелекту шляхом спеціально організованого навчання і виховання. О.І Власова вважає, що розвивати емоційний інтелект можливо впродовж життя за допомогою тренінгів. У зарубіжній психології другої концепції притримуються більшість сучасних психологічних шкіл [2]. С. Стейн і Г. Бук роблять висновок про те, що можна підвищувати рівень емоційного інтелекту за допомогою.

Згідно з дослідженнями І.М. Андрєєвої, Т.О. Бабаєвої, М.І. Грязнова, Л.М. Новікової для формування емоційного інтелекту сензитивним періодом є молодший шкільний вік, так як природна потреба в емоційному сприйнятті навколишнього світу в цей час

доповнюється у дитини активним інтелектуальним розвитком, акцент на якому відрізняє навчання в початковій школі від дошкільної освіти [6, с. 3].

Список використаних джерел

1. Андреева И.Н. Предпосылки развития эмоционального интеллекта / И.Н. Андреева // Вопросы психологи – 2007. – №5. – С. 57-65.

2. Белкина О.А. Феноменология эмоционального интеллекта / О.А. Белкина // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия Педагогика и психология. – 2009. – №4. – С. 47-62.

3. Березовская Т.П. Психологические особенности эмоционального интеллекта старшеклассников / Т.П. Березовская // Когнитивная психология: сб. статей. – Минск: БГПУ, 2006. – С. 16-20.

4. Гарскова Г.Г. Введение понятия «эмоциональный интеллект» в психологическую теорию / Г.Г. Гарскова // Тезисы науч.-практ. конф. «Ананьевские чтения». – СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1999. – С. 26.

5. Коваленко О. Барви та відтінки / О. Коваленко // Дошкільне виховання. – 2003. – №2. – С. 11-13.

6. Кузнецова К.С. Педагогическое сопровождение младших школьников в процессе формирования эмоционального интеллекта: Авторефер. дис. канд. психол. н: 19.00.01 / К.С. Кузнецова. – Саратов, 2012. – 34 с.

7. Люсин Д.В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн / Д.В. Люсин // Психологическая диагностика. – 2006. – №4. – С. 3-22.

***Н.А. СЄДОВА**, кандидат психологічних наук,*
доцент, начальник наукового відділу
Кіровоградського інституту розвитку
людиниУніверситету «Україна»

СПІЛКУВАННЯ ВИКЛАДАЧА ТА СТУДЕНТА ЯК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Проблема спілкування сьогодні стала вкрай актуальною у теоретичному та практичному співвідношеннях. Осмислення проблеми спілкування, узагальнення практики і проблем міжособистісних стосунків мають особливу значущість для орієнтації педагогічної свідомості майбутнього викладача. Дослідження у галузі

педагогічної психології доводять, що значна частина педагогічних проблем зумовлена не стільки недоліками наукової і методологічної підготовки викладачів, скільки деформацією сфери професійно-педагогічного спілкування.

Мета дослідження – узагальнення результатів досліджень про психолого-педагогічні проблеми спілкування викладача та студента.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні завдання:

- охарактеризувати зміст, структуру та особливості педагогічного спілкування;
- проаналізувати технологію організації продуктивної взаємодії викладача та студента.

Спілкування як взаємодія у сфері вищої професійної освіти – це взаємодія викладачів і студентів, що виникає в ході реалізації їх особистих і суспільних інтересів. У процесі розвитку взаємодії створюється структура відносин викладачів і студентів, яка закріплюється на рівні їх міжособистісних контактів.

Вивчення взаємодії викладачів і студентів у вузі є однією з найактуальніших проблем. Даний феномен являє собою предметну область цілого ряду теорій міжособистісних відносин, розгляд яких виявляє особливості взаємодії, заданих природою освітніх послуг.

Вища освіта створюється процедурами взаємодії учасників освітнього процесу, кожен з яких одночасно виступає і як суб'єкт, який переслідує загальні цілі, і як об'єкт орієнтації для інших індивідів. Взаємодія спільнот студентів і викладачів – результат взаємоузгоджених одиничних дій, що включають індивіда (групу індивідів), цілі діяльності, соціальну ситуацію, представлену засобами навчання і атмосферою вузу, норми і цінності, за допомогою яких визначається якість освіти у вищому навчальному закладі.

При дослідженні взаємодії викладачів і студентів у сфері вищої освіти велике значення набуває об'єктивна обґрунтованість очікувань суб'єктів, що виступають у якості учасників взаємодії. Відмінності у взаємних очікуваннях викладачів і студентів охоплюють широке коло проблем – від ціннісних орієнтацій до якості отримуваних знань та ефективності їх засвоєння. Педагогічне спілкування – специфічна форма спілкування, що має свої особливості та наслідує загальні психологічні закономірності, властиві спілкуванню як формі взаємодії між людьми, що поєднує три компоненти: комунікативний, інтерактивний та перцептивний. Педагогічне спілкування – це сукупність засобів та методів, що забезпечують реалізацію цілей і завдань навчання та виховання і визначають характер взаємодії

педагога та учня [2].

Педагогічне спілкування розглядають у чотирьох аспектах:

- як засіб вирішення навчальних завдань;
- як соціально-психологічне забезпечення виховного процесу;
- як спосіб організації викладачів та студентів;
- як процес виховання творчої індивідуальності.

Викладач навчального закладу є ініціатором процесу спілкування, суттю якого є система, прийоми і навички взаємодії педагога та студента, а змістом є обмін навчально-виховною інформацією.

Дослідження проблеми комунікації у навчальному процесі дає змогу розділити педагогічне спілкування на такі етапи:

1). Прогностичний етап – у процесі моделювання педагогом спілкування здійснюється планування комунікативної структури майбутньої діяльності відповідно до педагогічних цілей та завдань, загальної психолого-педагогічної ситуації в аудиторії, творчої індивідуальності педагога, індивідуальних особливостей студентів, певних методів навчання.

2). Аналіз здійсненої системи спілкування та моделювання спілкування у майбутній діяльності.

Навчання у вищому навчальному закладі відрізняється від навчання у школі за змістом навчання та виховання, зміною їх форм. Основна функція ВНЗ – формування особи фахівця. Основні вимоги до стосунків «викладач-студент», «студент-студент» можна сформулювати таким чином:

- взаємодія чинників співпраці та відомості про організацію виховного процесу;
- формування духу колегіальності, професійної спільності з педагогом;
- використання професійного інтересу студентів як важливого чинника управління навчанням та вихованням.

Такий стиль формується під впливом педагогічного відчуття захопленості наукою та предметом.

Вища школа ставить високі вимоги до психологічного клімату кафедри, факультету, навчального закладу, що реалізовуються у повсякденному педагогічному спілкуванні. Формування індивідуального стилю спілкування із студентами пов’язане з розвитком творчої індивідуальності професорів, доцентів, викладачів. Стиль спілкування втілює соціально-етичні установки суспільства, ВНЗ, відображає особистий і педагогічний рівень педагога, його емоційно-психологічні особливості. Оптимальний стиль спілкування – це спілкування, що ґрунтується на захопленості викладача і студентів

спільною діяльністю, відображає саму специфіку формування особи фахівця у ВНЗ і взаємодію соціально-етичних установок педагога і навиків професійно-педагогічного спілкування, що втілює у собі. Головне завдання викладача ВНЗ – розкриття особи, що вчиться – вирішується у процесі спілкування зі студентом. Саме тому поняття «професійний педагог» поєднує у собі не лише знання конкретного предмету, але і педагогічну майстерність, тобто уміння увійти в контакт зі студентом, зацікавити його, виховати потрібні якості, перетворити студента з об'єкта навчання у суб'єкт. Багато залежить і від особистих здібностей викладача, його педагогічної інтуїції. Але, навіть володіючи викладацьким талантом, необхідно вчитися педагогічному спілкуванню. Відомо, що ставлення до викладача студент переносить на предмет, що вивчається. Тому вкрай важлива для викладача його педагогічна культура, конструктивність, організаторські й комунікативні здібності.

Спілкування – складний соціальний процес, що виконує важливі функції, основна з них – інформативна. Під час спілкування викладача і студентів вирішуються певні проблеми: розвиток у майбутніх фахівців глибокого професійного інтересу, спонукання молодих людей до наукової творчості, формування світогляду та інші. За деякими даними, чотири п'ятих усієї інформації люди отримують через канали міжособистісного спілкування. Для формування особистості фахівця особливе значення має спілкування викладача ВНЗ та студента.

Відомий психолог В.А. Кан-Калик виділяв такі стилі педагогічного спілкування:

1). Спілкування з урахуванням високих професійних установок педагога, його ставлення до педагогічної діяльності в цілому. У вищій школі інтерес в спілкуванні стимулюється ще й спільними професійними інтересами, особливо на профілюючих кафедрах.

2). Спілкування з урахуванням дружнього ставлення. Воно передбачає захопленість спільною справою. Педагог виконує роль наставника, старшого товариша, учасника спільної навчальної діяльності. Однак при цьому слід уникати панібратства. Особливо це стосується молодих педагогів, які не бажають потрапити в конфліктні ситуації.

3). Спілкування-дистанція належить до найбільш поширених типів педагогічного спілкування. У цьому випадку у взаєминах постійно простежується дистанція у всіх сферах, у навчанні, з посиланням на авторитет і професіоналізм, у вихованні з посиланням на життєвий досвід і вік. Такий стиль формує ставлення «вчитель-учні». Але це не означає, що учні повинні сприймати вчителя як

однолітка.

4). Спілкування-залякування – негативна форма спілкування, антигуманна, розкривають педагогічну неспроможність, який вдається до нього викладача.

5). Спілкування-загравання – характерно для молодих викладачів, що прагнуть до популярності. Таке спілкування забезпечує лише помилковий, дешевий авторитет.

Дослідження доводять, що в екстремальних умовах у людини виникає емоційне напруження. Так, в очікуванні іспиту в деяких студентів виникає стан занепокоєння, тривоги, підвищується рівень цукру в крові. Іспит – це важлива форма перевірки успішності студентів, що сприяє регулюванню навчального процесу. На іспиті вирішуються і педагогічні завдання, пов'язані з формуванням у молоді справжньої громадськості. Ось чому важливого значення набуває проблема педагогічного такту на іспиті чи заліку. Викладач повинен бути прикладом доброзичливості, гуманізму, справжньої моральності, високої культури поведінки і, одночасно, вимогливості та принциповості [1].

Серед педагогічних умов, що сприяють успішному вирішенню цих проблем, варто зазначити:

- індивідуальні особливості, види діяльності, до яких студенти схильні;
- чітку організацію спілкування;
- організацію спілкування не лише на інформаційному, але і на дискусійному рівні;
- прояв доброзичливого ставлення до студентів (мова, міміка);
- формування у майбутніх фахівців високої мотивації навчальної діяльності. Усі педагогічні засоби повинні бути спрямовані на формування взаємин між наставниками і студентами, а зрештою – на формування майбутнього фахівця.

На сучасному етапі якість освіти визначається не лише сукупністю знань, засвоєних студентом, а й вихованням майбутніх фахівців таким чином, щоб вони відчували потребу самостійно засвоювати нову інформацію протягом усього життя й ефективно використовувати її на практиці, з легкістю пізнавати світ та опановувати нові норми поведінки та спілкування, відповідаючи вимогам часу. Діалогічний характер процесу навчання змінює схему навчальної взаємодії. У діалог повинна вступати особа, яка володіє діалектикою та мистецтвом суперечки, здатна поповнювати свої знання. Найважливішою умовою становлення такої особи є підготовка майбутніх фахівців із розвиненим творчим потенціалом спілкування,

здатністю до встановлення професійних і особистих контактів.

Особливе значення у цьому контексті набуває організація продуктивної взаємодії викладача і студентів у ВНЗ у процесі навчання на основі діалогу.

Основою навчально-виховного процесу є педагогічна взаємодія, яка передбачає взаєморозвиток викладача та студента на основі рівності у спілкуванні та партнерства у спільній діяльності. Продуктивна взаємодія формується під час спільного обговорення ситуацій. Активність при цьому спрямована на предмет спілкування. У процесі діалогу досягається розуміння на рівні єдиного смислового простору. Діалог – це взаємодія двох суб'єктів, двостороння дія сторін, які беруть участь у спілкуванні.

Для організації продуктивної взаємодії викладача і студентів в умовах діалогу розроблена відповідна технологія, що поєднує методи і засоби навчання, форми й етапи організації педагогічної взаємодії. Викладач ВНЗ повинен уміти застосовувати найбільш продуктивні методи навчання, а саме: активного навчання, комунікативний метод і метод переконання. Методи активного навчання орієнтовані на сучасну побудову процесу навчання, активну взаємодію викладачів і студентів, інтенсифікацію навчально-пізнавальної діяльності. Вони передбачають осмислення і продумування навчальної інформації.

Засобами продуктивної взаємодії викладача і студента у ВНЗ є навчальні програми, навчальна і навчально-методична література, словники, довідники, контрольні завдання, дидактичні матеріали, журнали, газети, мультимедійні програми, аудіовізуальні засоби. Організація продуктивної взаємодії викладача і студента можлива лише за умови знання та умілого використання різних форм організації такої взаємодії, щоб у кожному конкретному випадку викладач зміг обрати найдоцільнішу з них. Розрізняють такі організаційні форми взаємодії: індивідуальна, парна, групова, фронтальна.

Самостійну роботу студентів виділяють як одну з форм організації педагогічної взаємодії у ВНЗ. Її потрібно усвідомити, вибираючи та внутрішньомотивовану діяльність. Продуктивна взаємодія розвивається поетапно. Використовуючи за основу структуру педагогічного спілкування, яку запропонували В.А. Кан-Калик та Н.Д. Нікадиров, можна виділити такі етапи організації продуктивної взаємодії: моделювання майбутнього процесу (підготовчий етап), організація безпосередньої взаємодії (організаційний етап), управління взаємодією у педагогічному процесі (практичний етап), аналіз результатів взаємодії (узагальнювальний етап) [3].

Потреба організації продуктивної педагогічної взаємодії викликана соціальними потребами сучасного суспільства, що динамічно розвивається.

Проблема спілкування – одна з найактуальніших. Ґрунтуючись на філософських ідеях, теорія спілкування істотно збагатилась останніми роками. Осмислення проблеми спілкування у всіх її аспектах, узагальнення практики і проблем міжіндивідуальних стосунків мають особливу значущість для педагогічної майстерності викладача. Людина культурна – це особа не лише вихована, освічена, але і гідна пошани. Саме тому проблема усвідомлення власного зв'язку з іншими, вміння взаємодіяти зі світом, людьми і самим собою – одне з найважливіших завдань сучасності. Змалку дитину потрібно орієнтувати на усвідомлення і встановлення гуманних зв'язків із навколишнім світом. Тому значення інтерактивного навчання важко переоцінити. Викладач постійно перебуває зі студентами у діалозі, що є активною формою спілкування. Отже, організація продуктивної взаємодії викладача і студентів на основі діалогу з використанням наведеної технології сприяє підвищенню ефективності навчального процесу у ВНЗ, створенню умов для самореалізації, самовизначення особи кожного студента, розкриттю творчого потенціалу, формуванню ціннісних орієнтацій і етичних рис із подальшою актуалізацією у професійній діяльності.

Список використаних джерел

1. Комінко С.Б. Кращі методи психодіагностики: навч. посібн. / С.Б. Комінко, Г.В. Кучер. – Тернопіль: Вид-во «Карт-бланш», 2005. – 155 с.

2. Леонтьев А.А. Психология общения: учебн. пособ. / А.А. Леонтьев. – М.: Изд-во «Смысл», 2007. – 224 с.

3. Ложкін Г.В. Психологія конфлікту: теорія і сучасна практика: навч. посібн. / Г.В. Ложкін, Н.І. Пов'якель. – К.: Вид. дім «Професіонал», 2006. – 334 с.

4. Сєдова Н.А. Психологічні умови формування емоційно-ціннісної сфери: збірник наук. праць «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» / Н.А. Сєдова. – К.: Університет «Україна», 2013. – 356 с.

***О.В. ЛЕВЧИШИНА**, старший викладач*
кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ: ПСИХОДИНАМІЧНИЙ ПІДХІД

Успішне подолання кризи ідентичності, яка найяскравіше виявляється в юності, має визначальне значення для набуття особистістю психологічної зрілості, здатності керувати подібними переживаннями упродовж індивідуального розвитку й соціального становлення. В дослідженні особлива увага приділена аналізу глибинних чинників становлення ідентичності, що передбачає врахування протиріч і взаємодії різних інтрапсихічних сил, що в кінцевому результаті і визначають особливості психічного функціонування молодої людини на рівні складних поведінкових проявів та самоусвідомлень, так як складну координацію сукупності цілей, бажань, цінностей і намірів може виконувати лише цілісна і інтегрована структура «Я».

Концептуальний аналіз проблеми кризи ідентичності на прикладі студентської молоді дає можливість інтерпретувати її в руслі фундаментальних теоретико-емпіричних підходів, зокрема психоаналізу (А. Адлер, З. Фрейд, К. Хорні, К. Юнг та ін.), теорії символічного інтеракціонізму (І. Гофман, Ч. Кулі, Дж. Мід, Ю. Хабермас), теорії ідентифікації (С. Арчер, Е. Еріксон, Г. Теджфел, Д. Тернер та ін.). Дослідження кризи ідентичності здійснено у працях вітчизняних учених: А.Г. Амбрумової, Н.А. Антонової, Л.Ф. Бурлачука, Е.А. Донченко, М.В. Заковоротної, Г.С. Костюка, В.І. Павленко, Л.Б. Шнейдер.

Згідно концепції Положого Б.С. виділено чотири варіанти кризи ідентичності: апатичний, диссоціальний, або агресивно-деструктивний, негативістичний, або пасивно-агресивний і магічний варіант [3]. Апатичний варіант – складає близько 40% всіх виявлених випадків кризи ідентичності. Найбільш гостро він проявляється тривожно-депресивними розладами, а також втратою життєвої перспективи, зниженням активності і цілеспрямованості, відходом в світ своїх переживань, зниженням самооцінки, позитивного самоставлення, замкнутістю, пасивним очікуванням вирішення своїх проблем.

Тому в нашому дослідженні, при аналізі особливостей прояву кризи ідентичності, порівнюються результати дослідження

студентської молоді Вінницького інституту та коледжу університету «Україна» (98 досліджуваних юнаків та юнок) з високим та низьким рівнем невротизації, яка визначена за методикою «Діагностика рівня особистісної невротизації» В.В. Бойка.

Причини різного рівня невротизації можуть бути проаналізовані в контексті психодинамічних теорій, де головна увага зосереджується на переживаннях досвіду дитинства, травмуюча функція якого пов'язана з характером (та успішністю) розв'язання проблем психосоціальних стадій розвитку. Зокрема, в нашому дослідженні ми аналізуємо особливості ідентифікації, рівень фрустрованості базових потреб на різних стадіях психосоціального розвитку, особливості ускладнень в контактах з іншими людьми; особливості самоставлення; типологію психологічних захистів.

За показниками опитувальника Дж. Бредшоу ускладнення в сферах «ідентифікації», «базових потреб», «соціальній сфері» свідчать про рівень «травмованості Я». Травмована «внутрішня дитина» «інфікує» доросле життя людини хронічною слабовираженою депресією, котра переживається як пустота. Коли людина втрачає своє справжнє «Я», вона втрачає контакт зі своїми справжніми почуттями, потребами і бажаннями. Натомість вона переживає почуття, котрих вимагає фальшиве «Я». Коли «внутрішня дитина травмована», життя відчувається як нереальне. Наслідком є самотність, тому що молода людина не буває такою, якою є насправді, ніколи не присутня по-справжньому.

За результатами порівняльного аналізу за допомогою χ^2-критерія Пірсона нами виявлені статистично значущі відмінності у рівнях травматизації у сферах ідентифікації, базових потреб і соціальної взаємодії осіб юнацького віку з низькою та високою невротизацією (χ^2=38,3; $p \leq 0,01$). Зокрема, в два рази перевищує травматизація у сфері «ідентифікації» в осіб юнацького віку з високою невротизацією, порівняно з досліджуваними із низькою невротизацією (χ^2=19,95; $p \leq 0,01$). Варто зазначити, що студенти з високим рівнем невротизації почуваються фрустрованими у сфері ідентифікації через високі вимоги до себе, надмірну самокритичність, ригідність та страх у починанні нової справи, у них спостерігається самозвинувачення щодо гріховності, переживання провини через невідповідність сподіванням значущих інших та образу ідеального, залежності та почуття меншовартості. Порівняно з ними, досліджувані студенти з низьким рівнем невротизації переживають неспокій у ситуаціях невизначеності, розгубленість у визначенні власних справжніх бажань, роздратованість щодо своєї неорганізованості у завершенні справ та недосяжності

ідеального.

У сфері «базових потреб» досліджувані з низьким рівнем невротизації наголошують на значущості вітальних потреб у їжі та сексі, водночас вказують на проблеми у диференціюванні власних почуттів та готовності їх контролювати. Досліджувані з високим рівнем невротизації вказують на переживання фрустраційних переживань у ситуаціях конфлікту, сварки. Такі молоді люди тривожні, часто помислові та мають порушений сон.

Студенти з низьким рівнем невротизації вказують на проблеми у сфері «соціальних контактів» пов'язані з хибною перцепцією партнера, низьким рівнем комунікативних навичок ефективної взаємодії у конфлікті, фіксованості на стратегіях конкуренції та уникання у конфліктах, переживанні надмірної відповідальності. Водночас студенти з високим рівнем невротизації більшою мірою турбуються почуттями самотності та покинутості, саме тому конфлікт виступає для них як загроза їхній цілісності. Залежні взаємини з близьким оточенням блокують спонтанність, відкритість та відвертість таких молодих людей. Вони зазначають, що бояться прямих відповідей «так» або «ні», майже завжди уникають конфліктних ситуацій, або ж підкорюються у них, нехтують і знецінюють власні інтереси.

Виконаний вище аналіз дає підстави припускати, що особистість юнацького віку з вираженим рівнем невротизації може характеризуватися проблемним емоційно-ціннісним самоставленням (методика дослідження самоставлення С.Р. Пантилєєва). Особливої уваги заслуговують відмінності розподілу результатів за фактором «внутрішня невлаштованість», який відображає глибоку внутрішню дезадаптацію і кризу, що переживає особистість. Порівняльний аналіз за χ^2-критерієм Пірсона показав значне переважання студентів з високою невротизацією ровесників з низьким рівним невротизації за фактором «внутрішня невлаштованість» (χ^2=16,17; $p\leq0,01$) і шкалами «внутрішня конфліктність» (χ^2=6,85; $p\leq0,01$) і «самозвинувачення» (χ^2=10,67; $p\leq0,01$). У два рази перевищують невротизовані студенти своїх ровесників за шкалою «самозвинувачення», що свідчить про самозвинувачення, готовність поставити собі в провину свої невдачі, власні недоліки. Значення шкали «внутрішня конфліктність» характеризуються конфліктністю, пов'язаною з недостатністю самоповаги (недооцінкою своїх можливостей, компетентності, знань і здібностей), а значення шкали «самозвинувачення» є індикатором відсутності симпатії, що супроводжується негативними емоціями на свою адресу. У студентів з високим рівнем невротизації найбільше страждає почуття самоприхильності. Як компенсаційний механізм, у

таких дівчат та хлопців виникає переконання і сподівання, що інші мають їх прийняти такими як вони є. За фактором «самоповага» також не виявлено статистично значущих відмінностей, проте варто зазначити, що досліджувані з високим рівнем невротизації більшого значення надають «дзеркальному Я», яке вказує на сподівання щодо їх справедливого оцінювання за результатами сумлінної праці, або порядного ставлення до інших.

Проте наведені відмінності, на нашу думку, вказують на складні соціальні взаємини студентів з високим рівнем невротизації, які мають характер латентного соціального конфлікту і вираженого інтрапсихічного конфлікту. Фіксації на ранніх стадіях розвитку дають рецидиви у поведінці шляхом дії захисних механізмів заміщення, компенсації, сублімації впродовж усього життя.

З метою вивчення механізмів психологічного захисту нами використана методика діагностики типологій психологічних захистів (Р. Плутчик в адаптації Л.І. Вассермана, О.Ф. Єришева, О.Б. Клубової і ін.). Порівняльний аналіз психологічних механізмів досліджуваних з різними рівнями невротизації виявив такі статистично значущі відмінності: «регресія» (χ^2=4,02; $p \leq 0,05$) і «проекція» (χ^2=8,675; $p \leq 0,01$). Варто відмітити, що юнаки з високим рівнем невротизації перевищують своїх ровесників і за захисними механізмами «витіснення», «компенсація», «заміщення» і «інтелектуалізація».

В результаті аналізу можна стверджувати, що особистість користується «захистами». Проте, як показала психоаналітична практика, для більш зрілого, гармонійного функціонування важливо користуватися різними «психічними захистами», з переважанням «зрілих», які формують, в тому числі, структуру ідентичності. Неможливість відмовитися від «примітивного психологічного захисту» призводить до послаблення «Я», та, як наслідок, до серйозних психічних і особистісних порушень.

Таким чином, переживання кризи ідентичності посилює почуття власної розгубленості та дезорієнтованості. Можна припустити, що студенти з вираженим рівнем невротизації перебувають у стані мораторію або ж дифузної ідентичності, що у свою чергу дизгармонізує «Я» особистості, спонукає до порівняння себе з іншими, гострого переживання самотності та відкинутості, втрату самоповаги.

У досліджуваних достатньо виражені захисні механізми: регресія, заміщенням, витісненням (інфантильні механізми захисту), що, на нашу думку, вказує на недостатню зрілість реакцій осіб юнацького віку у подоланні життєвих проблем. Проте, також проявляються захисти: компенсація та інтелектуалізація, що свідчить про

використання когнітивних механізмів захисту, пов'язаних із розвитком рефлексії.

Завершення кризи ідентичності характеризується певною визначеністю щодо цілей, бажань та перспектив власного життя, досягненням більш високого рівня психологічної зрілості особистості юнацького віку, подоланням кризи ідентичності.

Список використаних джерел

1. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М.: Прогресс, 1996. – 634 с.

2. Кон И.С. Психология ранней юности: книга для учителя / И.С. Кон. – М.: Просвещение, 1989. – 252 с.

3. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: монография / Л.Н. Юрьева. – Днепропетровск: Арт Прес, 1998. – 164 с.

***В.Ю. САМОЙЛЕНКО**, асистент кафедри психології*
Вінницький інститут Університету «Україна»

ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА ЯК ФЕНОМЕН САМОСТВЕРДЖЕННЯ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Девіантна поведінка як порушення соціальних норм набула в останні роки масового характеру і стала центром уваги соціологів, психологів, медиків, працівників правоохоронних органів та громадськості.

Пояснити причини, умови та фактори девіантної поведінки як соціального явища стало першочерговою задачею. Її розгляд передбачає пошук відповіді на низку фундаментальних задач, серед яких питання про суть «норми» та відхилення від неї. В стабільно функціонуючому та розвиненому суспільстві питання «норми» поведінки дещо відрізняються від «норми» в суспільстві, яке розвивається. В суспільстві, де одні норми розрушені, а інші не створені навіть на рівні теорії, – проблема формування, тлумачення і застосування норми стає надзвичайно важкою справою.

Оцінка будь-якої поведінки завжди передбачає його порівняння з якоюсь нормою, проблемну поведінку часто називають девіантною, відхиляється. Девіантна поведінка – це система вчинків, що відхиляються від загальноприйнятої або непрямої норми (психічне здоров'я, права, культура, мораль). Девіантна поведінка підрозділяється на дві великі категорії. По-перше, це поведінка, що відхиляється від норм психічного здоров'я, що припускає наявність

явної чи прихованої психопатології. По-друге, це поведінка антисоціальна, що порушує якісь соціальні та культурні норми, особливо правові. Коли такі вчинки порівняно незначні їх називають правопорушеннями. Відповідно говорять про делінквентну (протиправну) і кримінальну (злочинну) поведінку.

Феномен самоствердження практично перейшов з області філософії в область, перш за все психології. І, перш за все, цей процес найбільш широко представлений в теорії А. Адлера. Одним з центральних положень у ній було те, що фізично не здорова людина формує комплекс неповноцінності і він намагається подолати його шляхом піднесення особистісного почуття, прагненням до переваги.

Дане прагнення є вродженим, але його потрібно виховувати, розвивати, щоб реалізувати свій людський потенціал. Будучи неясною і, в основному, неусвідомленої на початку свого формування, в дитячі роки, ця життєва мета з часом стає джерелом мотивації, силою, що організує наше життя і додає їй сенс. Це фундаментальний мотив, який властивий для всіх. Саме перевага, як мета, може приймати позитивний, конструктивний, так і негативний, деконструктивний напрямок. Негативний напрямок існує у людей зі слабкою здатністю до адаптації в тих, які борються за свою перевагу за рахунок інших. Добре пристосовуються навпаки, проявляють своє прагнення до переваги в позитиві так, що воно співвідноситься з благополуччям інших. Прагнення до переваги також пов’язане з великими енергетичними витратами, але в результаті реалізації цього прагнення рівень напруги у людини швидше росте, чим знижується. Прагнення до переваги стосується не тільки людини як окремого індивіда, а й людину як члена суспільства. У ході подальшого розвитку психології аналіз самоствердження стає все більш науковим. Саме сюди можна віднести Курта Левіна. Новизна полягала в тому, що складові феномену самоствердження були піддані виміру. «Польова ідея» Левіна істотна для розуміння теорії самоствердження.

За результатами дослідження прояву девіантної поведінки у підлітковому віці за допомогою «Методики діагностики схильності до девіантної поведінки» помітно, що у більшості підлітків є схильність до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки, а також схильність до агресії і насильства.

Аналізуючи результати дослідження ми бачимо, що 33% підлітків уникають проявляти фізичну агресію; 56,7% досліджуваних проявляють фізичну агресію ситуативно, коли оточуючі люди провокують відповідну поведінку, найчастіше використовується як оборона. У 40% підлітків фізична агресія проявляється як наступальна,

тобто схильна провокувати конфліктну ситуацію.

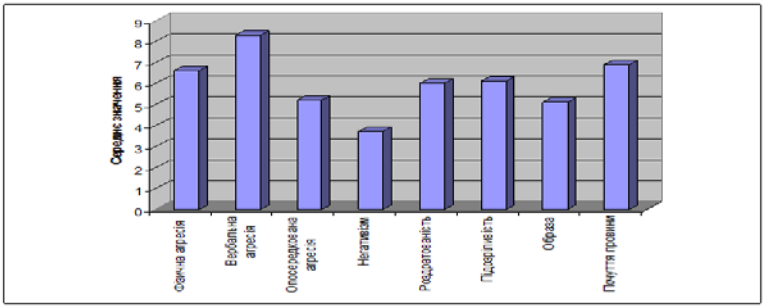


Рис. 1. Результати дослідження показників і форм агресії у підлітковому віці

В даному дослідженні 13,3% досліджуваних уникають такої форми агресії як вербальна; 66,7% підлітків виявляють вербальну агресію ситуативно, тобто виражають свої негативні почуття через форму словесних звернень (сварки, крик, та ін.); 23,3% виражають свої негативні почуття не тільки через форму, а й через зміст словесних звернень до інших людей, тобто тільки шукають приводу, щоб виразити вербальну агресію.

Уникають проявляти опосередковану агресію, тобто уникають пліток, насмішок проти інших 13,3% підлітків; 56,7% досліджуваних використовують спрямовані проти інших людей плітки, насмішки, але тільки тоді, коли оточуючі провокують відповідну поведінку; 30% – схильні провокувати конфліктну ситуацію, щоб виразити накопичувані негативні емоції. Для 56,7% характерний негативізм, як опозиційна форма поведінки, яка виражається в посиленій обороні. У 43,3% негативізм спрямований проти авторитету чи керівництва школи, який може зростати від пасивної оборони до активних дій проти правил та вимог; 6,7% досліджуваних уникають проявляти таку форму агресії, як роздратованість; 90% схильні до роздратованості, але у випадку, коли оточуючі люди провокують негативні почуття; 33% готові при найменшому збудженні вилитись у різкості, грубості. У 26,7% досліджуваних проявляється не високий відсоток підозріливості по відношенню до інших людей; 63,9% – схильні до недовіри і обережного відношення до інших; 10% підлітків також схильні до недовіри, але вона обумовлюється впевненістю у тому, що оточуючі бажають причинити шкоду; 3,3% підлітків уникають проявляти образу, тобто не схильні до заздрощів і ненависті; 56,7% досліджуваних ситуативно проявляють заздрощі і ненависть до

оточуючих, обумовленні почуттям незадоволення кимось за здійснені страждання.

Наступним показником є показник почуття провини. У 46,7% підлітків наявний показник почуття провини і це вказує на те, що у своєму оточенні вони відчувають власну неправоту в агресивній поведінці. З цього приводу часто переживають, готові до розкаяння, але в середовищі своїх ровесників не можуть позбутися підвищеної агресивності.

Для дослідження стратегій самоствердження була використана методика Е.П. Нікітіна, Н.Е. Харламенкова.

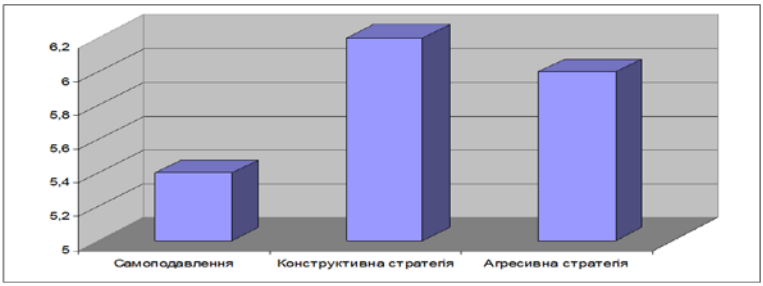


Рис. 2. Результати дослідження самоствердження

Аналізуючи результати дослідження помітно, що у більшості підлітків домінує конструктивна стратегія, тобто для людей, яким притаманна ця стратегія, характерно відповідати без запинки, говорити досить голосно і природним для себе тоном, охоче обговорювати запропоновану тему, відкрито висловлювати свою думку і вислуховувати інше, не обов'язково критикуючи останнє. На другому місці виступає агресивна стратегія, тобто для таких підлітків характерно відповідати, перш ніж співрозмовник встиг закінчити свою думку, говорити підвищеним тоном, дивитися на інших зверхньо, нав'язувати свою думку. На третьому місці виступає самоподавлення. Для цього типу особистості характерно говорити «так» у тих випадках, коли слід сказати «ні», уникати ситуацій, де необхідно брати ініціативу на себе. Є тенденція приховувати власну думку і адекватні емоційні реакції по перевазі невизначених і маловиразних форм мовного спілкування. Дану стратегію використовує невпевнена в собі особистість. Таким чином, видно, що більшість підлітків використовують конструктивну стратегію.

Список використаних джерел

1. Галагузова М.А. Социальная педагогика: курс лекций / М.А. Галагузова. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 416 с.

2. Воднева А.К. Неполная семья и отклоняющееся поведение школьников / А.К. Воднева // Психолого-педагогические проблемы семейного воспитания. – Могилев, 1985. – С. 336-339.

3. Зайцева З.Г. Школа та важковиховуванні підлітки: книга для вчителя / З.Г. Зайцева. – К.: Радянська школа, 1991. – 77 с.

4. Захаров Ю.А. Подростки «группы риска» / Ю.А. Захаров // Воспитание школьников. – 2000. – №4. – С. 29-36.

5. Рудакова И.А. Девиантное поведение / И.А. Рудакова, О.С. Митникова, Н.Ю. Фальчевская. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005. – 156 с.

***В.М. АЗЕНКО**, студентка групи ПС-51-с(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: І.О. Котик, кандидат
психологічних наук, доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ГРОМАДЯНСЬКОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Найбільш активним прошарком суспільства є молодь, тому розуміння особливостей її громадянської активності важливе для розвитку суспільства та демократії в Україні. Через прояв активності молода генерація отримує можливість самоствердження та самовдосконалення у соціальній та професійній сферах, адже громадянська активність студентів сприяє вияву їхніх здібностей, вмінь та навичок, усвідомленню власних цінностей та інтересів. Проте розвиток громадянської активності молоді потребує розуміння сутності її ресурсів та чинників, на що й спрямоване наше дослідження.

Громадянська активність у поєднанні з громадянською спрямованістю, громадянськими цінностями, громадянською участю є виявом громадянськості особистості, вивченню якої присвячено дослідження науковців у сфері психології, політології, соціології (Г.О. Балл, М.Й. Боришевський, В.О. Васютинський, А.Ф. Карась, А.Ф. Колодій, Л.А. Найдьонова, Л.Е. Орбан-Лембрик, Р. Патнам, Л.І. Пилипенко, В.О. Татенко, Я. Хербст, Ф. Фукуяма, Т.М. Яблонська) [1-8].

Громадянське суспільство визначається авторами як певна система суспільних інститутів та відносин, які не залежать від

держави, сприяють задоволенню потреб та інтересів людини чи групи людей, підтримують життєдіяльність духовної, культурної та соціальної сфер. До інститутів громадянського суспільства належать: сім'я, вільні об'єднання громадян, громадські організації, професійні спілки, партії, незалежні від держави засоби масової інформації та ін. Отож, громадянська активність – це така форма активності, яка реалізується на рівні інститутів громадянського суспільства та сприяє розвитку цього суспільства, реалізації приватних потреб та інтересів індивідів, груп та колективів.

Проаналізовано психологічну природу громадянської активності студентської молоді, яка виявляється разом із просоціальними прагненнями у прагненні самоствердження, самовдосконалення, новизни, змін та пошуку ідентичності. Важелем громадянської активності студентської молоді є потреби соціальної приналежності, соціального визнання, соціального схвалення та конформізму.

Спираючись на дослідження Х. Анхаіра, А. Арато, Х. Волхерта, Р. Гілмана, Я. Когена, П. Радкевіча, К. Скаржинської, С. Томкінса, Я. Хербста класифікуємо громадянську активність на основі двох критеріїв: 1) соціальна спрямованість результату; 2) нормативність чи внутрішня зумовленість соціального мотиву. Відтак виділено шість форм активності: суспільно-громадянська, суспільно-нормативна, індивідуально-групова, нормативно-групова, індивідуальна та індивідуально-нормативна.

Важливим чинником громадянської активності студентської молоді є соціальний капітал, який є соціально-психологічним ресурсом особистості, що характеризується залученістю до соціальної мережі знайомств. Соціальний капітал виявляється у якості соціальних зв'язків особи, рівні довіри та індивідуальних цінностях. Виникненням концепту соціального капіталу та його ролі у розвитку громадянського суспільства завдячуємо П. Бурдьє, Дж. Коулману, Г. Лоурі, Р. Патнаму [8]. Проблемою соціального капіталу займаються сучасні українські та закордонні науковці, зокрема Р.С. Барт, А. Бова, О.Б. Демків, І. Кавачі, К. Кук, М. Левіцка, Н. Лін, І. Мейжис, Л.А. Найдьонова, І.І. Семків, Ф. Фукуяма [3-5; 8]. Соціальний капітал є психологічним ресурсом окремої особи, основою якого є індивідуальні цінності [1-3; 7].

Сучасні дослідження свідчать, що громадянська активність сприяє відчуттю щастя та задоволеності життям. Суб'єктивне благополуччя (відчуття щастя та задоволеність життям) розглядається як психологічна винагорода за громадянську активність особистості (Д. Ватсон, Р. Гілман, Е. Дьєнер, М. Ерджіл, Р. Інглехарт, Л.А. Кларк, Х. Коопер, Л. Лу, П. Хілс). Виявляється, що найбільш щасливі та

задоволені життям ті, хто проявляє активність у громадських об'єднаннях, групах за інтересами, спортивних організаціях.

Опираючись на низку досліджень до структурних компонентів соціального капіталу відносимо доступність до ресурсів соціальної мережі (Р. Барт, П. Бурдьє, А.Ч. Браген, К. Кук, Н. Ліна, Т. Снійдерса, Р. Стила), індивідуальні цінності (Р. Інглехарт, Р. Патнам, М. Хербст, Ф. Фукуяма) та довіру (О. Демків, Дж. Колман, Р. Патнам, Ф. Фукуяма). Відтак, соціальний капітал – це міра доступності до ресурсів соціальної мережі, яка формується на основі індивідуальних цінностей та підтримується завдяки довірі, оскільки людина ділиться власними ресурсами лише з тими кому довіряє. Доступність до ресурсів соціальної мережі, на думку сучасних науковців, збільшує ймовірність активності, спільної діяльності та співпраці. Проте в основі підвищення доступності до ресурсів соціальної мережі лежать індивідуальні цінності, які, будучи мотиваційними цілями особистості, сприяють налагодженню контактів та соціальній взаємодії. Таким чином соціальний капітал виступає важливою детермінантою громадянської активності.

Громадянська активність включає трудову, політичну, побутову, регіональну, культурну, інформаційну активність, активність за місцем навчання, інтернет-активність, волонтерство, членство у громадських організаціях.

До компонентів соціального капіталу відносимо: індивідуальні цінності (доброзичливість, універсалізм, традиція, конформізм, безпека, влада, досягнення, стимуляція, гедонізм, самостійність), довіра (міжособова довіра, довіра до урядових інституцій, міжнаціональна довіра, загальний показник довіри) та доступність до ресурсів соціальної мережі, суб'єктивне благополуччя, оптимізм.

З огляду на психологічний зміст досліджуваного конструкту надійним та валідним емпіричним інструментарієм буде такий: методика Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» та методика Р. Стили «KPIKS» (обидві в адаптації І.І. Семків); методики дослідження активності та довіри «SVI» Ш. Шварца; «Шкала довіри» М. Розенберга; тест «LOT» К.С. Карвера та М.Ф. Шеєра; «Шкала задоволеності життям – SWLS» Е. Дьєнера; «Шкала афективного балансу (ABS)» Н.М. Братбарна.

У вищезгаданій адаптації методики «KPIKS» польського психолога Р. Стили виділено три фактори: фактор 1. Доступність до ресурсу приватної сфери, до якої належать шкали: продуктивні вміння у приватній сфері, емоційний ресурс, ресурс дозвілля; фактор 2. Доступність до ресурсу публічної сфери: соціально-професійний

ресурс; ресурс соціальних інститутів; фактор 3. Міжнародний ресурс, до якого належить одна шкала – міжнародний ресурс [4].

У адаптації методики Ш. Шварца PVQ «Портрет цінностей» до української вибірки виділено три фактори: фактор 1. Збереження (консерватизм) та вихід за межі «я»: конформізм, традиція, універсалізм, безпека та доброзичливість; фактор 2. Відкритість до змін: самостійність, гедонізм та стимуляція; фактор 3. Самозвеличення: влада та досягнення [4].

Отже, соціальний капітал – це міра доступних особистості ресурсів соціальної мережі, які формуються на основі просоціальних цінностей та цінностей відкритості до змін і підтримуються завдяки міжособовій довірі.

Встановлено такі основні форми громадянської активності студентської молоді: а) громадська активність; б) культурно-політична активність; в) нормативно-локальна активність; г) дозвіллєво-розважальна активність.

Індивідуальні цінності, як мотиваційні цілі, впливають на прийняття рішення щодо спрямованості вияву активності; доступність до ресурсів соціальної мережі, визначає ймовірність, частоту та орієнтацію активності на приватну чи публічну соціальну сферу; міжособова довіра виконує підтримуючу та узгоджуючу функцію, забезпечуючи ініціювання активності.

Соціальний капітал, як міра доступних особистості ресурсів соціальної мережі, що формуються на основі просоціальних цінностей та цінностей відкритості до змін і підтримуються завдяки міжособовій довірі, є провідним чинником громадянської активності студентської молоді.

Соціальний капітал як соціально-психологічний ресурс особистості сприяє інформаційному обміну між людьми, спрямовує активність особистості, створює умови формування «соціальної репутації», виступає інструментом впливу на людей та є механізмом формування позитивної ідентичності та соціального визнання. Основним мірилом соціального капіталу, як індивідуального ресурсу, є висока доступність до ресурсів членів соціальної мережі.

Творення громадянського суспільства передбачає розвиток громадянської активності молоді, умовою якого є формування політичної культури студентства. Отримані результати слугують базою для оновлення навчальних дисциплін студентів та сприяють формуванню громадянської освіти в Україні. Виявлені чинники громадянської активності молоді можуть бути основою програм, спрямованих на підвищення активності у громадській сфері.

Список використаних джерел

1. Балл Г.А. Психология в рациогуманистической перспективе: Избранные работы / Г.А. Балл. – К.: Основа, 2006. – 408 с.
2. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2007. – 511 с.
3. Семків І.І. Адаптація методики Ш. Шварца «Портрет цінностей» українською мовою / І.І. Семків // Практична психологія та соціальна робота: щоміс. наук.-практ. освітньо-метод. журн. / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К.: Социс-прес, 2013. – №1. – С. 12-28.
4. Семків І.І. Соціальний капітал як чинник громадянської активності студентської молоді: психологічна модель: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.11 / І.І. Семків; Ін-т соц. та політ. психології АПН України. – К., 2009. – 21 с.
5. Фукуяма Ф. Соціальний капітал / Ф.Фукуяма // Незалежний культурологічний часопис «Ї». – 2008. – №53 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.ji.lviv.ua/n53texts/fukuyama.htm
6. Шусть В.В. Ціннісно-історичні концепти як чинники традиційної системи виховання / В.В. Шусть // Актуальні проблеми психології. Етнічна психологія. Історична психологія. Психолінгвістика. – 2010. – Т. IX, частина 5. – С. 70-75.
7. Ядов В.А. Соотношение ценностных ориентаций и реального (явного) поведения личности в сферах труда и досуга. Личность и ее ценностные ориентации / В.А. Ядов. // Информационный бюллетень ИКСИ. – 1969. – №19. – С. 49-66.
8. Coleman J. Social Capital in the Creation of Human Capital // Social Capital: A Multifaceted Perspective / Ed. by P. Dasgupta, I. Serageldin. Washington: The World Bank, 2000.

***Т.О. ГОНЧАРУК**, студентка групи ПС-51-15(м)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: Н.С. Чорноусенко, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ВОЛОНТЕРСТВО ЯК ПРОЯВ СОЦІАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ

Особливу увагу сьогодні приділяють феномену добровольчої діяльності (волонтерству) в різних наукових сферах: добровольча

діяльність, прояв альтруїзму, структурні характеристики волонтерства, психологічні якості добровольців і їх вплив на особистість вивчають представники психології, соціології, педагогіки тощо.

Достатня кількість досліджень волонтерської діяльності розглядає як прояв поведінки, в основі якої лежить мотив альтруїзму, який проявляється в співчутті, в прагненні втішати, захищати, заспокоювати тих, хто цього потребує.

Добровольча діяльність носить соціально-масовий, добровільний, інструментальний характер, виконується безоплатно, є одним з головних умов формування особистості. Б.П. Ільїн відзначає, що добровольчу поведінку необхідно пов'язувати з мотивами морального обов'язку та морального співчуття [5, с. 388]. Людина з мотивом морального обов'язку здійснює альтруїстичні вчинки заради морального задоволення, підвищення моральної самооцінки, при цьому відношення до того, кому допомагають, не обов'язково є позитивним. Людина з мотивом морального співчуття проявляє альтруїзм в зв'язку з почуттями ототожнення, співпереживання, але часто її прояви нестійкі [5, с. 398].

О.С. Азарова і М.С. Яницький виділяють три типи детермінант волонтерської діяльності:

- особистісні (мотиви, потреби, спрямованість тощо);
- комунікативно-діяльнісні (успішність діяльності, стиль спілкування тощо);
- соціально-психологічні (система заохочення, зміст діяльності тощо) [1].

Ці дослідники стверджують, що найбільш поширеним є мотив самореалізації. Крім того, характерними є: мотив особистісного зростання, розширення соціальних контактів, вигоди, компенсаторні (поліпшення самооцінки, подолання почуття самотності), а також ідеалістичні мотиви (користь для громадського благополуччя).

Слід зазначити, що мотивація до волонтерської діяльності не завжди пов'язана з проявами альтруїзму. Достатньо часто егоїстичні мотиви також сприяють волонтерській діяльності: винагорода, кар'єрні успіхи, поліпшення власної самооцінки та ін. [2].

Альтруїстичні мотиви пов'язані з поліпшенням морального або матеріального благополуччя іншої людини, іноді навіть на шкоду власному благополуччю. В літературі використовується також поділ типів мотивації на внутрішню і зовнішню, що відображає прагнення особистості до задоволення якихось душевних потреб та інтересів з одного боку і протистояння зовнішньому прояву соціальних проблем або зовнішню винагороду – з іншого.

М. Монга виділяє три типи мотивації:

- альтруїзм;
- матеріальну мотивацію (не тільки матеріальні, але й нематеріальні особисті вигоди для особи, яка надає допомогу);
- соціальну (мотивація до спілкування з іншими і соціальної взаємодії) [3].

Одним з найбільш поширених теоретичних підходів до вивчення мотивації волонтерів, є функціональний підхід, який передбачає, що беручи участь в ньому люди задовольняють одну або кілька потреб чи мотивів. При цьому одна і та ж діяльність може використовуватися декількома психологічними функціями, і мотивації волонтера можуть змінюватися з часом. Також, згідно з цією теорією, одна і та ж діяльність для різних людей може виконувати різні функції.

Особливістю волонтерської діяльності є її висока соціальна значущість і добровільність участі. Отже, її учасники мають практично повну свободу вибору виду і форм діяльності. Крім того волонтерська діяльність не пред'являє жорстких вимог до досвіду і кваліфікації працівника.

Волонтерська діяльність надає учасникам максимум свободи і творчої самореалізації, накладаючи при цьому мінімум обмежень, не допускає примусу, але також забезпечує мінімум соціальних гарантій, безпеки і комфорту.

У зв'язку з цим актуальними для вивчення є не тільки мотиви волонтерів, але також і психологічні бар'єри, що перешкоджають участі людини в цій діяльності. Слід зазначити, що одні й ті ж фактори можуть виступати як стимулами, так і бар'єрами волонтерства. Наприклад, вплив соціального оточення може як стимулювати, так і стримувати волонтерську активність.

Список використаних джерел

1. Азарова Е.С. Психологические детерминанты и эффекты добровольческой деятельности / Е.С. Азарова – Хабаровск, 2008. – 287 с

2. Бобнева М.И. Социальные нормы и регуляция поведения / М.И. Бобнева. – М.: Наука, 1978. – 312 с.

3. Вайнола Р.Х. Волонтерський рух в Україні: тенденції розвитку / Р.Х. Вайнола, А.Й. Капська, Н.М. Комарова. – К.: Академпрес, 1999. – 285 с.

4. Василенко К.А. Волонтер – це стан душі / К.А. Василенко // Волонтер. – 2001. – №10. – С. 24-32.

5. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.

***С.Г. ЖЕМБРОВСЬКА**, студентка групи ПС-51-15(с)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: В.В. Найчук, кандидат
психологічних наук, доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБРАЗНОЇ ПАМ'ЯТІ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Запам'ятовування образів, уявлень конкретних предметів, явищ, їх властивостей і наочно даних зв'язків, відношень між ними пов'язані з образною пам'яттю. Образ виникає в умовах практики й пізнання, на основі й у формі знаків, це результат й ідеальна форма відбиття матеріального або ідеального об'єкту або явища у свідомості людини [1].

Пам'ять дитини молодшого шкільного віку особливо багата образами окремих конкретних предметів. На дослідження образної пам'яті в молодшому шкільному віці звернули увагу ряд авторів (О.Ю. Артем'єва, О.О. Гостєв, О.М. Леонтьєв, К.П. Мальцева, О.О. Невська, О.С. Новомейський, Б.М. Пєтухов, Е.О. Фарапонова), результати цих робіт мають потенціал для вирішення проблеми дослідження.

Дослідженням образної пам'яті займалися Б.Ф. Ломов, Б.Г. Ананьєв, О.О. Гостєв, П.П. Блонський та інші. Б.Ф. Ломов у своїх дослідженнях поділяє уявлення на образи пам'яті та образи уяви [2]. У залежності від того, які аналізатори сприймають об'єкти під час їх запам'ятовування, образну пам'ять поділяють на зорову, слухову, дотикову, нюхову, смакову [1].

Асоціюючись зі словами, образи, уявлення запам'ятовуваних предметів, явищ, закріплюються в них і завдяки цьому набувають відносно стійкого характеру. Мова виступає засобом усвідомлення людиною її чуттєвого досвіду і довільного використання нею змісту образної пам'яті. Чуттєве пізнання, зафіксоване в образах пам'яті, і є джерелом знань про зовнішній світ. Образна пам'ять має велике значення у житті людини [3].

Характеризуючи образну пам'ять, необхідно наголошувати на наступних її специфічних особливостях: фрагментарність, блідість, нестійкість. Ці характеристики притаманні і для цього виду пам'яті, тому відтворення сприйнятого раніше нерідко розходиться зі своїм оригіналом. З часом відмінності між оригіналом і образом можуть суттєво поглиблюватися.

Відхилення від первинного образу сприйняття може йти двома

шляхами: відокремлення образів або змішання образів. У другому випадку образ сприйняття втрачає свої специфічні риси, і на перший план виступає те спільне, що є у об'єкта з іншими схожими предметами або явищами. У першому випадку риси, які характерні для конкретного образу, під час спогаду посилюються, підкреслюючи особливість предмета або явища [3].

Легкість відтворення образу залежить від двох факторів:

- на характер відтворення впливають змістовні особливості образу, емоційна окраска образу та загальний стан людини у момент сприйняття;
- легкість відтворення часто залежить від стану людини в момент відтворення. Під час спокійного відпочинку після сильного стомлення, також у дрімотному стані, який передує сну спостерігається згадування побаченого в яркій образній формі [4].

П.П. Блонський один із перших науковців у вітчизняній психології, хто проводив систематичні вивчення пам'яті. У дослідженні він спирався на те, що різні види пам'яті є одночасно і онтогенетичними щаблями її розвитку. На думку П.П. Блонського, найбільш ранній вид пам'яті, що проявляється у дитини, – це моторна пам'ять, потім з'являється емоційна пам'ять, трохи пізніше – образна, і набагато пізніше – логічна пам'ять. Згадані види пам'яті істотно відрізняються одна від одної за своїми якісними характеристиками. Експериментальні дослідження П.П. Блонського були присвячені вивченню наступних специфічних особливостей кожного виду пам'яті [4].

П.П. Блонський вважає, що рання поява образної пам'яті не означає її наступного зникнення й заміни словесною пам'яттю. Але образна пам'ять продовжує залишатися більш низьким рівнем пам'яті в порівнянні із вербальною. Це можна віднести до найбільш розвинених – зорових образів пам'яті, які виникають найчастіше тоді, коли свідомість людини перебуває на більш низькому рівні, ніж при повному, досконалому пильнуванні. На думку автора, зорова пам'ять розглядається як низький вид пам'яті, бо вона досить бідна. Тому, він вважає кориснішим інший, вищий вид пам'яті – пам'ять-оповідання [4].

Значні якісні зміни відбуваються в розвитку пам'яті молодшого школяра. С.Л. Рубінштейн вважає, що до початку шкільного віку свідомо направленого вольового характеру набуває процес запам'ятовування, тобто з мимовільного запам'ятовування формується свідоме завчання [5].

Перетворення запам'ятовування у свідомо направлений процес

заучування – це основне перетворення у функціональному розвитку пам'яті молодшого школяра. У молодшому шкільному віці заучування переходить на новий етап – етап навчання.

За результатами досліджень П.І. Зінченка, А.О. Смирнова, Г.А. Орпстейп у молодших школярів поступово змінюються способи запам'ятовування (за умови цілеспрямованої роботи).

У дітей 6-7 років відбувається інтенсивний розвиток довільної пам'яті, довільного запам'ятовування й відтворення. Молодші школярі звичайно використовують тільки найпростіші способи довільного запам'ятовування – відтворення (переказ), але без спеціального керівництва розвитком пам'яті. Використання продуктивних способів (переказування з використанням готового плану, смислове групування матеріалу тощо) ускладнює роботу учнів [5].

Е.О. Фарапонова вивчала вікові відмінності в запам'ятовуванні наочного (зображення предметів) і словесного матеріалу. О.М. Леонтьєв провів експериментальне дослідження розвитку пам'яті, яке стосувалося питання про співвідношення наочно-образного та словесно-логічного запам'ятовування. О.С. Новомейський вивчав особливості оперування образами при запам'ятовуванні словесного матеріалу і зробив висновок, що наочно-образне запам'ятовування у молодших школярів одноманітніше й менш гнучке, ніж у старших школярів.

Підсумовуючи вищезазначене, можемо говорити про те, що пам'ять у молодшому шкільному віці характеризується тим, що:

- переважає мимовільна образна пам'ять;
- пам'ять все більше об'єднується з мовою та мисленням і набуває інтелектуального характеру;
- словесно-смислова пам'ять забезпечує опосередковане пізнання, розширює пізнавальну діяльність дитини;
- складаються елементи довільної пам'яті як здатності до регуляції процесу запам'ятовування спочатку з боку дорослого, а потім і самої дитини;
- формуються здатність для оволодіння логічними прийомами запам'ятовування;
- розвиток пам'яті включається у розвиток особистості.

Список використаних джерел

1. Бочарова С.П. Психология и память. Теория и практика для обучения и работы / С.П. Бочарова. – Х.: Гуманитарный центр, 2007. – 384 с.

2. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук. – К.: Каравела, 2007.

– 400 с.

3. Когнитивная психология: учебник для вузов / В.Н Дружинина, Д.В. Ушакова. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 480 с.

4. Когнитивная психология памяти / У. Найсера, А. Хаймен. – СПб.: Прайм – ЕВРО-ЗНАК, 2005. – 640 с.

5. Психология памяти / Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – М.: ЧеРу, 2002. – 816 с.

***М.В. КОЛЕСНИК**, студентка групи ПС-61-15м(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: І.О. Котик, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ПРОБЛЕМА ЩАСТЯ У ФІЛОСОФСЬКИХ І ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

В умовах нестабільного соціально-економічного та культурного середовища актуалізується потреба досліджень внутрішніх детермінант рівноваги особистості, компонентів та чинників якості життя і ефективного функціонування особистості у суспільстві.

Суб'єктивне переживання щастя є індикатором психологічного стану як окремої особистості, так соціуму загалом. Переважаюча частина досліджень проблеми щастя належить зарубіжним науковцям (США, РФ). Для нашої країни важливо враховувати попередній світовий досвід, поглиблювати дослідження проблеми щастя, роблячи акцент на національному характері даного феномену [2; 5; 6].

Проблема щастя є міждисциплінарною: філософія щастя розкрита у працях Н. Бобровської, Т. Добко, В. Татаркевича; психологія щастя – М. Аргайла, П. Вацславика, Е. Дайнера, К. Ізарда, Л.З. Левіта, Д.О. Леонтьєва, Х. Леппера, С. Любомирської, К. Ріфф, Н.І. Сарджвеладзе, М. Селігмана, В. Франкла, М. Чиксентмихаї, Р. Шпемана; щорічно Київський міжнародний інститут соціології відслідковує динаміку відчуття щастя в Україні [1-11].

З розвитком психології здоров'я, у щасті, як у позитивному емоційному стані, почали вбачати ресурс для протистояння хворобам, підтримування імунної системи, підвищення якості та тривалості життя (Дж. Вейллант, М. Селігман).

Низка дослідників стверджує, що одним з чинників щастя є благополуччя особистості. Психологічне благополуччя досліджували

Н.К. Бахарева, Н. Бредбурн, М.В. Бучацька, Ю.Б. Дубовик, В.М. Духневич, Л.В. Жуковська, Р. Еммонс, О.Г. Калина, Л.В. Куликов, З.Х. Лепшокова, В.Р. Лисіна, Г.Л. Пучкова, В.О. Хащенко, О.С. Ширяєва, В.М. Феофанов, П.П. Фесенко. Р.М. Шаміонов.

Встановлені взаємозв'язки щастя зі станом фізичного та психосоматичного здоров'я (Е. Десі, Б. Сінгер, К. Фредерік), із генетичними характеристиками (М. Аргайл, Д. Ликкен, А. Теллеген), із зовнішніми обставинами життя (М. Лінч, Т. Кассер, М. Раян, П.П. Фесенко) [6].

Р. Девідсон, у своїх дослідженнях, відкрив пластичність людського мозку, яка виражається у нарощуванні своєї здатності відчувати позитивний афект (щастя) під впливом медитації та практики співчуття [2].

З античних часів існують два основних підходи до вивчення щастя: евдемоністичний (щастя як цінність) та гедоністичний (щастя як задоволеність життям) [2; 5]. Наразі психологи виокремлюють ще й нейропсихологічний підхід, згідно якого щастя є позитивним афективним станом [7].

Евдемоністичний (від грец. eudaimonia – щастя, блаженство) підхід бере свій початок від давньогрецької школи Сократа – Платона – Арістотеля. Прихильники евдемонізму (Т. Добко, Дж. Мур, М. Шлік,) вважають, що щастя безпосередньо пов'язане з можливістю людини реалізувати власні достоїнства і чесноти у відповідній для цієї особистості діяльності [2; 5].

Основою гедоністичного підходу (від грец. hedone – насолода) є вивчення суб'єктивного стану радості, задоволення, насолоди, які відчуває людина (Т. Гобс, Епікур, І. Кант, Дж. Локк, Дж. Мілль, А. Шопенгауер) [5].

Сучасні дослідження стверждують, що суб'єкти з яскраво вираженою евдемоністичною орієнтацією нерідко мають високі показники й за шкалою гедонізму. Тобто існує перетин (близько 80%) частин евдемонії й гедонізму [5]. Таким чином, гедонізм є далеко не основною метою, а лише супутнім (побічним) продуктом евдемонічного життя.

Щастя за В. Татаркевичем має чотири значення: прихильність долі, удача; стан інтенсивної радості; володіння найвищими благами, позитивний баланс життя; почуття задоволення життям [10].

Особливої уваги експериментальним дослідженням проблеми щастя надавали у сучасній позитивній психології (М. Аргайл, Л.З. Левіт, М. Чиксентмихаї).

М. Чиксентмихаї стверджував, що людина найбільш щаслива,

якщо перебуває в особливому потоковому стані, який нагадує стан повного єднання з діяльністю та ситуацією. Стан потоку можна вважати оптимальним станом внутрішньої мотивації, за якої людина повністю включена у те, що вона робить. Дане відчуття характеризується свободою, радістю, почуттям повного задоволення та майстерності, коли навіть базові потреби ігноруються. Людина забуває про час, голод, свою соціальну роль. Можна виокремити кілька характеристик діяльності, які сприяють переживанню потокового стану: ясні цілі, концентрація і фокус уваги, втрата відчуття самоусвідомлення, викривлене сприймання часу, прямий негайний зворотній зв'язок, рівновага між рівнем здібностей суб'єкта і складністю завдання, відчуття повного контролю над ситуацією чи діяльністю, діяльність сама собою сприймається як нагорода, тому вона здійснюється без зусиль [11].

П. Вацславик наголошував на необхідності нещастя у житті людини задля повнішого і глибшого переживання щасливих хвилин [2].

М. Аргайл суб'єктивне переживання щастя розглядав через фізіологію (дія гормонів: дофамін, серотонін), соціальні стосунки і спілкування, задоволення об'єктивних потреб, когнітивні фактори, цілі та активність особистості. Автор стверджував, що щастя як психологічний феномен – єдиний фактор людського досвіду, що складається з трьох частин, незалежних одне від одного: задоволеність життям, позитивні емоції, відсутність негативних емоцій [1].

К. Ізард наголошує на тісному зв'язку емоції радості та щастя: щаслива людина частіше радіє, такі люди упевненіші у собі, оптимістичніші та успішніші в житті [3].

Л.З. Левіт розробив особистісно-зорієнтовану концепцію щастя, компоненти якої розташовуються за трьома основними рівнями: біологічному (здоров'я – як відсутність суттєвих тілесних перешкод для психологічної самореалізації), психологічному (егоїзм, що відповідає за задоволення основних інстинктів; розумний егоїзм, що включає інтелектуально-регулятивні та рефлексивні компоненти; особистісна унікальність), соціальному (помірність: вибіркові соціальні контакти) [4].

Згідно з В.Н. Панкратовим та Л.А. Щербиніною щастя – це такий психологічний стан людини, при якому вона переважну частину часу, зазнає позитивних емоцій, почуттів та переживань. Умовно так звані щасливі, емоційно-почуттєві переживання автори поділили на дві групи: внутрішні, що відображають внутрішній індивідуально особистісний світ людини, і зовнішні – свого роду соціальні емоційно-

почуттєві стани, що утворюються у процесі спілкування людини із оточуючими.

До першої групи належать: блаженство, впевненість, душевність, жвавість, життєлюбство, запал, захват, зворушливість, любов, мрійливість, натхнення, оптимізм, піднесеність, подив, привітність, радість, самоповага, співчуття, стриманість, терпимість, терплячість, урівноваженість.

До другої групи входять: безкорисливість, відданість, відкритість, добродушність, доброзичливість, довіра, дружелюбність, жаль, захоплення, повага, прощення, симпатія, скромність, совісність, співпереживання, співчуття, справедливість, стриманість, турботливість, чесність, чуйність, щирість тощо [8, с. 18].

Згідно вищезазначених емоційно-почуттєвих характеристик автори склали такий психологічний «портрет» щасливої людини: вибачає образи, оптимістична і щиросердна; для неї мають вагоме значення позитивні риси людей і позитивні обставини; спокійно сприймає інші точки зору, що відрізняються від її особистих до тих пір, поки ці відмінні погляди не завдають шкоди чи не порушують права інших людей; насолоджується життям, залюбки ділиться своїм щастям з іншими людьми без жодних умов; любов виникає від внутрішнього переповнення почуттями без вимог взаємності [8, с. 22].

Щастя – поняття моральної свідомості, яким позначають загальний позитивний психічний стан людини, що характеризується переживанням внутрішньої задоволеності своїм буттям, повноти і осмислення свого життя, відповідності досягнутого найзаповітнішим мріям і бажанням. Щастя суб'єктивно переживається як повна моральна насолода життям. Його тривалість та інтенсивність залежить від об'єктивної значущості досягнутого та індивідуальних особливостей емоційної сфери людини. Переживання щастя не є стихійним, а виникає як результат високого напруження всіх душевних сил і успішної наполегливої, самовідданої праці, спрямованої на досягнення життєво значущих цілей [9].

Щастя настільки складний конструкт, що науковці ще й досі не дійшли висновку чи є щастя процесом, станом, емоційним переживанням, мотивом діяльності чи її результатом. Спільним є лише визнання щастя позитивним явищем, яке не є протилежним до поняття «нещастя». Попри вже досліджені загальнолюдські об'єктивні чинники, відкритим залишається питання особливостей та механізмів суб'єктивного переживання щастя.

Отримані результати слугують базою для подальших теоретико-методологічних, психофізіологічних, психодіагностичних аспектів

дослідженя соціально-психологічних чинників суб'єктивного переживання щастя громадян нашої держави.

Список використаних джерел

1. Аргайл М. Психология счастья / М. Аргайл. – СПб.: Питер, 2003. – 184 с.

2. Добко Т. Щастя і приємність / Т. Добко //Філософська думка. – 2014. – №1. – С. 51-63.

3. Изард Э.Кэррол. Психология эмоций / И.Э. Кэррол. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.

4. Левит Л.З. Индивидуальный потенциал и его реализация: двусистемная концепция / Л.З. Левит. – Минск: РИВШ, 2014. – 420 с.

5. Левит Л.З. Личностно-ориентированная концепция счастья: новая системная парадигма / Л.З. Левит // Педагогическое образование в России. – 2013. – №1. – С. 102-111.

6. Левшунова Е.В. Сравнительный анализ проявления феномена «благополучия» в дошкольном возрасте и зрелости / Е.В. Левшунова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2013. – №34. – С. 157-164.

7. Леонтьев Д.А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании / Д.А. Леонтьев // Психологическое обозрение. – 1998. – №1. – С.13-25.

8. Панкратов В.Н., Щербинина Л.А. Счастье – каждый день! Искусство жить в согласии с собой и Вселенной / В.Н. Панкратов, Л.А. Щербинина. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 400 с.

9. Психологічна енциклопедія / О.М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

10. Татаркевич В. О счастье и совершенстве человека / В. Татаркевич. – М.: Прогрес, 1981. – 283 с.

11. Чиксентмихайи М. Поток: Психология оптимального переживания / М. Чиксентмихайи. – М.: Смысл: Альпина нон фикшн, 2011. – 126 с.

***О.М. КОРОЛЮК**, студент групи ПС-51-15с(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: І.О. Котик, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНИХ УЯВЛЕНЬ ПРО УСПІШНІСТЬ ТА УСПІШНУ ЛЮДИНУ

Входження в бізнес та його розвиток здійснюється у певному психологічному та соціокультурному середовищі. На ефективність психологічного супроводу бізнесу можуть впливати багато факторів, серед яких важливу роль відіграють уявлення про бізнесменів, що склалися у даному суспільстві.

Низка дослідників безпосередньо пов'язує економічний підйом в суспільстві з високорозвиненою мотивацією досягнення успіху його членів (Д. МакКлелланд, Дж. Спенс, Х. Хекхаузен), вважаючи при цьому, що мотивація досягнення успіху є фундаментальною властивістю у структурі особистості (Є.Б. Горчакова, Г. Мюррей, Г.В. Турецька) та однією з універсальних життєвих цінностей (В. Білскі, М. Рокич, С. Шварц).

На думку С. Московичі, соціальні уявлення виконують основну регуляторну функцію життєдіяльності особистості та функціонування суспільства [7]. К.О. Абульханова вважає, що саме в соціальних уявленнях відображається специфіка національної ментальності [1]. Соціальні уявлення мають регулюючу і спрямовуючу дію, оскільки уявлення про успішну людину значною мірою детермінують вибір основного напрямку самореалізації та активність особистості у суспільстві. На наш погляд, для більш диференційованого вивчення соціальних уявлень про успішність і успішну людину необхідно досліджувати їх семантичний склад. Вивчення соціальних уявлень про успішність і успішну людину є актуальним у силу стійкості репрезентації у свідомості індивідів образу успішної людини та «включення» цього образу в індивідуальну картину світу, що є одним із механізмів самовизначення і самореалізації особистості.

Теоретичну і методологічну основу дослідження склали: теорія діяльності (О.М. Леонтьєв, С.Л. Рубінштейн), концепції соціальних уявлень С. Московичі та соціального мислення особистості К.О. Абульханової, теорія самоактуалізуючої особистості А. Маслоу, акмеологічна концепція особистості (Б.Г. Ананьєв, А.А. Бодальов, Н.В. Кузьміна), теорія особистісних конструктів Дж. Келлі,

психосемантичний підхід до дослідження феноменів повсякденної свідомості (Дж. Діз, В. Дуаз, О.Ю. Артем'єва, В.Ф. Петренко, А.Г. Шмельов).

Соціальні уявлення – це спосіб інтерпретації та осмислення повсякденної реальності, певна форма соціального пізнання, що передбачає когнітивну активність індивідів і груп, що дозволяє їм фіксувати свою позицію стосовно ситуацій, подій, об'єктів і повідомлень, що їх стосуються [3, с. 21]. Таким чином, уявлення не просто «зліпок» навколишнього світу, а продукт і процес активного соціально-психологічного відтворення дійсності. С. Московичі вказує, що «образи і поняття, вироблені в кожен момент під час більш-менш швидких зустрічей, розмов, суперечок, передаванні чуток мають доволі широкий резонанс. Тим більше, що створивши ці образи і поняття, ми в змозі їх об'єктивувати, давати життя у зовнішньому світі тому, що ми зробили у світі внутрішньому. Отже, уявлення – це не стільки продукти розуму, які мають соціальні наслідки, скільки соціальні продукти, створені розумом і які стають, отже, реальними» [7, с. 359].

Уявлення – це соціально вироблена і прийнята колективна форма практичного знання, суб'єктом якого є соціальні групи. Кожен індивід інтегрує і модифікує соціальну інформацію, створену культурою і окремими групами. Соціокультурні фактори обумовлюють загальну для всіх носіїв даної культури структуру соціальних уявлень. Специфіка і конкретний зміст соціальних уявлень визначається тією соціальною групою, членом якої є індивід.

Соціальні уявлення – це спосіб пізнання й інтерпретації повсякденної дійсності, що включають ціннісну складову, на підставі якої здійснюються оцінки, судження і дії індивідів щодо різних аспектів соціальної реальності. Сприйняття і пізнання соціальної реальності, заломлюючись у свідомості людини посередництвом сформованих ціннісних орієнтацій, знаходить своє вираження у соціальних уявленнях про певні об'єкти соціальної дійсності. Отже, смисложиттєві орієнтації особистості опосередковують особливості уявлень про власну успішність [1-8].

Дослідження показують, що у повсякденній свідомості відбувається диференціація понять «успіх» і «успішність». У понятті «успіх» фіксуються швидше об'єктивні досягнення у конкретній діяльності та у житті загалом, а поняття «успішність» відображає суб'єктивне переживання та умови досягнення успіху. При цьому у якості умов досягнення успіху для більшості досліджуваних є особистісні ресурси, а не зовнішні [4-8].

Одними з перших у менеджменті узагальнили і систематично виклали перелік якостей, що сприяють успіху в управлінні бізнесом, М. Вудкок та Д. Френсіс [2]. Орієнтуючись на соціальний запит у мінливих економічних умовах автори показали, що успіху сприяє низка особливостей особистості: здатність управляти собою; наявність чітких цінностей; формування чітких особистих цілей; здатність до саморозвитку; навички вирішення проблем; винахідливість та здатність до інновацій; вміння впливати на оточуючих; усвідомлення особливостей управлінської роботи; спроможність керувати; вміння навчати та розвивати підлеглих; здатність формувати та розвивати ефективні робочі групи [2, с. 21].

М. Мелія на основі спостереження та узагальнення індивідуальних біографій найуспішніших представників бізнесу виокремила особистісні якості, які допомогли їм досягти успіху, стати багатими і впливовими: потужність бажань; сильний внутрішній імпульс; невиправданий оптимізм; відкритість реальним фактам; компетентність у часові; цілеспрямованість; харизма; схильність до ризику й змін; відповідальність і моральні межі; ясність мислення і безальтернативність; раціональне ставлення до грошей; самореалізація у бізнесі; демократичність і скромність; унікальність; екзистенціальна тривога [6, с. 21].

Наведемо дані дослідження Н.В. Лейфрід щодо ролі відповідальності в уявленнях про успіх. Образ ідеальної успішної людини: цілеспрямована (73,2%), товариська (64,2%), розумна (60,6%), матеріально забезпечена (53,6%), відповідальна (43,4%). При описові ідеальної успішної людини акцент швидше робиться на особистісних характеристиках, на способах досягнення успіху, ніж на конкретних результатах діяльності та інших проявах успіху. Образ реально успішної людини: матеріальна забезпеченість (67%), наявність сім'ї (66,2%) та дітей (44,2%), кар'єрне зростання (57,8%), досягнення поставлених цілей (57,8%), наявність престижної роботи (50,8%), високий соціальний статус (50%), статус керівника підприємства (39,6%), власний бізнес (38,2%). Основними критеріями оцінки успішної особистості у реальній ситуації частіше є зовнішні, соціально значущі досягнення. Виявлений факт Н.В. Лейфрід пояснює так: зовнішні показники об'єктивно доступніші для особистості, що істотно скорочує процес соціального пізнання, інтерпретації дійсності та віднесення конкретної людини до певної групи [4].

Існує багато спроб формалізації факторів, які можуть привести до успіху. Зокрема Х. Маккей, аналізуючи життєдіяльність багатьох успішних людей, запропонував таку формулу успіху: Завзятість +

Визначення мети + Впевненість у собі + Зосередження зусиль = Успіх [9].

На підставі виділених нами смислових значень розглянутих понять, визначаємо, що успішна людина це людина, яка досягла поставлених цілей у житті, що мають значення для суспільства і групи, та які забезпечують їй певний рівень становища, позитивного ставлення з боку оточуючих і особисте задоволення [2; 4-9].

Ставлення до успіху завжди співвіднесено з культурою, оскільки особистість функціонує як член суспільства. Наприклад, ключовими складовими національного характеру американського суспільства є індивідуалізм і підприємливість, а найважливішими цінностями – особисті досягнення і успіх. Причому принцип досягнення означає, що кожна людина повинна прагнути досягти якоїсь мети, перш за все забезпечити своє матеріальне становище, піднятися соціальними сходами та добитися суспільного визнання [5].

Певним системам соціальних взаємозв'язків притаманні цілком відповідні гендерні цінності. Належність людини до певної гендерної групи у певному соціумі, обумовлює відмінності як у сприйнятті успіху, так і в самому мотиві досягнення успіху. У дослідженні Г.В. Турецької було виявлено, що жінки сприймають успіх як результат, тобто досягнення якогось певного рівня, стану тощо. Чоловіки ж переважно сприймають успіх як процес: досягнення нових вершин, постановка нових цілей, боротьба, подолання перешкод тощо, тобто постійний рух уперед [8].

Зміна соціально-економічної ситуації опосередковує трансформацію уявлень про успішність. Відмінності в структурних характеристиках уявлень про успішність обумовлені приналежністю до різних соціальних груп. Уявлення про особисту успішність опосередковані особливостями смисложиттєвих орієнтацій особистості. Перспективи дослідження полягають у виявленні стійких семантичних структур уявлень про успішність. Побудовані семантичні простори понять «Успіх» та «Успішність» дозволять виявити факторну структуру уявлень про успішність у групі підприємців та розкрити їх гендерні відмінності.

Список використаних джерел

1. Абульханова К.А., Воловикова М.И. Исследование личностных особенностей детерминант социальных представлений / К.А. Абульханова, М.И. Воловикова // Современная психология: состояние и перспективы исследований: материалы науч. конф. ИП РАН. – М.: Институт психологии РАН, 2002. – С. 71-84.

2. Вудкок М., Френсис Д. Раскрепощенный менеджер. / М.

Вудкок, Д. Френсис. – М.: Дело, 1991. – 320 с.

3. Донцов А.И., Емельянова Т.П. Концепция социальных представлений о феноменах обыденного сознания / А.И. Донцов, Т.П. Емельянова // Идеологические и психологические аспекты исследования массового сознания. Сб. обзоров. – М.: МГУ, 1989. – С. 11-44.

4. Лейфрид Н.В. Ответственность как личностная детерминанта представлений об успешном человеке: дисс. канд. психол. наук: 19.00.01 / Н.В Лейфрид. – Краснодар, 2006. – 220 с.

5. Малинин Е.Д. Философия жизненного успеха / Е.Д. Малинин. – М. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1999. – 240 с.

6. Мелия М. Успех – дело личное. Как не потерять себя в современном мире / М. Мелия. – М.: Альпина Паблишер, 2012. – 440 с.

7. Московичи С. Машина, творящая богов / С. Московичи. – М.: КСП+, 1998. – 560 с.

8. Турецкая Г.В. Страх успеха: психологическое исследование феномена / Г.В. Турецкая // Психологический журнал. – 1998. – Т.19. – №1. – С. 37-47.

***Ж.М. КУХАР**, студентка групи ПС-51-15с (з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: І.О. Котик, кандидат
психологічних наук, доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ

Переживання суб'єктивного благополуччя є умовою повноцінного функціонування особистості в суспільстві, однією з причин і наслідків як самоактуалізації, так і адаптації до навколишнього середовища. Особливості переживання суб'єктивного благополуччя у молодому віці важливо дослідити у зв'язку з формуванням індивідуальної свідомості та самосвідомості, оформленням ціннісно-мотиваційних структур.

Наразі отримані дані про структуру та чинники формування психологічного благополуччя (Е. Дайнер, Л.В. Жуковська, О.А. Ідобаєва, Л.В. Куликов, К. Ріфф, А. Созонтов, Р.М. Шаміонов), вплив життєвих цілей на суб'єктивне благополуччя (Р. Еммонс); встановлені

значущі взаємозв'язки психологічного благополуччя з батьківськими установками жінок (Л.В. Жуковська), самоактуалізацією (С.П. Пучкова), усвідомленостю життя (П.П. Фесенко), соціальною активністю (Р.М. Шаміонов); розглянуто особливості психологічного благополуччя в умовах екстремальної життєдіяльності (О.С. Ширяєва); вікові (А.В. Вороніна) та гендерні (Р. Інглехарт) відмінності в переживанні психологічного благополуччя [1-3; 5].

Глобальність виміру суб'єктивного благополуччя особистості полягає у тому, що структура містить як емоційний, так і оціночний компоненти, які окремо досліджувались вченими, зокрема, оптимізм (К. Муздибаєв), щастя (В.І. Меренков, М. Аргайл), задоволеність життям (Л.В. Куликов, Р.А. Максімова, О.С. Копіна).

Категорія психологічного благополуччя особистості тісно пов'язана з концепцією позитивного функціонування людини (Дж. Б'юдженталь, А. Ленглі, А. Маслоу, Р. Мей, Н. Пезешкіан, К. Роджерс, М. Селігман, В. Франкл, М. Чіксентміхаї), в основу якої покладено тезу про постійну потребу і здатність людини до саморозвитку і самоактуалізації, залежно від ступеня реалізації яких вона і відчуває власну психологічну цілісність і задоволеність життям.

Психологічне благополуччя, якщо резюмувати низку визначень, розглядається як багатокомпонентний феномен, що характеризує ступінь позитивного функціонування людини, реалізації її потенціалу, симптоматично визначається за допомогою переважання позитивних емоцій, суб'єктивним відчуттям гармонії особистості, щастя, задоволеністю життям і власними досягненнями.

Позитивні стосунки у структурі психологічного благополуччя за К. Ріфф це вміння встановлювати соціальний контакт, наявність близького кола спілкування. Незаперечно, особистість неможливо визначати без контексту тієї соціальної дійсності, у якій вона розвивається, поза тими стосунками, носієм яких вона є. Аналізуючи психологічне благополуччя і його детермінанти, важливо розуміти, у якому співвідношенні воно знаходиться з соціально-психологічними характеристиками особистості, параметрами, визначальними ставленнями людини до інших людей, до світу та до себе. Вищезазначене й стало основним напрямком нашого дослідження.

Ставлення до світу взаємопов'язане з відношенням до інших людей (О.Ф. Лазурський, Б.Ф. Ломов, В.М. М'ясищев, С.Л. Рубінштейн, Н.І. Сарджвеладзе). Ставлення до себе певною мірою пов'язане зі ставленням до світу і його складових (Дж. Боулбі, Е. Еріксон, М. Кляйн, Г.В. Салліван). Ставлення до інших людей завжди взаємодетерміновано ставленням до власної особистості (О.О.

Бодальов, О.Л. Журавльов, Г.В. Салліван, Н.П. Шихирев, В. Шутц). Без ставлення до інших як до особистості, людина не здатна відчувати особистістю саму себе (К.О. Абульханова-Славська, М. Бубер, Е. Фромм, К. Хорні).

Для побудови цілісної моделі благополуччя необхідно розглядати особистість у контексті її соціально-психологічних характеристик і домінуючих ставлень – до себе, інших людей, світу: «Ставлення людини до людини неможливо інтерпретувати без визначення базових ставлень людини до світу, в свою чергу, у відношення до буття вплітається ставлення до інших людей» [4, с. 73]. Саме у визначенні внутрішньої структури благополуччя в її взаємозв'язку з соціально-психологічними характеристиками особистості та параметрами, визначальними ставленнями особистості, можливе розуміння суті процесу здійснення людини як суб'єкта, реалізації повноцінного життя людини в світі, досягнення того психічного стану, при якому людина зможе відчувати весь власний потенціал, «багатство власного душевного змісту» [4, с. 89].

Максимальний потенціал такого благополучного стану може припадати на період молодості, коли соціально психологічні стосунки особистості стають ключовою детермінантою її розвитку і проявляються закономірності, що опосередковують особливості психологічного благополуччя. У цей період акцент зміщується на розвиток міжособистісних стосунків, встановлення інтимності й меж з іншими людьми, утвердження базових ставлень до світу і до себе.

Для виявлення співвідношення психологічного благополуччя і соціально-психологічних характеристик особистості були використані такі методики: опитувальник «Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф» (адаптація Л.В. Жуковської і Є.Г. Трошихіної); опитувальник міжособистісних стосунків В. Шутца (під ред. О.О. Рукавишникова); методика визначення домінуючого стану Л.В. Куликова; опитувальник «Невротичні риси особистості» (Л.І. Вассерман, Б.В. Іовлев, О.Ю. Щелкова, К.Р. Червінська); тест «Незакінчені речення» Дж. М. Сакса і С. Леві; рисунковий тест Е. Вартегга.

Психологічне благополуччя особистості – це соціально-психологічне утворення, яке характеризує позитивне функціонування особистості, що виражається у суб'єктивному відчутті задоволеності життям, почутті самореалізації, опосередковане особливостями соціально-психологічних відносин особистості та ступенем її інтегрованості.

На підставі класифікації особистісних смислів Б.С. Братуся, з урахуванням типів ставлення особистості до оточуючих (О.Л.

Журавльов), пропонуємо розглядати такі типи психологічного благополуччя особистості: неблагополучний егоцентрований тип з низькою інтеграцією особистості, середньоблагополучний групоцентрований тип з помірною інтеграцією особистості, благополучний просоціальний тип з високою інтеграцією особистості.

Неблагополучний егоцентрований тип характеризується хаотичною структурою благополуччя, наявністю виключених компонентів. 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. Характерне переважання у ставленні до світу і до інших людей негативно-відчужуючих тенденцій, ставлення до інших людей як до ресурсів реалізації власних потреб, а до навколишнього світу як до небезпечного і суперечливого.

Для середньоблагополучного групоцентрованого типу характерна орієнтація на значуще мале соціальне коло взаємодії, у зв'язку з чим особистісне зростання як фактор психологічного благополуччя уникається, оскільки пов'язується з можливістю зміни значущих стосунків. У цілому світ уявляється як умовно безпечне місце, що володіє необхідними ресурсами 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. У цього типу домінує ставлення до іншої людини як до цінності, ставлення до світу як до початку хорошого і правильного. Ставлення до себе супроводжується почуттям самоприняття і рефлексією. Особистісні кризи, викликані різними факторами, переживаються за рахунок зміни ставлення до ситуації, вираження власної компетентності, впевненості у власних силах, наявності позитивних стосунків із іншими людьми.

Високий рівень психологічного благополуччя супроводжується позитивним і конструктивним ставленням особистості до себе, доброзичливим і приймаючим ставленням до інших людей, рефлексивним відношенням до власного минулого і теперішнього, оптимістичним ставленням до майбутнього. Психологічно благополучна особистість відповідально вирішує проблеми і менше відчуває почуття провини та образи.

Психологічне благополуччя – це соціально психологічне утворення, яке характеризує позитивне функціонування особистості, що виражається в суб'єктивному відчутті задоволеності життям, реалізації власного потенціалу, високої інтегрованості і опосередковане домінуючими ставленнями (до інших людей, світу і себе).

Структура психологічного благополуччя різниться залежно від його рівня і є критерієм інтеграції особистості. З підвищенням рівня психологічного благополуччя зростає інтегрованість особистості, зменшується число виключених компонентів зі структури благополуччя і число хаотичних взаємозв'язків між ними. Виділено три типи психологічного благополуччя, опосередковані системою ставлень особистості й ступенем її інтегрованості: неблагополучний егоцентрований тип з низькою інтеграцією особистості, середньоблагополучний групоцентрований тип з помірної інтеграцією особистості, благополучний просоціальний тип з високою інтеграцією особистості.

Перспективи дослідження бачимо у розробці програми психологічної допомоги залежно від типу психологічного благополуччя.

Список використаних джерел

1. Кологривова Е.І. Функції особистісних прагнень в переживанні молодою людиною суб'єктивного благополуччя: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.05 / Е.І. Кологривова; Ін-т соц. та політ. психології АПН України. – К., 2008. – 23 с.

2. Павлоцкая Я.И. Социально-психологический анализ уровней и типов благополучия личности / Я.И. Павлоцкая // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.science-education.ru/121-17955

3. Підбуцька Н.В. Суб'єктивне благополуччя у становленні майбутніх фахівців / Н.В. Підбуцька, А.Г. Зуєва // Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти: зб. наук. пр. матер. Всеукраїнської наук.-практ. конф. «Психолого-педагогічні аспекти формування управлінського потенціалу сучасної молоді: теорія і практика», 22 жовтня 2014р. – Харків: НТУ «ХПІ», 2014. – Вип. 40-41 (44-45). – С. 193-207.

4. Рубинштейн С.Л. Человек и мир / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2012. – 224 с.

5. Шамионов Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы: монография / Р.М. Шамионов. – Саратов: Научная книга, 2008. – 296 с.

***Н.М. КУЦАК**, студентка групи ПС-51-15(м)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: Н.С. Чорноусенко, кандидат
психологічних наук, доцент,
професор кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

КОГНІТИВНИЙ СТИЛЬ ЯК СПЕЦИФІЧНИЙ КОНСТРУКТ

Проблематика когнітивних стилів посідає особливе місце у системі психологічних досліджень, що обумовлюється інтересом до людської індивідуальності та існуванню своєрідних індивідуальних форм розуміння реальності.

Термін «когнітивний стиль» був запропонований у 30-х роках XX сторіччя, але «інтегруючим гіпотетичним конструктом» був визначений у 60-ті роки, чому сприяв розвиток когнітивної психології [3, с. 14]. Когнітивний стиль представляє собою специфічний погляд на природу пізнавальних особливостей, визначаючи, що відмінності у внутрішній організації процесів переробки інформації впливають не на змістовні, а на формальні (стилістичні) особливості пізнавальних стратегій людини. Передбачалося, що типові для суб'єкта способи організації його когнітивних структур визначають формальні характеристики індивідуальності.

Увагу на проблему когнітивних стилів спрямували погляди Х. Хартмана та Д. Рапапорта. Згідно з Д. Рапапортом, у процесі розвитку особистості формуються досконалі способи адекватної адаптації [2]. Під впливом праць Г. Роршаха, Д. Рапапорта поняття стилю почали розглядати як необхідний елемент аналізу результатів проективних методик [2].

Закріплення поняття когнітивного стилю як механізму, фіксуючого індивідуальні способи пізнання, пов'язане з роботами Г. Віткіна, С.Є. Аша, Г. Клейна, Р.Н. Гарднера та інших учених, які досліджували активність чуттєвого пізнання і факторів його особистісної зумовленості.

В гештальт-психології найбільшу увагу питанню когнітивних стилів приділяв Дж. Келлі. Запропонована їм теорія особистісних конструктів дала початок формулюванню єдиних положень.

Особливе значення Дж. Келлі надає досвіду, під яким він розуміє не просте нагромадження фактів біографії, а створення на основі їх осмислення своєї системи конструктів.

У психоаналітичному підході використовували поняття

когнітивного стилю для інтерпретації суб'єктом невизначеної стимуляції [4]. У роботах А. Адлера та К. Юнга, К. Ясперса було висунуто дві основні ідеї, що потім розвинулись у дослідженнях когнітивних стилів: активність – достимульне пізнання індивідом оточуючого світу. У пізнавальних структурах головну роль відіграють змінні, зумовлені глибинними особливостями психіки суб'єкта [4].

Представники цього напрямку емпірично виявили й описали кілька типів когнітивного стилю, до яких відносяться:

- «тип реагування», що описується в термінах «імпульсивність – рефлексивність»;
- «ригідність або гнучкість контролю»;
- «узагальненість категорій», що описується в термінах «широкий чи вузький діапазон еквівалентності», («аналітичності – синтетичності», «понятійна диференціація»);
- «утворення понять», описується в термінах «абстрактність – конкретність»;
- «коартованої та гнучкої регуляції»;
- «нівелювання – загострення»;
- «високої чи низької диференційованості схеми тіла»;
- «слабке чи сильне фокусування або, відповідно, вузьке чи широке сканування»;
- «зв'язність – свобода»;
- «особливості орієнтації протягом суб'єктивного часу»;
- «допустимість нереалістичної інформації» (толерантність до нереального досвіду);
- «об'єктивності – суб'єктивності»;
- «фокусуючий контроль».

У своїх роботах Ж. Піаже поняття когнітивних схем інтерпретував як ознаки періодів розвитку пізнання: розвиток мислення дитини починається із сенсомоторної стадії [3, с. 15].

Когнітивний стиль представляє собою конструкт, який включає:

- взаємодію пізнавальної та особистісної складових при вирішенні суб'єктом ситуацій невизначеності;
- інтерпретацію особистісного фактора як сукупності пізнавальних особистісних [3].

На початку 80-х років дослідники переглянули зміст поняття когнітивного стилю, запропонувавши факторні теорії. Так, Г. Кестлін-Глоджер запропонував двокомпонентну модель, в якій той чи інший полюс когнітивного стилю поєднується з певним рівнем розвитку когнітивних здібностей.

В результаті психологічних досліджень були сформульовані поняття та охарактеризовані когнітивні стилі як стійкі індивідуальні стратегії оперування інформацією:

- полезалежність – поленезалежність;
- згладжування – загострення;
- толерантність до нереального досвіду;
- понятійна диференційованість;
- рефлексивність – імпульсивність;
- когнітивна складність – простота тощо.

Розвиток суспільства залежить від інформаційної насиченості діяльності людини, тому зростає рівень вимог до інтелектуального розвитку особистості (особливо – його когнітивної сфери). Дослідження проблеми когнітивних стилів та когнітивно-стильових комплексів відповідає запиту до особистості, тому доцільним є глибоке вивчення аспектів даної проблеми.

Список використаних джерел

1. Зинченко Т.П. Когнитивная и прикладная психология / Т.П. Зинченко. – М: МОДЕК, 2002. – 420 с.

2. Колга В. Возможные миры когнитивных стилей / В. Колга // Когнитивные стили. – Таллин: ЭИНЛ, 1986. – С. 32-37.

3. Скориніна О.В. Когнітивний стиль і пам'ять: парадокси дослідження / О.В. Скориніна, Т.Б. Хомуленко. – Х: «Інжек», 2003. – 232 с.

4. Юнг К.Г. Аналитическая психология / К.Г. Юнг. – СПб: Ин-т личности. – 368 с.

В.Є. НІЩУК, *студент групи ПС-61-15м*
Вінницький інститут Університету «Україна»
науковий керівник: О.П. Лящ, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ГІПЕРАКТИВНОЇ ДІТИНИ ДО НАВЧАННЯ У ШКОЛІ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Початок шкільного навчання – закономірний етап на життєвому шляху дитини: кожен дошкільник, досягаючи певного віку, йде в школу. Протягом двох десятків років актуальним залишається питання: «У якому віці краще почати систематичне шкільне навчання:

в шість чи сім років, а може у вісім? Чи впорається дитина зі шкільним навантаженням? Як підготувати її до школи? Як допомогти маленькому школяру, коли він зіткнеться з першими шкільними труднощами? Ці питання турбують батьків і вихователів, майбутніх першокласників, з ними вони звертаються до практичних психологів, що працюють в дошкільних навчальних закладах і початковій школі. Заклопотаність батьків і педагогів зрозуміла: адже від того наскільки успішним буде початок шкільного навчання, залежить ставлення до школи, навчання і, в кінцевому рахунку, благополуччя в його шкільному та дорослому житті.

Поняття «готовність до навчання в школі» поєднує в собі: фізіологічну, психологічну, соціальну та особистісну готовність до навчання в школі. Всі ці складові шкільної готовності тісно взаємопов'язані, недоліки у формуванні будь-якої з її сторін, так чи інакше, позначаються на успішності навчання в школі. Розвиток основних функціональних систем організму дитини і стан її здоров'я (фізіологічна готовність) складають фундамент шкільної готовності.

Особливу проблему становить готовність до шкільного навчання гіперактивних дітей. Дитяча гіперактивність в даний час дуже поширене явище. Головною проблемою гіперактивних дітей в школі є невідповідність їх інтелектуального розвитку рівню успішності. При цьому практично всі педагоги причину даного явища бачать в недостатній готовності даної групи дітей до школи. Тому метою нашої статті є теоретичний аналіз особливостей гіперактивних дітей та їх готовності до школи.

Історія вивчення синдрому гіперактивності – недовгий, але насичений фактами період, що становить близько 150 років. Вперше його описав як надзвичайно рухому дитину німецький лікар-психоневролог Генріх Гофман [5, с. 10].

Незважаючи на те, що вивченням невротичних відхилень поведінки та навчальних труднощів займалися багато вчених, довгий час в науці не існувало наукового визначення таких станів. Лише у 1947 році педіатри спробували дати чітке клінічне обґрунтування так званим гіперрухливим дітям, у яких часто виникали проблеми з навчанням. До теперішнього часу не має єдиної точки зору щодо назви цього синдрому.

«Гіпер ...» (від грец. Hyper – над, зверху) – складова частина складних слів, що вказує на перевищення норми. Слово «активний» прийшло в українську мову з латинської «activus» що означає «дієвий, діяльний».

Перехід до сучасного шкільного навчання змусило фахівців

педагогічної практики уважно розглянути цю проблему. Були виділені особливі категорії дітей, які погано справляються з навчальною діяльністю. Традиційні форми виховання і навчання виявлялись неефективними, тому таких учнів стали іменувати винятковими (в негативному аспекті), підкреслюючи хворобливу природу їх розуму і характеру.

Французькі автори Ж.Філіпп і П.Бонкур в книзі «Психологічні аномалії серед учнів» серед «психічно ненормальних учнів» поруч із відсталими, епілептиками, астеніками, виділяли і так званих нестійких учнів [3].

У 1966 р. S.D. Clemens дав наступне визначення цього стану у дітей: «захворювання із середнім або близьким до середнього інтелектуального рівня, з порушенням поведінки від легкого до вираженого ступеня у поєднанні з мінімальними відхиленнями в центральній нервовій системі, які можуть характеризуватися різними поєднаннями порушень мови, пам'яті, контролю уваги, рухової функції» [2, с. 15]. На його думку, індивідуальні відмінності у дітей можуть бути результатом генетичних відхилень, біохімічних порушень, інсультів в пренатальному періоді, захворювань чи травм у періоди критичного розвитку центральної нервової системи або інших органічних причин невідомого походження [2, с. 11].

Значно пізніше почали вивчати цю проблему вітчизняні лікарі. Так, педіатр Ю.Ф. Домбровська у виступі на симпозіумі, присвяченому ролі психогенного фактора в походженні, перебігу та лікуванні соматичних хвороб, що відбувся в 1972 р., виділила групу «важковиховуваних» дітей, які доставляють найбільше проблем батькам і педагогам [4, с. 25].

З роками безсилля педагогічних методів корекції гіперактивності ставало все більш очевидним. Досвід свідчив, що шкільну неуспішність гіперактивних дітей несправедливо відносити на рахунок їх розумової неповноцінності, а їх недисциплінованість неможливо скоригувати суто дисциплінарними методами. Джерела гіперактивності слід було шукати в порушеннях нервової системи і відповідно до цього планувати корекційні заходи.

Дослідження в цій області привели вчених до висновку, що в даному випадку причиною порушень поведінки виступає дисбаланс процесів збудження і гальмування в нервовій системі. Внаслідок різних органічних порушень ретикулярна формація може знаходитися в над збудженому стані, і тому дитина стає розгальмованою. Саме на моторному компоненті порушення і зосередили увагу вітчизняні дослідники, назвавши його гіпердинамічним синдромом [3, с. 4].

Значною подією була публікація американськими вченими в 1987 р. ревізії (перегляду) третього видання «Діагностичного і статистичного посібника з психічних захворювань (DSM-III-R)», що внесло великий вклад в діагностичні критерії і навіть змінило назву захворювання, про що йшлося вище.

Суворі критерії дозволяють стандартизувати методику діагностування дітей з ризиком такого захворювання і дають можливість порівнювати дані, отримані дослідниками в різних країнах.

Готовність дитини до навчання в школі в однаковій мірі залежить від фізіологічного, соціального і психічного розвитку дитини. Це не різні види готовності до школи, а різні сторони її прояву в різних формах активності. В залежності від того, що є предметом уваги педагогів, психологів та батьків в даний момент і в даній ситуації – самопочуття та стан здоров'я майбутнього першокласника, його працездатність; вміння взаємодіяти з педагогом і однокласниками і підкорятися шкільним правилам; успішність засвоєння програмних знань і необхідний для подальшого навчання рівень розвитку психічних функцій – говорить про фізіологічну, соціальну або психологічну готовність дитини до початку шкільного навчання [5; 1].

Психологічна готовність дитини до навчання в школі являє собою складне структурно – системне утворення, яке охоплює всі сторони дитячої психіки. Це не сума ізольованих психічних якостей і властивостей, а їх цілісна єдність, що має певну структуру. Навчально-важливі якості (НВЯ), що входять в структуру готовності, утворюють складні взаємозв'язки і надають неоднаковий вплив на успішність шкільного навчання. Кількість і характер взаємозв'язків кожної НВЯ визначає їх значимість в структурі готовності.

Якості, які мають найбільшу кількість зв'язків з іншими НВЯ в структурі готовності, називаються базовими. Вони відіграють інтегруючу роль в структурі готовності, об'єднуючи інші якості відповідно до цілей навчання. Високий рівень розвитку базових НВЯ є основою для розвитку та компенсації інших навчально-важливих якостей. Базові якості в структурі психологічної готовності до школи на початку навчання:

- мотиви навчання;
- образне мислення;
- рівень узагальнень (передумови логічного мислення);
- здатність приймати навчальну задачу;
- вступні навички (деякі елементарні мовні, математичні та навчальні знання та вміння);
- графічний навик;

• довільність регуляції діяльності (в умовах покрокової інструкції дорослого).

При підготовці дитини до школи недостатньо просто розвивати пам'ять, увагу, мислення і т.д. Індивідуальні якості дитини починають працювати на забезпечення засвоєння шкільних знань, тобто стають навчально-важливими тоді, коли вони спеціалізуються по відношенню до навчальної діяльності та змісту навчання [1; 4].

Прививчені проблеми гіперактивності дитини в контексті готовності до шкільного навчання, ми будемо досліджувати наступні чинники: вплив гіперактивності дитини на формування інтелектуальної та психосоціальної готовності дошкільника до навчання в школі; різницю між розвитком мисленням і мовою у гіперактивних та не гіперактивних дітей; особливості внутрішньої позиції школяра в обох групах до змісту навчальної діяльності; сформованість навчальної мотивації у гіперактивних та не гіперактивних дітей; рівень самооцінки у обох групах дітей.

Отже, проблема надання допомоги гіперактивним дітям багато років є актуальною в педагогіці та психології. В освітніх установах ведеться пошук умов, адекватних психічним і фізичним можливостям учнів даної категорії та забезпечення профілактики дезадаптації. Тому знаходження шляхів, подолання шкільної дезадаптації гіперактивних дітей є важливою проблемою теорії психологічної науки і педагогічної практики.

Проведено теоретичний аналіз психологічної літератури з проблеми дослідження особливостей адаптації та готовності дошкільного навчання гіперактивних дітей, що дало можливість узагальнити чинники, що негативно впливають на адаптацію молодших школярів з синдромом гіперактивності та обґрунтувати її психолого-педагогічні умови, а саме: низький рівень готовності дитини до школи (фізичної, соціальної, психологічної); генетичні чинники (спадковість, особливості пренатального періоду); психологічні особливості (слабкий тип нервової системи, підвищена сенситивність, надмірна збудженість); особливості розвитку (не сформованість емоційно-вольової сфери, слабка саморегуляція поведінки); недостатньо розвинені властивості уваги; виховання в сім'ї (егоцентричний тип виховання, не сприйняття дитини, гіперсоціальне виховання, тривожно-підозріле).

Список використаних джерел

1. Башаева Т.В. Развитие восприятия у детей (форма, цвет, звук.): популярное пособие для родителей и педагогов / Т.В. Башаева. – Ярославль: «Академия развития», 1997. – 452 с.

2. Варга А.Я. Психологическая коррекция нарушений общения детей младшего школьного возраста / А.Я. Варга, А.А. Бодалева, В.В. Сталина // Семья в психологической консультации. – Москва, 1990. – 426 с.

3. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика / А.Л. Венгер. – М.: Генезис, 2001. – 346 с.

4. Виноградова Н.Ф., Журова Л.Е. Готов ли ваш ребёнок к школе?. Советы педагога и психолога: книга для родителей / Н.Ф. Виноградова, Л.Е. Журова. – М.: Просвещение, 1992. – 523 с.

5. Захаров А.И. Неврозы у детей / А.И. Захаров. – Санкт-Петербург: Дельта, 1999. – 462 с.

***Б.В. ПЕРІСТЯК**, студент групи ПС-51-15(м)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник:Н.С. Чорноусенко, кандидат
психологічних наук, доцент,
професор кафедри психології
Вінницький інститут Університету «Україна»

РОЛЬ ПАМ'ЯТІ В АСПЕКТІ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

В українській психології явище самоефективності недостатньо повно вивчене, тому що його дослідження можна віднести, переважно, до педагогічної психології. Відомі також дослідження самоефективності з поцизій організаційного підходу, які дозволяють розглянути процес зміни самоефективності в груповій роботі під контролем керівника. Такий підхід відкриває можливість більш активного вивчення самоефективності в організаційному аспекті. У вітчизняній психології дослідження самоефективності поки носять, як правило, фрагментарний характер: вона вивчається як одна з особистісних особливостей поряд з багатьма іншими і рідко стає об'єктом самостійних досліджень. Тому метою нашої студії є дослідження ролі пам'яті у моделюванні самоефективності людини.

У кінці XX – на початку XXI століття ця тематика набула надзвичайного поширення серед зарубіжних психологів, у дослідженнях котрих можна знайти чимало робіт, присвячених безпосередньо специфіці самоефективності щодо різних видів діяльності та інших психологічних феноменів, чільне місце серед яких належить пам'яті.

Пам'ять розуміємо як процес збереження, змін, відтворення, впізнання та втрати минулого досвіду, який робить можливим його використання у діяльності та його відновлення у сфері свідомості.

Г.К. Середа вніс у поняття пам'яті ідею про те, що пам'ять є водночас і дією, і її продуктом. Саме на таке розуміння процесу пам'яті ми будемо спиратися в концептуалізації самоефективності. Таким розумінням психологічної природи пам'яті Г.К. Середа підкреслював інтенціональну тенденцію пам'яті. Основним фактором за системно-діяльнісним підходом, який конструює людську пам'ять, виступає майбутнє, а не минуле. Минуле закріплюється у пам'яті настільки, наскільки воно буде необхідним, тому пам'ять визначає не минуле, а майбутнє. Також вітчизняний психолог ставить акцент на реконструкції матеріалу в пам'яті [4]. Реконструкції підлягають усі процеси пам'яті особистості. У масштабі життєдіяльності суб'єкта опосередковуючим зв'язком пам'яті та особистості виступає індивідуальний досвід, в якому, як писав П.І. Зінченко, реалізується життєва функція пам'яті. З одного боку, досвід мислиться як основа формування особистості, з іншого, пам'ять визначається як психологічний механізм інтеграції, системної організації індивідуального досвіду. Пам'ять релевантна смисловим відносинам досвіду, які можуть виражатися в інтегративних «стратегічних цілях» або смислових утвореннях особистості, які задають програму «самоорганізації» досвіду.

На думку Г.К. Середи, пам'ять виконує специфічні функції, які не властиві жодному психічному процесу: 1) функція історичної організації елементів досвіду, тобто впорядкованого розміщення їх у часі (вірніше, в відбитій схемі їх часової послідовності); 2) функція оцінювально-смислового фільтру, тобто організації елементів досвіду за ознакою їхньої життєвої значущості для індивіда (що слід «пам'ятати» і що можна «забути»). У всякій системі дій селекція результатів відбувається за програмою дії, що має відбутися, та стратегічного завдання (з усього масиву пережитого пам'ять «обирає» той матеріал, який знадобиться у даний момент часу).

Переконання особистості щодо власної самоефективності виконують саме функцію оцінювально-смислового фільтра, актуалізуючи в пам'яті людини ті чи інші спогади або сприяючи їхньому забуванню. Спираючись на це, логічно ввести поняття «операціоналізація пам'яті», під яким ми розуміємо: 1) використання пам'яті як ресурсу функції мислення – антиципації та 2) структурування інформації, досвіду у пам'яті таким чином, щоб її можна було використати у необхідний момент [7]. Розвиток та

формування процесів пам'яті значною мірою детермінується особистістю. Пам'ять, у свою чергу, як механізм конструювання та реконструювання досвіду людини, впливає на особистість. Саме тому, припускаємо, що розвиваючи деякі особливості пам'яті, можна впливати на рівень самоефективності особистості.

Ми вважаємо, що саме біографічні спогади – індикатор ставлення особистості до набутого досвіду, що відбивається на самоефективності особистості. За Ф. Бартлеттом ретроспективне відтворення фактів з історії особистості представляє процес реконструкції. Напрямок процесу реконструкції визначається діючою в мозку людини теорією, що обумовлена складними взаємозв'язками процесів мислення та пам'яті [3].

Термін «автобіографічна пам'ять» був уведений Дж. Робінсоном у 1976р. задля відрізнення пам'яті про себе та про навколишній світ. Зараз автобіографічна пам'ять (АП) розуміється як підсистема, яка оперує спогадами про особистісно значущі події та стани. Її функціонування супроводжується особливим станом автоноезиса та є основою переживання себе як унікального, протяжного у часі, тотожнього самому собі суб'єкта. Автобіографічна пам'ять представляє собою структуру, яка пов'язує пам'ять узагалі з особистістю, виступає у функції розширення досвіду та зв'язку минулого з майбутнім [6]. Саме культурно-історичний підхід В.В. Нуркової до вивчення АП, на нашу думку, дозволяє враховувати соціальний та онтогенетичний фактори. За поглядами Л.С. Виготського психіку людини формують продукти розвитку культури суспільства та завдяки саме опосередкованому характеру психічних процесів, людина здатна змінювати зовнішню дійсність та робити свою діяльність розумною [3]. АП служить базисом ефективного розвитку основних механізмів, які забезпечують самодетермінацію особистості в соціокультурному просторі її буття.

Автобіографічна пам'ять визначається як вища мнемічна функція, організована за смисловим принципом, що оперує особистісним досвідом, яка забезпечує формування суб'єктивної історії життя і переживання себе як унікального протяжного у часі суб'єкта життєвого шляху. Д. Піллемер виділяє три типи спогадів про важливі події: 1) стартові спогади, які маркирують перший досвід людини в значимій для нього сфері: вони є, зазвичай, набільш ранніми спогадами; 2) спогади-якорі, які є важливими для конструювання уявлення про себе як про особистість; 3) спогади-моделі, які важливі для розуміння зовнішнього світу – вони допомагають орієнтуватися у світі та вибрати найбільш підходящий спосіб дії у конкретній ситуації.

В.В. Нуркова відокремлює ще один вид спогадів – «переломні» спогади. Цей вид є особливим, відрізняється критичною важливістю та визиває кардинальні зміни в особистості людини.

Окрім вказаних вище одиниць аналізу АП, у літературі доволі часто описуються деякі феномени її функціонування. Під час досліджень було виявлено чимало стійких ефектів часової організації АП. «Циклічний календарний ефект» полягає в тому, що культурно та натурально детермінована матриця часу (тижні, місяці, роки) примушує суб'єкта впадати в регулярну помилку відносно точної дати події (пам'ятати дні тижня – не пам'ятати місяць; пам'ятати пору року – не пам'ятати рік, та ін.). «Телескопічний ефект» віддаляє та зближує події на суб'єктивній лінії часу в залежності від їхньої особистісної значущості. Найбільш значущим у часовій організації АП є «ефект піку спогадів»: люди згадують непропорційно велику кількість автобіографічних подій, які відносяться до періоду 16-28 років. Цей ефект вперше був описаний Д. Рубіном, С. Ветцлером, Р. Небисом в середині 1980-х рр.

Таким чином, пам'ять особистості здатна сприяти ефективній поведінці людини завдяки таким функціям: структурування досвіду та прогнозування необхідності використання накопиченої інформації у майбутньому. Автобіографічні якості відображають ставлення особистості до минулого, теперішнього та майбутнього, до планування життєвого шляху та його наповненості, що може відбиватися на самоефективності особистості. До слова, варто сказати, що всі без винятку спогади із життя людини прямо чи безпосередньо пов'язані з тими подіями, які вимагали розв'язання простих чи складних рішень у різних життєвих ситуаціях.

Список використаних джерел

1. Бандура А. Теория социального научения / А. Бандура. – СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.

2. Брушлинский А.В. Мышление и прогнозирование / А.В. Брушлинский. – М.: Мысль, 1970. – 230 с.

3. Василевская К.Н. Индивидуально-типологические особенности автобиографической памяти: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.01 / К.Н. Василевская. – Москва, 2008. – 16 с.

4. Иванова Е.Ф. Психология мышления и памяти: учебное пособие / Е.Ф. Иванова. – Харьков: ХГУ, 1990. – 79 с.

5. Когнитивная психология памяти / У. Найсера, А. Хаймен. – СПб: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2005. – 640 с.

6. Кульпекина В.А., Белова Э.В. Развитие памяти в пожилом возрасте / В.А. Кульпекина, Э.В. Белова // Психология зрелости и

старения. – 2009. – №2. – С. 53-87.

7. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Политическая литература, 1975. – 302 с.

***К.А. СМІРНОВА**, студентка групи ПС-31-13*
Вінницький інститут Університету «Україна»

ПРОБЛЕМИ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

Ціллю даного дослідження є стигматизація людей з інвалідністю та її подолання. Актуальність його досить висока. Оскільки, за останні роки Україна почала активно розвиватися в соціальній сфері, намагаючись переймати досвід заходу. Предметом дослідження є найновіші програми та проекти покликані на подолання стигматизації осіб з інвалідністю.

Починаючи з 2005 року, кількість осіб з інвалідністю змінювалась то збільшуючись, то зменшуючись. У 2013 році був пік збільшення людей з інвалідністю за останні 10 років – 2788,2 тис. осіб (станом на 01.01.2013) [7]. У 2014 році загальна кількість осіб з інвалідністю становила 2647,2 тис., а у 2015 – 2569,5 тис. [3]. Тим часом у 2014 році на території АР Крим та Севастополя було зареєстровано 107 тисяч людей з інвалідністю, а у 2015 – 121,5 тис. [9; 1]. Для порівняння чисельності осіб з інвалідністю за попередні роки ми врахували данні АР Криму та Севастополя за 2014, 2015 роки до графіку.

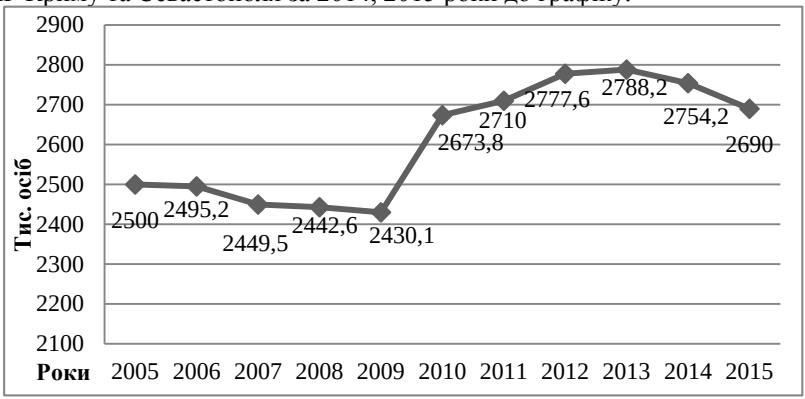


Рис. 1. Динаміка загальної чисельності інвалідів в Україні станом на початок 2006-2015 рр.

В першу чергу, варто розглянути пояснення терміну «особа з інвалідністю» згідно Конвенції ООН про права інвалідів. Особи з інвалідністю – особи, які мають стійкі фізичні, психічні, інтелектуальні чи сенсорні порушення, які під час взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній і ефективній участі у житті суспільства нарівні з іншими. Згідно Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [5, с. 7].

Психологічні бар'єри й велика кількість інших перешкод впливають на адаптацію та інтеграцію людей з обмеженими можливостями в суспільство. Однією з таких перешкод є стигматизація представників даної соціальної групи, тобто необґрунтоване приписування їм негативних соціальних якостей безвідносно до їхніх індивідуальних характеристик, виключно на основі групової належності.

Ейблізм – це одна з форм дискримінації або соціального упередження проти людей, які мають статус інвалідності; використання стереотипів і ярликів про інвалідність; негативні припущення про інвалідність в повсякденному житті. Дане упередження характеризується вірою в те, що люди з інвалідністю не можуть функціонувати в якості повноправних членів суспільства [11]. Згідно Конвенції ООН про права інвалідів дискримінація за ознакою інвалідності – будь-яке розрізнення, виключення чи обмеження з причини інвалідності, метою або результатом якого є применшення або заперечення визнання, реалізації або здійснення нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, цивільній чи будь-якій іншій сфері. Вона включає всі форми дискримінації, у тому числі відмову в розумному пристосуванні. Розумне пристосування – внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, необхідних і підхожих модифікацій і коректив, що не стають непомірним чи невиправданим тягарем, для цілей забезпечення реалізації або здійснення інвалідами нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод [5, с. 8].

Способи організації суспільства по відношенню до людей з інвалідністю – це моделі інвалідності. На домінуючій моделі розуміння інвалідності зазвичай будується державна політика [4].

Вибір тієї чи іншої моделі – є як результатом історичного розвитку країни, так і відображає загальне ставлення держави до людей, забезпечення рівності та дотримання принципу недискримінації. Так, в моделях чітко виділяються соціально-політичні акценти епохи, які ґрунтуються на певних цінностях, ідеях, та як наслідок пропонують певні послуги й економічні можливості людям з інвалідністю. В першій половині XX ст. люди з обмеженими можливостями розглядалися як результат медичної невдачі і жертви обставин, що заслуговують на жаліть. Це були головні характеристики «медичної моделі» інвалідності, яка безпосередньо пов'язувала проблему з особистістю і передбачала, що тільки медичне «лікування» могло позбавити цієї проблеми. За останні десятиріччя відбулися великі зрушення в мисленні проти цієї домінуючої моделі. Зсув парадигми вбачає вирішення проблеми інвалідності в реструктуризації суспільства та усуненні бар'єрів. Це розуміння інвалідності називають соціальною моделлю. Вона зосереджена на усуненні бар'єрів, формуванні позитивного ставлення і переконанні, що закони і політика надають підтримку у здійсненні повноцінної участі і недискримінації. Це говорить про те, що індивідуальні та колективні недоліки, яких зазнають люди з обмеженими можливостями, в основному є результатом складної форми інституційної дискримінації, яка так само глибоко вкорінена в нашому суспільстві, як і сексизм або расизм.

Дестигматизація має 2 аспекти: 1) доведення правдивої інформації про інвалідність і її наслідки до самого хворого, його сім'ї і для суспільства в цілому; 2) зміна стереотипу соціальних реакцій на людину з інвалідністю.

На даний момент на території України активно діють такі проекти та організації, які допомагають інтегруватися у суспільстві людям з інвалідністю.

«#THISABILITY» – інформаційна кампанія з підвищення толерантності щодо дітей з інвалідністю та сімей, що виховують таких дітей та промоція інклюзивних громад [8].

Також в Україні функціонує проект «IDEAS», спрямований на розбудову рівноправного та інклюзивного суспільства для людей з інвалідністю [6].

Програма «Сприяння інтеграційній політиці та послугам для людей з інвалідністю в Україні». Метою даної програми є сприяння застосуванню стандартів доступності та Універсального Дизайну як таких, що забезпечать залучення і участь людей з інвалідністю, допомога у подоланні існуючих бар'єрів, які заважають доступу до послуг і об'єктів, призначених для широкої громадськості, або

обмежують його. Універсальний дизайн або «дизайн для всіх» – концепція, що передбачає проектування продукції та середовища таким чином, щоб ними могли користуватися найбільш широке коло людей [10].

«Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» – сайт дозволяє фахівцям в області інклюзивної освіти і батькам дітей з інвалідністю мати швидкий доступ до інформаційного ресурсу знань для оперативного вирішення конкретних професійних і життєвих ситуацій, отримання необхідних інформаційних матеріалів і рекомендацій з питань організації навчання таких дітей в умовах загальноосвітнього закладу [2].

Отже, в Україні реалізуються програми адаптації людей з інвалідністю, покликані руйнувати стигматизацію, яка вкоренилася у нашому суспільстві. Оцінюючи роботу вищеперерахованих програм, можна зробити висновок, що акцентується увага на подоланні стигми по відношенню до людей з фізичною інвалідністю. В свою чергу, мало звертається уваги на пропаганду викорінення стигматизації психічних захворювань. За останні декілька років, при сприянні закордонних організацій, активно формується новий, для нашої країни, інформаційний простір про людей та для людей з будь-якою формою інвалідності, переймається досвід роботи в даній сфері. Підсумовуючи усе, на наш погляд, доцільно розглянути види соціальної адаптації осіб з інвалідністю в суспільстві, зокрема:

- зміна загальних умов життя окремих людей з особливими потребами, які є об’єктом стигматизації;
- контроль за дотриманням прав людини, боротьба із дискримінацією;
- безпосередня боротьба зі стигматизацією: інформаційно-просвітницька діяльність, консультування та психологічна підтримка;
- юридична допомога у випадку дискримінації та створення сприятливого правового середовища.

Список використаних джерел

1. В Крыму постоянное место работы имеют лишь 15 процентов трудоспособных инвалидов [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://rg.ru/2015/09/03/reg-kfo/invalidy.html

2. Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://education-inclusive.com.

3. Міністерство соціальної політики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/index.

4. Michael O. Understanding Disability: From theory to practice / O. Michael. – Macmillan: Basingstoke, 1996. – 192p.

5. Нічого для нас без нас: посібник з інклюзивного прийняття рішень для засобів масової інформації / І.Г. Виртосу. – К: Ленвіт, 2015. – 92 с.

6. Проект IDEAS [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.britishcouncil.org.ua/programmes/society/ideas.

7. Про становище осіб з інвалідністю в Україні. Національна доповідь. – Київ, 2013. – 7 с.

8. #THISABILITY. МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ВСІХ [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://thisability.naiu.org.ua.

9. Численность инвалидов в Крыму достигла 6% населения [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.e-crimea.info/news/chislennost-invalidov-v-krymu-dostigla-6-naseleniya.

10. Універсальний дизайн [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://ud.org.ua.

11. What is Ableism? Part Two [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.stopableism.org/what_part_two.asp.

РОЗДІЛ 2. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

***В.С. КОРЧИНСЬКИЙ**, доктор медичних наук,*
старший науковий співробітник,
професор кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***О.О. ГАЛАЧЕНКО**, кандидат медичних наук, доцент*
Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник,
М.В. ФУРМАН
Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Здоров'я є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства, не лише особистим надбанням людини, а одним з найважливіших показників добробуту народу, бо значною мірою впливає на процеси та результати економічного, соціального, культурного розвитку, демографічну ситуацію і стан національної безпеки. Тому головним пріоритетом держави є його збереження і зміцнення, подовження періоду активного довголіття і тривалості життя.

Здоров'я людини формується під впливом умов та способу життя, шкідливих звичок, неякісного та незбалансованого харчування, несприятливих умов праці і побуту, напружених сімейних стосунків, недостатнього матеріального забезпечення, низького освітнього та культурного рівня тощо.

Сьогодні в світі наростає занепокоєння з приводу зростання масштабу хронічних неінфекційних захворювань, що негативно впливає на систему охорони здоров'я та перспективи розвитку економіки. У зв'язку з цим в Україні запроваджується Національний план дій щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 р. у контексті європейської інтеграції України. Соціальний та економічний тягар неінфекційних захворювань (НІЗ) зумовлений хворобами системи кровообігу, діабетом, раком та хронічними респіраторними захворюваннями, які призводять до тривалої недієздатності, зниження добробуту родин і зменшення продуктивності громадян.

Згідно доповіді ВООЗ, необхідні невідкладні дії, щоб зменшити передчасну смерть у віці до 70 років від хвороб серця і легень, інсульту, раку і діабету. Інвестуючи всього 1-3 $ на одну особу в рік,

можна різко скоротити випадки захворювання і смерті від НІЗ. У 2012 р. налічувалось 38 млн. випадків смерті від усіх неінфекційних хвороб, з них 42% (16 млн.) були передчасними і їм можна було запобігти (в 2000 р. таких було 14,6 млн.). Для цього потрібні заходи державної політики по скороченню тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, нездорового харчування, недостатньої фізичної активності та забезпечення загальної медико-санітарної допомоги.

Пропонується 9 глобальних цілей боротьби з НІЗ. Відносне скорочення на:

1) 25% ризику передчасної смертності від ХСК, онкології та інших;
2) 10% надмірного споживання алкоголю;
3) 10% поширеності недостатньої фізичної активності;
4) 30% середнього споживання населенням солі/натрію;
5) 30% поширеності тютюнопаління особами у віці 15 років і старше;
6) 25% поширеності підвищеного кров'яного тиску;
7) зупинка зростання числа випадків діабету і ожиріння;
8) забезпечення в межах 50% осіб (за показами), лікуванням і консультуванням для профілактики інфарктів та інсультів;
9) забезпечення 80%-го рівня наявності доступних по вартості базових технологій і основних ліків, включаючи препарати генерики, необхідні для лікування основних НІЗ, як у приватних, так і у державних закладах.

Майже чверть дорослого населення України має принаймні одне хронічне захворювання чи стан, близько 7% мають декілька (3 чи більше). Найбільш тривожний (7,3%) – стенокардія. Наступним є високий рівень холестерину у крові (гіперхолестеринемія) – 3,8% і цукру – 3,6%. Поширеність інфаркту становить 1,2% та інсульту – 1,3%. Для остеопорозу відповідний відсоток вибірки дорівнює 2,4%. Поширеність раку дещо нижча – 0,8%, хоча на заході країни цей показник вищий – 1,3%, що можна пояснити відносно короткою тривалістю життя.

В Україні один з найвищих у Європі рівнів смертності від серцево-судинних захворювань, що становить 772,1 випадків на 100000 чоловічого населення і 440,9 жіночого. Особливо помітні відмінності у показниках від ішемічної хвороби серця: у чоловіків майже у 3 рази вищий за відповідний у розвинених країнах. Майже 30% чоловіків, які померли від неінфекційних захворювань, не досягли 60-річного віку. Така ситуація впливає і на рівень середньої тривалості життя, що значно нижчий порівняно з іншими європейськими

країнами. Серцево-судинні захворювання – це головна демографічна загроза, що зумовлює значні економічні втрати.

Динаміка поширеності хвороб серед усього населення України протягом останніх років свідчить про поступове їх зменшення (2010-2013 рр. на 0,6%, а до 2014 р. на 8,9%). Рівень захворюваності зменшився за період 2010-2013 рр. на 5,4%, а до 2014 р. – на 13,3%.

Минулого року серед усього населення було зареєстровано 72990838 відвідувань з приводу усіх хвороб (2013 р. – 84234814), з них – 22618207 від серцево-судинних і судинно-мозкових (у 2013 р. – 26510794). Вперше звернулися до лікаря 26880827 з приводу усіх хвороб (2013 р. – 30024434), та 1879963 із ХСК (у 2013 р. – 2255949).

Основу структури захворюваності традиційно формують: хвороби органів дихання (44,0%), системи кровообігу (7,0%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,4%), хвороби сечостатевої системи (6,5%), шкіри та підшкірної клітковини (5,7%), хвороби ока та його придаткового апарату (5,0%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,6%), органів травлення (4,2%), хвороби ендокринної системи та обміну (1,5%). Разом вищеозначені класи хвороб склали 84,9% захворюваності серед всього населення України .

В умовах соціально-економічної нестабільності, яку переживає Україна та значної поширеності стресових ситуацій, важливою характеристикою стану здоров'я населення та його соціального благополуччя є стан психічного здоров'я. За даними ВООЗ, нині у світі понад 450 млн. людей страждають різними психічними відхиленнями, а кожен сьомий житель Заходу має шизофренію чи параною, потерпає від депресії, фобій та інших нав'язливих станів. Зростанню захворювань сприяють інформаційні перевантаження, політичні й економічні катаклізми, а провісниками цих недуг є стреси, які стали складником життя сучасної людини.

Психічне здоров'я в сучасних умовах є однією з найбільших проблем країн Європейського регіону, так як зачіпають практично кожну четверту людину. Показники поширеності порушень психічного здоров'я дуже високі. Із 870 млн. осіб, які проживають в Європейському регіоні, згідно оцінкам, близько 100 млн. відчувають стан тривоги і депресії; більше 21 млн. страждають від розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю; більше 7 млн. – від хвороби Альцгеймера та іншими видами деменції; близько 4 млн. – шизофренією; по 4 млн. – біполярними афективними і панічними розладами.

Психоневрологічні розлади є другими за значимістю у Європі

після серцево-судинних. На їх частку припадає майже 12% глобального тягаря хвороб. До 2020 р. можна очікувати близько 15% років життя, втрачених унаслідок інвалідності (по розрахунках за допомогою індексу DALY). Максимальний тягар психічних розладів лежить на особах молодого віку, найбільш продуктивній групі населення. У найближчі десятиліття країни, що розвиваються, швидше за все, зіштовхнуться з непропорційно різким його збільшенням. Люди, які страждають психічними захворюваннями, потерпають від стигматизації і дискримінації в усіх частинах світу.

На сьогодні в Україні під наглядом лікарів-психіатрів перебуває близько 2,5% осіб. Це приблизно один мільйон двісті тисяч осіб. Але за даними дослідження, яке проводилось в нашій країні у 2000 р., кожна третя людина в Україні потребує консультації психіатра протягом свого життя.

Кількість осіб, що страждають на психічні розлади та є інвалідами, на кінець 2012 року становила 282748 осіб. У 2013 р. вперше інвалідність отримали 9603 дорослих (2,6) і 8525 працездатних (3,3 на 10 тис. населення). У структурі поширеності усіх хвороб розлади психіки та поведінки 2009-2013 рр. складають відповідно 2,6% і 2,5% (незначне зменшення).

У 2012 році ВООЗ оголосила депресію епідемією 21-го століття, по причині якої 150 млн. осіб щорічно стають непрацездатними, у 60% випадків вона є причиною самовбивств, посіла перше місце у світі серед причин непрацездатності, а до 2020 року неврози паралізують економічне життя світових економік. Уже тепер 35-45% випадків невиходу на роботу пов'язані з проблемами психічного здоров'я.

Особливої уваги заслуговує негативний вплив стресових факторів, що веде до зростання числа випадків тривожно-депресивних станів, розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю і психоактивних речовин, насилля і суїциду. На сьогодні відоме про позитивний ефект заходів, спрямованих на зменшення стресів, які шкодять здоров'ю, та про їх важливе значення для зниження показників самовбивств.

Здоров'я людини є невід'ємним складником людського здобутку, а здоров'я населення загалом – запорука успішного розвитку суспільства, економічного зростання, соціальної захищеності й політичної стабільності. Державна політика України у сфері охорони здоров'я спрямована на його збереження та зміцнення, профілактику, зниження захворюваності, інвалідності та смертності, підвищення якості та ефективності ПМСД, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я.

Список використаних джерел

1. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Демографічні процеси в Україні в роки незалежності / О.М. Голяченко, А.О. Голяченко // Вісник наукових досліджень (Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського). – 2011. – №4. – С. 38-41.
2. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз: аналітично-статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко. – К., 2013. – 239 с.
3. Концепція проекту Загальнодержавної програми «Здорова нація на 2012-2016 рр.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://ua-znatok.com/literatura/13487/index.html
4. Корнацький В.М., Ревенько І.Л. Медико-соціальні аспекти цереброваскулярних хвороб в Україні / В.М. Корнацький, І.Л. Ревенько // Український кардіологічний журнал. – 2011. – №1 – С. 86-92.
5. Основні причини високого рівня смертності в Україні // Новини медицини і фармації. – 2011. – №4(354). – С. 27-29.

***В.С. КОРЧИНСЬКИЙ**, доктор медичних наук,*
старший науковий співробітник, професор
кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***В.В. ГАЛАЧЕНКО**, кандидат медичних наук, доцент*
кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***Т.І. ЖИЛЕНКО**, студентка групи ФР-61-15м(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
Л.П. СТЕПАНЕЦЬ**, **С.О. СТЕПАНЕЦЬ**, **О.О. СИНИЦЯ
Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГІПОТЕНЗІЮ

Первинна гіпотензія, або нейроциркуляторна дистонія (НЦД) за гіпотонічним типом, є комплексним порушенням вегетативної рівноваги. В умовах сучасного розвитку суспільства є однією із найзагадковіших і тяжко виліковних хвороб. Гостра артеріальна гіпотензія небезпечна для здоров'я й життя хворих і потребує

негайного лікування [10, с. 76].

Актуальність цієї проблеми підтверджується ще і тим фактом, що даною патологією страждають переважно люди молодого віку, найбільш працездатна частина населення. Поширеність серед дорослого населення складає від 4,2 до 32,45%, у віці від 20 до 50 років. Причому, існують деякі особливості поширення серед жінок і чоловіків в певних вікових групах: до 20 років артеріальна гіпотонія зустрічається у жінок в 16,6%, а у чоловіків – лише в 2,4% спостережень, у віці від 21 року до 30 років – в 38,5% і 14,5%, від 31 року до 40 років – в 18,1% і 3,9% і від 41 до 50 років – в 4,4 і 1,9% відповідно [8]. Причому 79% спостережень складають особи розумової праці [6].

НЦД є захворюванням з різною етіологією, в розвитку якого беруть участь генетичні та набуті фактори, що ведуть до порушення нейрогуморальної та ендокринної регуляції тонусу переважно серцево-судинної системи. Це проявляється різноманітними клінічними симптомами і синдромами, що виникають в більшості випадків при стресових ситуаціях [4, 6].

Таким чином, можна спостерігати явище супутніх (поєднаних) патологій, котре в англомовній літературі має назву «коморбідні стани» – одночасне ураження двох органів або систем, або «мультиморбідність» – коли уражені три або більше систем [9].

Спадкова схильність до формування вегетативної дистонії частіше передається по материнській, рідше – з боку батька або обох лініях і в цілому проявляється в 34-80,1% випадків. Нейровегетативний профіль пацієнта часто повторює одного з батьків, переважно матері. Відомо, що чим важче протікає захворювання у батьків, тим раніше воно проявляється у дітей через успадкування типу реагування на стрес [3].

У кардіологічних хворих основні фенотипічні ознаки, що визначають перебіг захворювань, представлені показниками метаболічного і гемодинамічного статусу [7, с. 107]. Тому першочергового значення набуває розробка ефективних методів реабілітації і профілактики, що перешкоджають прогресуванню вже існуючого захворювання, а також забезпечують більш повне вилікування хвороби та попередження рецидивів нейроциркуляторної дистонії за гіпотонічним типом.

Мета дослідження: розробка та визначення ефективності комплексної програми фізичної реабілітації хворих на НЦД за гіпотонічним типом (первинну гіпотензію).

Завдання дослідження:

1). Вивчити особливості хвороби НЦД за гіпотонічним типом та відібрати учасників для проведення комплексної програми реабілітації.

2). Дослідити вплив фізичної реабілітації на гемодинамічну функцію серцево-судинної системи учасників програми.

3). Дати оцінку ефективності застосування методів фізичної реабілітації у хворих на первинну гіпотензію.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилось на базі клінічного санаторію «Хмільник» та спортивного клубу «TOP GYM». Нами було обстежено 30 хворих жінок віком від 24 до 45 років (34,5±3,8 років) з діагнозом «НЦД за гіпотонічним типом». У медичних картах учасників були зафіксовані супутні патології: астенія на фоні неврозу та депресивних станів (27 осіб або 90%), вегетативні шкірні розлади, дискінетичний синдром з боку шлунково-кишкового тракту (26 осіб або 86,7%), гіпермобільність суглобів (12 осіб або 40%), панічні атаки (3 особи або 10%), міопія (2 особи або 6,7%) та інші.

Нами використовувались такі методи дослідження:

- аналіз наукової та методичної літератури;
- аналіз медичної документації хворих на НЦД;
- дослідження варіабельності серцевого ритму [1];
- проби Штанге і Генчі – для визначення стійкості організму до гіпоксії;
- визначення функціонального стану вегетативної нервової системи проводилося за допомогою ортостатичної проби;
- анкетування за О.М. Вейном – для спостереження за рівнем вегетативного тонусу [2];
- результати дослідження оброблені методом математичної статистики.

Враховуючи, що головною причиною розвитку і загострення нейроциркуляторної дистонії є розлади діяльності нервової системи, зокрема вегетативного відділу, психічні травми, нервові перенапруження, нами досліджений функціональний стан симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи [6]. З цією метою проведена кардіоінтервалографія та електрокардіографія за допомогою апарату «Cardiotest».

Заходи фізичної реабілітації були спільними для всіх учасників дослідження. До програми реабілітації входило: лікувальне харчування, масаж, лікувальна фізкультура (ЛФК), фізіотерапія (контрастний душ, гідролазерний душ, аероіонотерапія, сауна суха, загартовування) та оздоровлююча рефлексотерапія (Су-Джок –

базисне лікування), фітотерапія, раціональна психотерапія.

Результати дослідження. За умови призначення однакових процедур усім учасникам дослідження, в кінці терміну реабілітації були проведені заплановані проби на визначення стійкості організму до гіпоксії та дослідження функціонального стану вегетативної нервової системи.

При аналізі варіабельності серцевого ритму встановлена загальна потужність спектра (ТР) – 3687 мс^2. Дані спектрограми свідчать про переважання симпато-парасимпатичного впливу над гуморально-метаболічним, так як високочастотні коливання (HF) складають 2278 мс^2, або 61,8%, низькочастотні коливання (LF) складають 619 мс^2, що становить 16,8% і дуже низькочастотні коливання – 789 мс^2, відповідно 21,4%. Найбільший внесок в регуляцію серцевого ритму вносить парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи (ВНС). Також спостерігається дисбаланс ВНС, з переважанням парасимпатичних впливів, що відображає співвідношення LF/HF, рівне 0,27.

При проведенні проби Штанге до початку тренувань і в кінці кожного тренувального місяця в групах були отримані наступні показники. На початку курсу показники досліджуваних жінок були нижче допустимої норми. Середня тривалість затримки дихання після повного вдоху – 27,9±1,1 с (норма для здорових нетренованих особи 40-50 с). В результаті тренувань спостерігається збільшення часу затримки дихання до 59,5±0,9 с, або на 113%.

Подібні висновки можна зробити і з даних, отриманих при проведенні проби Генчі. Здорові нетреновані особи при проведенні цієї проби можуть затримати подих на видиху протягом 20-30 с. Учасники програми до початку тренувань затримували дихання в середньому на 17,1±1,2 с, а після тренувань – 35,6±0,5 ($P<0,05$), що свідчить про зростання показника на 108%.

Результати досліджень свідчать не лише про відновлення дихання до нормального рівня, але й про значний темп зростання даного показника, тобто про очевидну ефективність програми реабілітації. Проведення ортостатичної проби в групах дало наступні середні показники (табл. 1).

З даних таблиці 1 видно, що регулярні фізичні вправи вдосконалили вегетативне забезпечення гемодинамічної функції серцево-судинної системи. При нормальній збудливості симпатичного відділу повинно відбуватися збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) не більше ніж на 18-27% від вихідної величини.

Отримані цифри до початку тренувань говорять про підвищену

(несприятливу) збудливість симпатичного відділу вегетативної нервової системи та нормальний її стан після тренувань.

Таблиця 1

Середні показники ортостатичної проби (M±m при n=30)

Показник	до початку тренувань			через 6 місяців тренувань		
	лежачи	стоячи	Δ,%	лежачи	стоячи	Δ,%
Частота серцевих скорочень (ЧСС), уд/хв	77,9± 0,8*	103,2± 0,6*	32,5	57,8± 0,5*	69,1± 0,7*	19,6
Артеріальний тиск (АТ), мм рт. ст.	92,5/58,3 ±1,4*	98,5/ 62,8 ±0,7*	С – 6,5; Д – 7,7	119,2/ 78,3 ±1,4*	120,3/ 80,5 ±0,7*	С – 0,9; Д – 2,8

* результати до і після реабілітації достовірні (P<0,05)

За даними шкали вегетативного тонусу (анкета О.М. Вейна) спостерігається зниження вегетативного дисбалансу в усіх учасників (табл.2). Після проведення реабілітації відзначалося зменшення головного болю (88,2%), запаморочення та порушень сну. Спостерігалося зменшення скарг на блідість обличчя, оніміння, похолодання і пітливість кистей і стоп (більш як на 96%). Загалом відбулося покращення по всім показникам (82% і вище). Помітно підвищився рівень працездатності (86,2%).

Таблиця 2

Результати впливу комплексної програми фізичної реабілітації на показники вегетативної дисфункції

№	Клінічні ознаки	Кількість осіб, що мали скарги (n/%)*		
		до початку тренувань	після 6 місяців тренувань	Δ, %
1	Схильність до почервоніння чи блідості обличчя при хвилюванні	13	2	-84,6
		43,33	6,67	
2	Оніміння чи похолодання пальців кистей і стоп	26	1	-96,2
		86,67	3,33	
3	Підвищена пітливість кистей і стоп	24	3	-87,5
		80,00	10,00	

Продовження табл. 2

4	Утруднене дихання (нестача повітря)	28	5	-82,1
		93,33	16,67	
5	Головний біль, запаморочення	17	2	-88,2
		56,67	6,67	
6	Зниження працездатності, швидка втомлюваність	29	4	-86,2
		96,67	13,33	
7	Порушення сну	13	1	-92,3
		43,33	3,33	

* результати до і після реабілітації достовірні (P<0,05)

На підставі отриманих даних можна зробити наступні висновки. При виконанні складеної програми фізичної реабілітації на прикладі досліджуваних груп виявився їх позитивний вплив на організм осіб, що займаються. У досліджуваних осіб підвищилася стійкість до гіпоксії. Все це, в кінцевому підсумку, поліпшило роботу серцево-судинної, дихальної та нервової систем. Крім того, учасники досліджень відзначили поліпшення сну, загального самопочуття, а у деяких з них спостерігалася повна відсутність головного болю, підняття загального тонусу і працездатності.

Отже, дана комплексна програма фізичної реабілітації показала свою ефективність на практиці і може бути рекомендована до застосування в інших випадках захворювання на НЦД за гіпотонічним типом.

Список використаних джерел

1. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и практическое применение: тез. докл. IV всерос. симп. / Н.И. Шлык, Р.М. Баевский. – Ижевск: УдГУ, 2008. – 344 с.

2. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегето-сосудистая дистонія / А.М. Вейн, А.Д. Соловьева, О.А. Колосова. – М.: Медицина, 1981. – 269 с.

3. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine // Evid. Based Med. – 2010. – №15(6). – P. 165-166.

4. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конев // Лечащий врач. – 2008. – №2. – С. 22-25.

5. Маракушин Д.І. Оцінка стану симпатоадреналової системи організму при первинній артеріальній гіпотонії / Д.І. Маракушин, І.М. Ісаєва // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – №2(1). – С. 164-167.

6. Нейроциркуляторна дистонія: нові аспекти лікування / Н.М.

Середюк, Н.М. Галюк, Т.В. Налужна // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Том 19, №2. – С. 98-100.

7. Пономаренко Г.Н. Актуальные вопросы физиотерапии: избранные лекции / Г.Н. Пономаренко. – СПб., 2010. – 238 с.

8. Торохтин О.М. Подходы к оценке результатов реабилитации больных НЦД /О.М. Торохтин // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2000. – №1. – С. 10-12.

9. Фенотипические особенности строения соединительной ткани у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Р.Г. Оганов, Е.С. Котовская, В.В. Гемонов // Кардиология. – 1994. – №10. – С. 22-27.

10. Цюпак Т. Використання засобів реабілітації у відновлюючому лікуванні хворих на нейроциркуляторну дистонію / Т. Цюпак, О. Дрозд // Молодіжний науковий вісник СНУ ім. Л. Українки: Фізичне виховання і спорт. – 2013. – №10. – С. 76-79.

***В.С. КОРЧИНСЬКИЙ**, доктор медичних наук,*
старший науковий співробітник,
професор кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
Л.В. ТУПКО**, **А.С. ОСІПЕНКО**, **І.В. ІЄРІСОВА
Дитячий реабілітаційний центр ім. Б. Литвака, м. Одеса,
***І.В. ПІНАЄВА**, студентка групи ФР-61-51м(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»

СУЧАСНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

В Україні однією з найбільш гострих є проблема лікування та реабілітації дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи. Узагалі, дитяча інвалідність на 60-70% представлена патологією нервової системи. Провідною ж патологією нервової системи є ДЦП.

Дитячий церебральний параліч – це збірний термін для групи захворювань, які проявляються, в першу чергу, порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Це захворювання важко інвалідизує дитину, не тільки уражаючи рухову систему, але і викликаючи порушення мови та інтелекту, не даючи їй ні розвиватись, ні влитись в соціум [5].

Одним із найважливіших методів відновлення при ДЦП є фізична

реабілітація. Вона починається ще в перші роки життя дитини, відразу після встановлення діагнозу, та продовжується все її життя. На сьогоднішній день існує безліч пропозицій щодо лікування та реабілітації хворих з дитячим церебральним паралічем.

Значний внесок у розвиток методів реабілітації ДЦП внесли Берта і Карел Бобат. Ще в 40-х роках ХХ століття вони почали розробляти свій підхід, що базувався на клінічних спостереженнях Берти Бобат. Спочатку Карел і Берта Бобати відстоювали необхідність ставити дитину в спеціальні «положення, що придушують патологічні рефлекси». Хоча перебування дитини в цих положеннях і приводило до зниження спастики, але Бобати згодом прийшли до висновку, що це зниження тонусу тимчасове і не зберігається при виконанні дитиною інших рухів. Надалі вони підкреслювали важливість впливу на «ключові точки контролю». При цьому вплив фізіотерапевта проводився під час рухової активності дитини і був спрямований на придушення патологічних рухових моделей і стимулювання розвитку більш правильних рухів [2; 4].У своїй останній публікації автори прийшли до висновку, що вони занадто багато уваги приділяли розвитку автоматичних реакцій випрямлення, дотримуючись неправильного припущення, що дитина зможе спонтанно перенести цей досвід (навичку) на свідомо контрольовані рухи. Після цього вони почали більше розвивати в дитини можливості самій керувати своїми рухами й особливо рівновагою. Вони також прийшли до висновку, що було помилковим сприяти руховому розвитку дитини, жорстко дотримуючись нормальної послідовності моторного розвитку.

Завдяки своїм публікаціям, лекціям і курсам, що інтенсивно проводили, як вони особисто, так і їхні учні, Бобат-концепція, відома також як «нейророзвиваюча терапія» (NeuroDevelopmentalTreatment, NDT), широко поширилася в усьому світі і вплинула на загальний розвиток принципів реабілітації дітей із ДЦП після другої світової війни [1; 2; 4].

В 1950-1970 рр. чеський лікар В. Войта виявив, що на певні подразнення в певних положеннях тіла діти відповідають повторюваними руховими реакціями тулуба та кінцівок. За допомогою регулярних подразнень, при дотриманні заданих вихідних положень і точок подразнення, відбувалася активація рухових рефлексів (рефлекторна локомоція). Суть Войта-терапії полягає в тому, щоб примусити мозок активізувати «природжені збережені зразки руху» та скоординувати їх із мускулатурою тулуба й кінцівок. Дуже важливо розуміти наступне: першим у роботу під час проведення Войта-терапії включається мозок, що стимулюється терапевтом. Тепер завдання

мозку – знайти провідники – нерви, які, в свою чергу, активізують природжені зразки руху та передадуть їх в опорно-руховий апарат дитини (ручки, ніжки, пальчики, шийку) [5].

І Бобати, і В. Войта приділяли більше уваги руховій сфері дитини. Та після другої світової війни угорським лікарем та педагогом Андрашем Петьо була розроблена методика ритмічного спонукання, яка геніально поєднала високу кваліфікацію медика з досвідом педагога. «Відверніться, нарешті, від паралізованих м'язів і займіться особистістю в її цілісності», – у цих словах Петьо афористично виражений підхід до розвитку дитини, що не розділяє душу, тіло і свідомість. У цьому сенсі система Петьо викликала революцію в підходах, які існували раніше [1; 4].

Сенс кондуктивної педагогіки – це багатосторонній розвиток особистості на підставі активних знань. Для цього забезпечується комплексна програма, яка в залежності від віку відображає образ і ритм життя здорової дитини (включаючи її фізичні, психічні та соціальні потреби). Особливість кондуктивної педагогіки – це заняття в групі. Дослідження показали, що загальні заняття мотивують не тільки дитину, а й батьків теж. Кожна дитина включається в спільну роботу зі своїми індивідуальними можливостями. Завданням співробітників кондуктивної педагогіки є виявлення здібностей кожної дитини, на основі цього складання програми, навчання батьків і початку робочого процесу. Умовою подальшого розвитку дитини є щоденне використання вчиненого і продовження занять удома. У цьому ключову роль відіграють батьки, які на основі набутих знань, забезпечують продовження цього процесу.

Згадана система знайома під назвами: кондуктивна педагогіка, система Петьо, кондуктивістика. Спочатку цей підхід використовувався лише в інституті кондуктивної педагогіки в Будапешті, який носить ім'я автора, а з часом набув популярності і став застосовуватися в багатьох країнах світу [1; 2].

Проблемою церебрального паралічу займалися науковці і Радянського Союзу. Так, одним з них була К.О. Семенова. Автором був розроблений і сконструйований лікувальний костюм «Аделі» із вмонтованими у нього спеціальними реклінаторами (К.А. Семенова, 1999, 2007). Під дією реклінаторів слабшало напруження великих грудних м'язів, що є тригером для формування тонічних рефлексів, якінайбільшінтенсивновпливають на м'язи тазового поясу. Даний метод призводить до певної нормалізації чи тенденції до нормалізації ряду структур головного та спинного мозку, з чим і пов'язані позитивні клінічні зрушення в неврологічному та ортопедичному

статусі дитини і поліпшення її нейрофізіологічних показників [2; 4].

У 1993 році була офіційно визнана в Україні і одержала широкий міжнародний авторитет методика українського вченого В.І. Козявкіна. Основним компонентом методики є біомеханічна корекція хребта та великих суглобів у поєднанні з комплексом лікувальних заходів: рефлексотерапією, лікувальною фізкультурою, системою масажу, ритмічною гімнастикою, механотерапією й апітерапією. Дана авторська методика відновлення рухів хребта направлена на ліквідацію функціональних блоків хребтових рухових сегментів, відновлення активності автохтонних м'язів тулуба і направлення потоку пропріоцептивної інформації в центри [2]. Виходячи із власного досвіду і досвіду батьків, які знаходились на реабілітації в м. Трускавець, в клініці професора Козявкіна, можу сказати, що такі застарілі методи, як масаж, ЛФК, мануальна корекція хребта, які проводяться в клініці всім без винятку, в обов'язковому порядку, показані далеко не всім дітям, а також являються недоцільним і не ефективним, так як мають короткочасну позитивну динаміку, її відсутність або негативний ефект, у дітей які мали навик ходьби. При лікуванні дітей з ДЦП потрібно розуміти еволюцію нервової системи і способів створення умов для її розвитку, бажано ґрунтуючись на усвідомлених, активних рухів дитини. А це можливо тільки при навчанні батьків спеціальних вправ і самостійних заняттях в домашніх умовах.

Однак, якщо проаналізувати результати лікування за вище вказаними методами та методиками, то якихось безумовно якісних зрушень не відбулось. Не дивлячись на всі намагання спеціалістів, діти з діагнозом ДЦП залишаються в такому ж стані, як і двадцять років назад. Можна сказати, що в даному випадку кількість не перейшла в якість. Але теоретичні роботи саме таких вчених як В. Войта «глобальних локомоцій» 1964, К. Семенової «Динамічна пропріоцептивна корекція», 1999 (рефлекторно-навантажувальний костюм «Аделі») вчинили вплив на принцип, який ліг в основу створення програми «РУКА-МОЗОК», методу нейродинамічного моделювання рухів (НМР) [6].

Сама по собі назва говорить про те, що основні зусилля технології програми «РУКА-МОЗОК» зосереджені переважно на прийомах, що поліпшують функціональність верхніх кінцівок. Для того, щоб дитина могла соціалізуватись їй необхідно вчитися. Очевидним є те, що успіх занять з педагогами і психологами (розвиваючі ігри, навчальні методики) і т. д. залежать, перш за все, від функціональних можливостей рук. Вільно діючі руки необхідні дитині для освоєння

рухів, необхідних в побуті. Навіть для того, щоб самостійно пересуватись на візку, дитині потрібні РУКИ. Для того, щоб встати на ноги та ходити, дитині потрібні сильні РУКИ. У той же час, саме з цього боку очевидний великий пробіл практично у всіх сучасних комплексних методів.

Однією із найбільш продуктивно нових ідей методу НМР є виконання вправ в умовах замкнутого кінематичного ланцюга (ЗКЛ). Саме принцип ЗКЛ адекватно відповів на специфічний виклик, що визначає основну причину розвитку клініки ДЦП [6]. За допомогою виконання вправ в умовах ЗКЛ, вдається запобігти або послабити закріплення патологічних синергій, а також пов'язаних із ними, уникнути формуванню контрактур і деформацій. Тренування м'язів в умовах ЗКЛ чинить виражену нормалізуючу дію на м'язовий тонус. За словами В. Шаргородського, «умови ЗКЛ створюють лавинний потік скоригованих аферентних імпульсів, що надходять від структур рухової системи в головний мозок».

Таким чином, метод НМР є унікальним по своєму специфічному впливу методом пропріоцептичної корекції розвитку дитини з діагнозом ДЦП. Головним завданням цього методу є створення нейродинамічних та біомеханічних умов (свого роду фундаментом) для формування близьких до фізіологічних норм моделей координованої роботи м'язів.Створення близьких до норми алгоритмів рухів призводить до мобілізації резервних здібностей мозкових структур в силу їх пластичності й здатності до компенсації [6].

На сьогоднішній день багато науковців залучають до реабілітації дітей з церебральним паралічем тварин. Так з'явилися такі нові методи реабілітації, як дельфінотерапія та іпотерапія.

Дельфінотерапія – новий напрямок реабілітації, що працює в Україні не більше 13-15років. Він є альтернативним, нетрадиційним методом психотерапії, де в центрі психотерапевтичного процессу лежить спілкування людини та дельфіна. Засновник психоаналізу і автор терміну «дитячий церебральний параліч» Зігмунд Фрейд одного разу сказав: «Лікування – це театр». Наступною складовою дельфінотерапії, безперечно, являється ігрова мотивація. Дельфіни – природжені артисти. По суті, вони постійно знаходяться у грі. З кинутим м'ячем, спійманою рибою, взагалі з будь-яким предметом, який випадково опинився у басейні. Так само гра продовжується і з дитиною, яка знаходиться поруч з дельфіном в якості пацієнта. Під час безпосереднього контакту з дельфіном з'являється безліч нових імпульсів, стимулюючих мозок і ЦНС дитини. Після встановленого контакту між дитиною і дельфіном виникає комунікативний резонанс і

наступає фаза спільного функціонування. У дитини з'являються різні нові для нього відчуття, стимулюється сприйняття, пам'ять, увага, мислення, мова, а також формуються елементи соціальних відносин [6].

Іпотерапія (від грецького «hippos» – кінь) – метод лікування, заснований на взаємодії дитини з конем, адаптований до можливостей дитини в навчанні верховій їзді.Однією із значних властивостей коней є здатність створювати особливий ритм руху, індивідуальний для кожного вершника. З точки зору біомеханіки кінь – це явище, запропоноване нам самою природою в такому вигляді, начебто це спеціально створений комплекс для лікування ДЦП. При верховій їзді тренуються механізми рівноваги, настає природна нейромоторна інтеграція образу тіла, в процесі заняття покращується відносна рухливість таза і плечей, відбувається нормалізація тонусу м'язів спини і живота. Кінетика верхової їзди така, що позиція «вершника» в значній мірі сприяє усуненню контрактур приведених м'язів стегна, а також вдосконалення механізмів підтримки пози [6]. При верховій їзді м'язи спини тварин, здійснюючи тривимірні рухи, масажують м'язи ніг дитини – внутрішню сторону стегон, ікроножні м'язи, гомілкостоп, пахову область.Однак для забезпечення ефективності і стабільності результатів, отриманих в процесі верхової їзди, необхідна особлива підготовча робота. На думку Джона Тібі, «лікувальні властивості коня будуть служити ефективним засобом реабілітації тоді, коли ми будемо їх направляти точно і обережно». Достатньо подивитись на дитину, сидячу верхом на коні з опущеною головою і судорожно приведеними до тулуба руками, як стає зрозуміло, що при такій картині більшість із перерахованих вище механізмів не будуть реалізовані.

Для того, щоб час і сили були вичерпані не дарма, повернемось до методики «нейрокінезотерапії», методу НМР, де описані прийоми специфічного впливу, які створюють необхідну базу для їзди на конях. В цьому контексті іпотерапію можна віднести до вторинного етапу в лікувально-корекційній роботі. Таким чином, можна сказати, що органічне поєднання прийомів нейрокінезотерапії та верхової їзди створюють ефективну комбінацію високоякісного рівня [6].

Висновки. На сьогоднішній день існує багато методів та методик для подолання цієї недуги. Усі вони направлені на різні ланки захворювання, проявів захворювання та своєю кінцевою метою мають покращення соціально-побутової адаптації пацієнта. Опанування побутових навиків може суттєво зменшити важкі обов'язки людей, які доглядають за дитиною, а також значно підвищити впевненість у собі і самооцінку дитини.

В лікувально-корекційній роботі важливу роль відіграє програмний підхід, адже маючи послідовну та раціональну програму, можна цілком прогнозовано залучити цих дітей до соціального життя і досить істотно знизити навантаження на державу в сьогоденні та майбутньому.

Список використаних джерел

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2003. – 568 с.

2. Козявкін В.І. Методика проф. В.І. Козявкіна. Система інтенсивної нейрофіозіологічної реабілітації. Блок кінезіотерапії / В.І. Козявкін, Б.Д. Волошин. – Трускавець: Міжнародна клініка відновного лікування, 2004. – 125 с.

3. Микитюк К.В. Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей / К.В. Микитюк // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків: ХДАФК. – 2009. – №1. – С. 147-150.

4. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи: навчально-методичний посібник / В.Ю. Мартинюк, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.

5. VaclavVojta. Das Vojta-Prinzip, 3 / VaclavVojta, Annegret Peters. – Auflage, Springer Heidelberg, 2007. – 240 p.

6. Смолянинов А., Ванчова А. РУКА-МОЗГ / А. Смолянинов, А. Ванчова. – К.: «EPSYNEL», 2013. – 109 с.

В.С. КОРЧИНСЬКИЙ*, доктор медичних наук,*
старший науковий співробітник,
професор кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
А.М. ДМИТРУК*, студент групи ФР-61-15м(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
І.М. ГІРНИК, К.П. ІГНАТЮК,
Н.П. БУБЛИК, О.О. СИНИЦЯ
Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ФІБРОМІАЛГІЮ

Фіброміалгія (ФМ) – ревматичне захворювання, що характеризується генералізованою м’язовою слабкістю (відчуттям втоми) і хворобливістю при пальпації характерних ділянок тіла, що позначаються як болючі точки. Термін «фіброміалгія» походить від латинського fibro-, що означає фіброзна (сполучна) тканина, грецького

myo-, яке означає м'яз, і грецького algos – біль. Таким чином, термін буквально має на увазі «біль м'язів і сполучної тканини». За даними статистики, фіброміалгія вражає 2-8% населення, з співвідношенням жінок до чоловіків приблизно між 7 до 1 і 9 до 1.

Крім болю можуть зустрічатися інші симптоми, тому використовується термін фіброміалгічного синдрому (ФМС). До інших симптомів відносяться відчуття втоми, яке веде до порушення життєдіяльності, порушення сну і функціонального зменшення рухомості у суглобах. Деякі хворі скаржаться на проблеми з ковтанням (дисфагія), розлади кішківника і сечового міхура, оніміння і поколювання, когнітивну дисфункцію. Фіброміалгія часто поєднується з такими психіатричними станами як депресія, тривога, стрес асоційованими розладами, а саме посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Історичні аспекти говорять, що розвиток концепції фіброміалгії вказував на основну важливість фіброзиту у цьому синдромі, як опублікували Smythe і Molodfsky у 1977 році (сучасна концепція фіброміалгії, які ввели цей термін і визначили характерний симптом фіброміалгії – локальну підвищену чутливість, так звані больові точки (tender points). У 1984 році був знайдений зв'язок між фіброміалгічним синдромом і іншими схожими станами і у 1986 році дослідження щодо перших запропонованих препаратів для лікуванння було проведено і опубліковано.

Основний симптом фіброміалгії – хронічний дифузний біль, не зумовлений жодною патологією скелетно-м'язового апарату, який турбує пацієнта протягом ≥ 3 міс. Біль носить дифузний характер, поширюється по всьому тілу вище і нижче талії. У пацієнтів із фіброміалгією при фізикальному обстеженні виявляють лише підвищену чутливість або болючість у певних точках тіла. Дослідження болючих точок потребує досвіду. Згідно з критеріями ACR, визначено 9 пар болючих точок при фіброміалгії (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS), 2012). Наявність не менше 11 із 18 специфічних больових чутливих точок (ЧТ) свідчить про наявність у пацієнта фіброміалгії. Тиск у цих точках має становити 4 кг/см^{2}. При пальпації 18 больових точок рекомендують здійснювати рівномірний тиск на парні точки і з тим же зусиллям пальпувати інші ділянки тіла для порівняння чутливості [1].

Одним із найважливіших механізмів формування хронічного болю при фіброміалгії є феномен центральної сенситизації (ЦС). Він характеризується тим, що після тривалої периферичної ноцицептивної стимуляції залишається певний рівень збудження в центральних сенсорних нейронах заднього рогу, який підтримує біль навіть за

відсутності надалі периферичної патології. Однак у численних дослідженнях продемонстровано, що ЦС може розвиватися при порушеннях у ЦНС без периферичного ушкодження. Таким прикладом є фіброміалгія. Сьогодні доведено, що ЦС, а також порушення нисхідного (норадренергічного і серотонінергічного) інгібіторного контролю болю виникають при фіброміалгії не внаслідок периферичних змін у м'язах, фасціях, зв'язках або сполучній тканині, а в результаті нейродинамічних порушень ЦНС в осіб з генетичною схильністю під впливом великої кількості стресових (фізичних і психічних) подій [2].

Реабілітація хворих ФМ є особливо актуальною проблемою, так як жоден з відомих методів відновного лікування на сьогоднішній день не дозволяє добитися стійкого терапевтичного ефекту. На підставі аналізу публікацій важко уявити ефективність того чи іншого методу, спрямованого на відновлення порушених функцій, виходячи зі ступеня вираженості патологічного процесу.

Мета дослідження полягає в розробці і обґрунтуванні поєднаного застосування різних засобів фізичної реабілітації в лікуванні хворих на фіброміалгію для поліпшення якості їх життя.

Актуальність даного дослідження зумовлена поширеністю ФМ, значимістю медичних і соціальних аспектів захворювання з урахуванням економічних втрат, необхідністю розробки диференційованого підходу до терапії і реабілітації ФМ з урахуванням клініко-функціональних особливостей перебігу захворювання та появи нових засобів реабілітації .

Завдання дослідження:

1). Вивчити із сучасних літературних джерел етіологію, патогенез, класифікацію, клініку фіброміалгії.

2). Проаналізувати ефективність фізичної реабілітації у хворих на фіброміалгію і її вплив на функціональний стан опорно-рухового апарату, активність запального процесу, вегетативну регуляцію серцево-судинної системи і дихальної системи.

3). Розробити диференційовані програми фізичної реабілітації з урахуванням клінічних варіантів фіброміалгії.

Об'єкт дослідження: сучасні методи фізичної реабілітації хворих на фіброміалгію.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводились на базі клінічного санаторію «Хмільник». Стан основних систем організму оцінювали за допомогою стандартних клінічних, лабораторних, біохімічних та інструментальних методів у 32 хворих на ФМ. Як контроль обстежені 13 здорових учасників. Діагноз ФМ

встановлювали на основі критеріїв ACR. Вираженість больового синдрому, втоми, порушень сну оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) (Meenan R.F., 1982). Визначення ЧТ виконували за допомогою долориметрії. Точку вважали позитивною, якщо обстежуваний відчував біль при натисканні долориметром з зусиллям, меншим за 4 кг/см2.

В результаті обстеження у хворих на фіброміалгію було виявлено наявність больового синдрому, підвищення тонусу м'язів і гіпотрофія, порушення сну у 100% пацієнтів, стомлюваність – у 91,0% , ранкова скутість – у 85,2% і депресія – у 80,5% хворих.

Фізичну реабілітацію хворих ФМА проводили в 3 етапи.

Перший етап (3 дні) – спрямований на міорелаксацію. Завданнями фізичної реабілітації на цьому етапі є купірування больового синдрому і зниження м'язового спазму. Засобами фізичної реабілітації для вирішення цих завдань є розвантаження ураженого відділу хребта, корекція становищем, масаж (погладжування, розтирання), дихальні вправи, фізичні вправи, спрямовані на розслаблення уражених м'язів, психологічна корекція.

Другий етап (7 днів) – спрямований на міокорекцію і створення оптимального рухового стереотипу. Завданнями 2-ої етапу є відновлення нормального кровообігу в області патологічного вогнища з метою стимуляції регенеративно-репаративних процесів, зміцнення м'язів попереку і нижніх кінцівок. Засобами фізичної реабілітації на цьому етапі є фізичні вправи різної спрямованості (на релаксацію м'язів, ізометричні, ізотонічні), масаж, аеробні вправи та інактивація хворобливості точок в поєднанні з точковим масажем.

Третій етап (1,5 тижня) – спрямований на міотонізацію і закріплення нових статокинетичних установок. Завданнями цього етапу були: подальше зміцнення м'язів попереку і нижніх кінцівок, відновлення оптимального динамічного стереотипу. Засобами фізичної реабілітації для вирішення цих завдань є ізотонічні вправи, спрямовані на відновлення рухливості в поперековому відділі хребта; ізометричні вправи для м'язів попереку і нижніх кінцівок; вправи на фіт – м'ячі; вправи, спрямовані на відновлення нормальної постави; вправи, спрямовані на зміцнення м'язів тулуба і кінцівок (вправи з опором і обтяженням; вправи на гімнастичних снарядах і з гімнастичними предметами); вправи, спрямовані на корекцію деформацій ураженого відділу хребта; вправи, спрямовані на розслаблення уражених м'язів; вправи, спрямовані на зміцнення паравертебральних м'язів і збільшення рухливості ураженого відділу хребта, класичний масаж.

Результати дослідження. У групі хворих на ФМ було 5 (15,6%)

чоловіків та 27 (84,4%) жінок, у контрольній – 2 (15,4%) чоловіки та 11 (84,6%) жінок. Середній вік обстежених у контрольній групі становив 45,0±12,2 року, у групі хворих на ФМ – 44,4±11,8 року. Тривалість захворювання у хворих становила від року до 15 років. Діагностика ФМ полягає в дослідженні ЧТ. Як пацієнти з ФМ, так і здорові особи контрольної групи продемонстрували наявність певної кількості ЧТ, специфічних для ФМ. Кількість ЧТ у групі контролю була 3,0±1,52, у хворих на ФМ – 14,2±2,45. За даними долориметрії середня величина больового порогу в ЧТ у хворих на ФМ порівняно з особами контрольної групи була достовірно нижчою (2,6±0,51 та 4,5±0,21 кг/см² відповідно). При дослідженні середніх величин больового порогу по позитивних точках також виявлено достовірні розбіжності. Так, у хворих на ФМ зазначений показник становив 2,4±0,42 кг/см², у групі контролю – 3,5±0,22 кг/см². Найбільші відмінності результатів вимірювань зареєстровано за показником «дефіцит долориметрії», який визначався як різниця між нормальною величною долориметрії (4 кг/см²) та величиною больового порогу в позитивній ЧТ. Величина цього індексу у хворих на ФМ була більшою в рази (група контролю – 1,4±1,02 кг/см², хворі на ФМ - 21,3±6,84 кг/см²).

Загальноприйнятною для ФМ вважається оцінка вираженості основних клінічних проявів за ВАШ. Зміна інтенсивності болю вважалася об'єктивною, якщо нове значення ВАШ відрізнялося від попереднього більш ніж на 1,3 бала або 13 мм. Згідно із загальноприйнятим стандартом, зниження рівня болю на 1,5-2,0 бала вважається мінімальним , на 3,0 – помірним , на 5,0 і більше – істотним. Рівень болю обстежених пацієнтів коливався від 2,1 до 8,5 бала і в середньому становив 5,1±1,53 бала. Цей показник відповідає больовим відчуттям середньої інтенсивності. Рівень втоми за ВАШ визначено хворими на рівні 6,5±1,67 бала, а порушення сну – 6,3±2,71 бала. Пацієнтам проводилися оцінки в балах по ВАШ – в день надходження в санаторій, в подальшому – кожні 3 дня. Отримані дані порівнювалися.

ЛФК застосовувалась у формах лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять по кілька разів на день. Комплекси складались з простих загальнорозвиваючих, дихальних статичних та динамічних вправ і спеціальних вправ на розслаблення м'язів, що прилягають до уражених суглобів [8].

Список використаних джерел

1. Внутрішня медицина і тривожно-депресивні розлади: підруч. для студ. ВМНЗ / В.І. Денисюк. – Вінниця: Консоль, 2011. – 571 с.

2. Джус М.Б. Фіброміалгія – міф чи реальність / М.Б. Джус //

Український медичний вісник (Therapia). – 2010. – №6. – С. 10-14.

3. Епифанов В.А. Методы физической реабилитации при фибромиалгии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2000. – №3. – С. 42-45.

4. Епифанов В.А. Лечение фибромиалгии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов // ЛФК и массаж. – 2007. – №1. – С. 39-42.

5. Lopez-Pousa S. В лечении пациентов с фибромиалгией / S. Lopez-Pousa, C. Lombardia, R. Novell // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – №2. – С. 33-38.

6. Орос М.М. Фіброміалгія: аспекти діагностики та особливості лікування / М.М. Орос // Український медичний часопис. – 2014. – №3. – С. 77-81.

7. Перебатюк Л.С. Поширеність та клінічні особливості фіброміалгії за критеріями ACR 1990, mACR2010 та шкалою SIQR в українській когорті хворих на ревматоїдний артрит / Л.С. Перебетюк, М.А. Станіславчук // Український ревматологічний журнал. – 2015. – №3. – С. 40-45.

8. Фибромиалгия: вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и терапии / О.Г. Морозова // Здоров'я України. Темат. номер: Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. – 2012. – №4. – С. 8-10.

***В.С. КОРЧИНСЬКИЙ**, доктор медичних наук,*
старший науковий співробітник, професор
кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***Г.Б. КОЖУХІВСЬКА**, студентка групи ФР-61-15м*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***В.Ф. ШМАЛЬ**, **Л.П. ЖИЛЮК**, **Л.В. ФУРМАН**,*
Т.В. КОРОЛЬОВА**, **О.М. НІКИТЮК
Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ МЕНОПАУЗАЛЬНОМУ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Захворювання серцево-судинної системи займає одне з провідних місць серед причин захворювання і смертності у жінок у менопаузальний період. Особливу групу хворих високого кардіологічного ризику формують жінки в постменопаузі. Розвиток менопаузального метаболічного синдрому (ММС) ініціюється

дефіцитом естрогенів і зустрічається у 35-49% жінок старших вікових груп. У жінок перименопаузального віку частота розвитку артеріальної гіпертензії збільшується до 52,4%, що у свою чергу, підвищує ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) у три рази, інсультів – у 7 разів. З кожним наступним десятиріччям життя частота смертності жінок від серцево-судинних захворювань зростає в 3-5 разів [4, с. 36].

Відомо, що наслідком естрогенного дефіциту є підвищення активності ренінангіотензин-альдостеронової системи (РААС), симпатичної нервової системи (СНС), дисфункція ендотелію судин, що також є одним з провідних механізмів формування артеріальної гіпертензії (АГ) у жінок в пост менопаузі. Статеві гормони визначають характер розподілу жирової тканини: естрогени і прогестерон впливають на локацію жиру в сіднично-стегновій ділянці (гіноїдний тип), андрогени відповідають за андроїдний (абдомінальний тип) з абдомінальною локацією жиру. Основним проявом ММС є збільшення маси тіла після менопаузи з формуванням абдомінально-вісцерального ожиріння [2, с. 176]. За результатами багатьох досліджень, швидка надбавка маси тіла після менопаузи відбувається приблизно у 60% жінок. Під час менопаузи відбувається посилення глюкокортикостероїдної стимуляції, що веде до збільшення розмірів абдомінальних адипоцитів і абдомінального перерозподілу жиру. Доведено, що у жінок у пост менопаузі в порівняні з пацієнтками репродуктивного віку визначається підвищення рівня норадреналіну в крові, крім того, у перших більш виражене стрес індуковане підвищення концентрації норадреналіну [6, с. 183]. Відомо, що одним з основних чинників маніфестування вісцерального ожиріння є збільшення рівня тестостерону, що позитивно корелює із показниками окружності талії та кількості абдомінального жиру за даними комп'ютерної томографії. У жінок у пост менопаузі знижується рівень білка, який зв'язує статеві стероїди, що призводить до підвищення формуванню абдомінального ожиріння. Таким чином, усі метаболічні порушення, що виникають після менопаузи, взаємопов'язані між собою і ще більш посилюють несприятливий вплив дефіциту статевих гормонів на серцево-судинну систему.

Тому для поліпшення ситуації під час постменопаузи виникла ідея створення концепції ММС полягає у виділенні популяції пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком, у яких проведення профілактичних заходів, що включають модифікацію способу життя і застосування лікарських заходів можуть значно вплинути на основні показники здоров'я. При цьому органопротекторний ефект нормалізації АТ дозволяє на 51% зменшити число основних серцево-

судинних подій у пацієнтів з ММС, в той час як гіполіпідемічна і протидіабетична терапія дозволяє знизити їх лише на 36 і 16% відповідно [4, с. 37]. Виявлення в клінічній практиці пацієнті з ММС є важливим заходом, тому що всі його компоненти піддаються модифікації за допомогою немедикаментозних і медикаментозних заходів корекції. Велика увага приділяється немедикаментозним заходам корекції: підтриманню достатнього рівня фізичної активності, контролю енергетичної цінності їжі, зниженню вживання жирів та підтримці адекватної маси тіла [1, с. 197]. Нормалізація маси тіла відіграє провідну роль у лікуванні пацієнтів із МС: зменшення вмісту вісцерального жиру сприяє корекції інших компонентів ММС та є профілактикою розвитку ЦД II типу у пацієнтів із порушеною толерантністю до глюкози [5, с. 35]. З огляду на особливе значення немедикаментозних заходів корекції факторів ММС, засоби фізичної реабілітації стають методами вибору у таких пацієнтів, основою первинної і вторинної профілактики ССЗ. Мета дослідження – вивчитив плив комплексного санаторно-курортного лікування на основні компоненти при менопаузальному метаболічному синдромі.

Матеріали та методи. Було обстежено 36 пацієнтів на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з підвищенням АТ I-II ступеню та ММС. Вік обстежуваних 48,1±3,4 роки, всі жінки. Діагноз ГХ встановлювали відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів 2008 рік. ММС діагностували згідно з Консенсусом з менопаузального метаболічного синдрому 2009 року у разі виявлення трьох і більше з наведених критеріїв: абдомінального ожиріння, що визначається як окружність талії (ОТ): > 80 см для жінок, рівень тригліцеридів (ТГ) > 1,7 ммоль/л, рівень холестерину ліпопоротеїнів високої щільності (ХЛПВЩ) < 1,3 ммоль/л для жінок, артеріальний тиск >130/85 мм рт. ст., гіперглікемія натще >5,6 ммоль/л. Ступінь ожиріння визначали за величиною індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до рекомендацій ВООЗ (1997). Проводили загальноклінічне дослідження: загальний аналіз крові і сечі, аналіз крові на вміст реактивного білку, цукру, холестерину і його фракцій, креатиніну, сечової кислоти, коагулограму. Для оцінки інсулінорезистентності використовували індекс HOMA, який розраховували за формулою HOMA = інсулін (Мод/мл) х глюкозу (ммоль/л)/22,5. При підвищенні цього показника понад 2,77 діагностували інсулінорезистентність. Для оцінки стану вегетативної нервової системи проводили варіаційну пульсометрію за методикою Р.М. Баєвського [8, с. 256; 7, с. 85].

В залежності від наявності діагностичних критеріїв ММС хворі були розподілені на дві групи. До І групи включено 17 хворих з

гіперінсулінемією, дисліпідемією, АГ, абдомінальним ожирінням, яким було призначено дієту №8, радонові вани, сегментарний масаж, ЛФК, пневмопресинг, магніто-лазеро-ультразвукову терапію (МЛУЗТ). До ІІ групи віднесли 19 хворих з гіперінсулінемією, порушенням толерантністю до глюкози, АГ, дисліпідемією (європейський тип без ожиріння). Програма реабілітації цих пацієнтів включала: дієту №10, радонові вани, ЛФК, озонотерапію та сегментарний масаж. Отриманні дані були статистично опрацьовані за допомогою програми «MicrosoftExcel». Перевірку гіпотез про достовірність різниці двох середніх для зв'язаних вибірок виконували за допомогою t-критерію Ст'юдента. Результати вважали достовірними при рівні їх статистичної значимості $p < 0,005$.

Результати. Після завершення санаторно-курортного лікування у клінічному санаторії «Хмільник» у двох групах хворих спостерігали високу ефективність комплексів фізичної реабілітації. При цьому цільовий рівень АТ був досягнутий у хворих І групи з наявністю абдомінального ожиріння і ІР. У пацієнтів І групи відзначався найбільш значний відсоток зниження САТ на 13,1% і ДАТ на 12,4% порівняно з вихідними даними. Суттєвої динаміки ЧСС серед групи пацієнтів відзначено не було. Дані зміни АТ асоціювались з динамікою показників варіабельності серцевого ритму. Вихідні значення інтегрального показника ІН відзначалися великою дисперсією, у деяких пацієнтів відповідали таким при стресі (>300 ум. од) і свідчать про значну перевагу симпатичної ланки регуляції.

Після завершення лікування спостерігали позитивну динаміку у всіх пацієнтів: зменшення ступеню вираженості напруги вегетативної регуляції і зниження симпатикотонії, що проявлялося вірогідним зниженням середніх значень ІН. Оцінка змін шляху реалізації цетрального стимулювання проводилося за показниками Мо, АМо, ПАПР. У пацієнтів І групи спостерігався нервовий шлях центрального стимулювання, що свідчить про виражений дисбаланс вегетативної нервової системи: гіперактивність симпатичного і пригнічення парасимпатичного відділів. Після курсу лікування відзначена позитивна тенденція у всіх пацієнтів: зменшення дисбалансу вегетативної нервової системи і дисфункції вищих коркових і гіпоталамічних центрів регуляції АТ. Це підтверджують достовірні зміни АМо, ПАПР. У пацієнтів ІІ групи переважав нервовий шлях центрального стимулювання (72%), гуморальний у 28% хворих. Після проведенного лікування відзначено вірогідне зниження ІН і ІВР, що є ознакою зниження активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Також спостерігали вірогідне зниження ПАПР, що

свідчить про зниження напруги адаптаційних механізмів серцево-судинної системи. Аналіз вихідних даних вуглеводного обміну продемонстрував, що у хворих І групи порівняно з другою групою відзначався найвищий рівень інсуліну крові (15,4±1,5 Мод/мл), що зумовило в них ІР (підвищення HOMA-індексу до (3,63±0,4ум.од). У хворих другої групи спостерігався найвищий рівень глюкози натще 5,6±0,7 ммоль/л (HOMA-індекс 3,1±0,2 ум.од.). Зміни глікемії після завершення комплексу фізичної реабілітації у двох группах були невірогідними. Однак, особливу увагу привертає вплив проведенного лікування на гіперінсулінемію як основний лабораторний маркер ІР, що було виявлено на початку дослідження у хворих І групи. Призначення у цій групі радонових ванн, пневмопресингу, МЛУЗТ призвело до поліпшення стану вуглеводного обміну у вигляді зниження рівня гіперінсулінемії, що проявлялося відповідним зниженням індексу HOMA від 3,63±0,4 до 2,69±0,2 ум.од. Це вказує на зниження ІР під впливом комплексної терапії і відображає коригуючий вплив на основну ланку патогенезу МС. Механізм впливу, можливо пов'язаний, покращенням секреції інсуліну, підвищенням чутливості інсулінових рецепторів, оптимізацією утилізації глюкози, зменшенням глюконеогенезу і тонусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи. У І групі нормалізація показників ліпідограми була більш значимою: зниження рівня загального холестерину і атерогенної фракції ХСЛПНЩ, тригліцеридів і підвищення рівня ХСЛПВЩ. Механізм гіполіпідемічного впливу, можливо, зумовлений стимуляцією функції печінки при МЛУЗТ, її здатністю до накопичення ліпідів і наступної їх утилізації і виведення. Експериментально показано також, що магнітне поле з частотами (1-100 Гц) стимулює функцію цитохрому Р-450 (залізовмісний гемопротеїд, який посилює мікросомальне окислення ЛПНЩ [7, с. 86]. Одним із можливих механізмів дії МЛУЗТ на рівень ліпідів у крові є вплив на стан вегетативної нервової системи, зумовлений симпатолітичним ефектом. У пацієнтів ІІ групи, що отримували озонотерапію спостерігали зниження рівня загального холестерину і тригліцеридів. Зниження рівня ТГ зумовлено здатністю озону активувати киснезалежні процеси, внаслідок чого посилюється окислення нестерифікованих жирних кислот, а також з окисленням продуктів неокислювального метаболізму НЕЖК в скелетних м'язах, які є причиною порушення інсулінозалежної утилізації глюкози.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що застосування диференційованих комплексів фізичної реабілітації з вкюченням сучасних методів фізіотерапії у хворих на ММС спричиняє позитивний

вплив на показники гемодинаміки, вуглеводного та ліпідного обмінів. Пріоритетними у виборі засобів фізичної реабілітації мають бути безпечність і ефективність лікування, вивчення особливостей дії сучасних фізичних чинників при ММС з метою профілактики ускладнень, лікування та фізичної реабілітації також хворих є важливим медико-соціальним завданням [3, с. 33].

Висновки та перспективи подальших розробок. При побудові комплексу фізичної реабілітації для хворих на менопаузальний метаболічний синдром необхідно враховувати його варіанти, вираженість порушень вуглеводного та ліпідного обміну, а також лікувальні дії фізичних факторів. Застосування диференційованих програм фізичної реабілітації дозволяє досягнути цільових значень артеріального тиску, істотно покращити показники ліпідного обміну, чутливість тканин до інсуліну (за визначенням індексу HOMA) в основному за рахунок зменшення гіперінсулінемії. Профілактика менопаузального метаболічного синдрому полягає у ранньому виявленні його детермінант, створенні і оцінці специфічних ідентифікаторів (етнічних, генетичних, соціальних), стратегії зниження ризику цукрового діабету і серцево-судинних захворювань.

Список використаних джерел

1. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинський, Г.М. Савельева. – М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2009. – 763 с.

2. Карр Ф. Акушерство, геникология и здоровье женщины / Ф. Карр. – М.: Изд-во: МЕДпресс-информ, 2005. – 176 с.

3. Лукомский И.В. Физиотерапия, лечебная физкультура, масаж / И.В. Лукомский. – Минск: Вышэйшая школа, 2010. – 384 с.

4. Мітченко О.І. Особливості лікування артеріальної гіпертензії у жінок із менопаузальним метаболічним синдромом. / О.І. Мімченко, В.Ю. Романов, Т.В. Беляєва, І.В Чулаєвська // Артериальная гипертензия. – 2012. – №2. – С. 75-83.

5. Соломенкчук Т.М. Кардіоваскулярне здоров’я сучасної жінки: головне про ризик і превентивні заходи / Т.М. Соломенкчук // Здоров’я України. – 2016. – №1. – С. 34-35.

6. Стругацкий В.М. Физические фактори в акушерстве и гинекологии / В.М. Стругацкий. – М.: Медицина, 1981. – 208 с.

7. Сосин И.Н. Клиническая физиотерапия / И.Н. Сосин. – К.: Здоровье, 1996. – 86 с.

8. Транквиллитати А.Н. Востановление здоров’я / А.Н. Транквиллитати. – М.: Физкультура и здоровье, 1999. – 256 с.

***В.С. КОРЧИНСЬКИЙ**, доктор медичних наук,*
старший науковий співробітник, професор
кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***Н.М. САМУНЬ**, студентка групи ФР-61-15м(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***І.В. ЧЕСНІК**, **Ю.П. БУБЛИК**, **В.В. ВИСОЦЬКА**,*
Д.П. ІЩУК**, **С.О. СИНИЦЯ
Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОБЛІТЕРУЮЧОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

Актуальність проблеми облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок (ОЗАНК) визначається передусім їх частотою. За даними епідеміологічних досліджень, на долю ОЗАНК припадає більше 20% усіх видів серцево-судинної патології, тобто вони зустрічаються у 2-3% усього населення [Нейкотаін., 1997; Гуч, 2002; Дзяк, 2003]. Число цих хворих збільшується з віком, складаючи на 6-7-му десятилітті життя вже 5-7% [Гуч, 2002].

Облітеруючі ураження артерій нижніх кінцівок є одним із найчастіших проявів атеросклерозу, який залишається серед головних проблем медицини третього тисячоліття [Нейкотаін., 1997; Pignone et al., 2000]. Облітеруючий атеросклероз є найпоширенішим захворюванням і спостерігається частіше у людей старше 40 років. Якщо реалізація державних програм у США призвела до помітного зниження кількості хворих із закупорками артерій, то в Україні за останні роки констатовано їх збільшення, особливо серед осіб працездатного віку.

Соціальні наслідки перехідного стану економіки нашої держави зумовлюють той факт, що більшість хворих із облітеруючим атеросклерозом звертаються за допомогою у пізніх стадіях, коли оклюзії приймають «багатоповерховий» характер і загроза втрати кінцівки є високою [Нейкотаін., 1997; Зербино, 1977]. Головною особливістю даної патології є постійно прогресуючий перебіг, який характеризується зростанням вираженості кульгавості і переходом її в постійний больовий синдром або гангрену, що виникає у 15-20% хворих. Летальність у хворих ОЗАНК протягом перших років після ампутації коливається у межах 20-30%, а через 5 років 50-75%. При цьому після ампутації гомілки через 2 роки на протезі ходять лише

69,4%, а протезі стегна – лише 30,3% [Савельев, Кошкин, 1997]. Це визначає і соціальне значення вказаної проблеми.

У 80-х роках були отримані результати перших багаторічних досліджень, в яких відстежувався причинно-наслідковий зв'язок між випадками серцево-судинних ускладнень (ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарду) і чинниками ризику. Було виявлено, що в розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), пов'язаних з атеросклерозом бере участь більше 200 чинників ризику [Bowlingetal, 1999]. Серед них, три чинники, що модифікуються, виявилися найбільш значущими: куріння, артеріальна гіпертонія і гіперхолестеринемія.

Ураження периферичних артерій підвищує ризик захворювання на інфаркт міокарду у 4 рази (включаючи тільки фатальний інфаркт міокарду та іншу смерть в результаті ураження коронарних артерій), і підвищує ризик виникнення інсульту у 2-3 рази (включаючи транзиторні ішемічні атаки) [Дзяк, 2003].

Проте, вивчення облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок поки що не привело до розкриття їхньої природи в такій мірі, щоб забезпечити вирішальну ефективність терапевтичних заходів. Реабілітація після виконання ампутації не припиняється і є важливим чинником. Зазвичай, в комплекс фізичної реабілітації включають фізичні тренування, природні преформовані лікувальні чинники, які мають властивість позитивно впливати на фактори ризику виникнення та головні механізми прогресування стадій атеросклерозу.

Таким чином, очевидна актуальність проблеми: існує необхідність пошуку терапевтичних, щадних і водночас ефективних методів лікування, реабілітації і профілактики ОЗАНК.

Мета дослідження: вивчення ефективності застосування методів фізичної реабілітації при облітеруючому атеросклерозі судин нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі клінічного санаторію «Хмільник». Обстежено 38 хворих на облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок. Вік обстежених 58±4,5 року, всі чоловіки. Ступінь хронічної артеріальної недостатності (ХАН) встановлювали у відповідності із класифікацією Російського товариства ангіологів і судинних хірургів (2007), що враховує вираженість ішемічних розладів кінцівок і дані ультразвукової доплерографії. Визначали толерантність до фізичного навантаження на велоергометрі за методикою субмаксимальної проби. Проводилося лабораторне обстеження: загальний аналіз крові і сечі, аналіз крові на вміст С-реактивного білку, цукру, холестерину і його фракцій, коагулограма.

Стан гемодинаміки нижніх кінцівок визначали методом комп'ютерної реографії за допомогою аппарату «REGINA-2002» в стандартному положенні. При якісному візуальному аналізі РВГ вивчали висоту і форму хвиль. Для кількісної оцінки реограми враховували наступні показники: анакротичний індекс (а/Т) – відношення тривалості анакроти до тривалості всієї хвилі, дикротичний індекс (ДІ) – відношення величини амплітуди на висоті інцізури до величини амплітуди систолічної хвилі, реографічний індекс (РІ) – відношення величини амплітуди реографічноїхвилі до величини стандартного сигналу, середню швидкість повільного кровонаповнення (Vср.) – відношення величини амплітуди повільного наповнення до тривалості цьогоперіоду. Основними характеристиками гемодинаміки були: тонус судин (а/Т, ДІ) і їх кровонаповнення (РІ.Vср.).

Регіональний систолічний тиск на задній великогомілковій і плечовій артеріях визначали методом ультразвукової доплерографії з наступним визначенням гомілково-плечового індексу (ГПІ).

В залежності від локалізації ураження судин нижніх кінцівок проксимального і дистального типу за даними реовазографії і доплерографії хворі були розподілені на дві групи. До І групи віднесли (18 чол.) з ураженням артерій проксимального типу. Програма реабілітації цих пацієнтів включала: І-ІІ режим санаторно-курортного лікування, дієта №10, радонові ванни, імпульсне магнітне поле, ВЛОК, сегментарний масаж, ЛФК.

До ІІ групи включено 20 хворих з ураженням артерій дистального типу, яким було призначено вихрові ванни, пневмопресинг, високотонову терапію, сегментарний масаж, ЛФК, дозовану лікувальну ходьбу з індивідуальним темпом. Оцінку результатів лікування проводили за допомогою критеріїв змін клінічного статусу пацієнтів (шкала оцінки клінічного статусу при ХАН – А.І. Кириєнко, В.М. Кошкін (2007)): значне покращення (+3), помірне покращення (+2), мінімальне покращення (+1), без змін (0), незначне погіршення (-1), помірне погіршення (-2), значне погіршення (-3).

Отримані дані були статистично опрацьовані за допомогою програми «Microsoft Excel». Перевірку гіпотез про достовірність різниці двох середніх для зв'язаних вибірок виконували за допомогою t-критерію Стьюдента. Результати вважали достовірними при рівні їх статистичної значимості $p < 0,05$.

Результати. Обговорення. Програма дослідження передбачала вивчення факторів ризику, які могли б призвести до розвитку облітеруючого атеросклерозу. При цьому було з'ясовано, що лише

25,4% пацієнтів І групи і 36,7% ІІ групи знали про наявні фактори ризику. Це свідчить про недостатню увагу лікарів до діагностики та профілактики даного захворювання.

Аналіз професійного складу пацієнтів І групи показав значну перевагу робітників (16 чол.) над службовцями (4 чол.). Серед робітників абсолютну більшість становили люди, праця яких пов'язана з різними шкідливими факторами: газоелектрозварювальники 6 чол., робітники гальванічних цехів – 5 чол., слюсарі – 3 чол., трактористи – 2 чол. Ми також з'ясували, що 73,4% хворих палили, а 64,3% зазнали впливу шкідливих факторів, що пов'язані з професійною діяльністю. Особливо слід зазначити, що у 56,7% хворих ці фактории були поєднані.

Аналіз професійного складу пацієнтів ІІ групи показав значну перевагу службовців (13 чол.) над робітниками (5 чол.). У цій категорії хворих основними факторами ризику були: цукровий діабет (31,2%) або порушена толерантність до глюкози, артеріальна гіпертензія (27,4%), абдомінальне ожиріння (36,9%), збільшення загального холестерину (100%), мікроальбумінурія (52,4%). Врахування двох останніх показників призвело до того, що у 75,6% хворих спостерігалося 3 і більше факторів ризику. Це вказує на наявність дуже високого ризику у даної групих хворих.

Після курсу реабілітації в обох группах хворих загальний стан і самопочуття значно покращились. Пацієнти відзначали збільшення толерантності до фізичного навантаження, зниження больового синдрому. У 18 хворих І групи з І-ІІ ст. ХАН відзначали збільшення дистанції ходьби на 50 м. У 6 хворих ІІ групи з І ст. ХАН і у хворих з ІІ ст. ХАН збільшилась дистанція ходьби на 100 і 50 м., а у 5 пацієнтів з ІІб ст. ХАН стан не змінився за даними навантажувального тесту. Толерантність до фізичного навантаження зросла у пацієнтів ІІ групи з 92±4,5 вт/хв. до 117±3,9 вт/хв. ($p<0,05$) в перші групі – з 85 ±5,7 вт/хв. до 97±3,5 вт/хв. ($p<0,05$).

Результати наших досліджень показали, що після застосування комплексу фізичної реабілітації у хворих І групи в показниках РВГ відбулися вірогідні зміни у порівняні з даними до початку лікування. Так, периферичний тонус артерій великого і середнього калібру суттєво зменшився на обох кінцівках ($p<0,05$). Відзначалось також покращення кровонаповнення судин обох кінцівок (вірогідне збільшення значень PI, Vср). Останній факт дає змогу трактувати зазначені зміни, як позитивний вплив комплексу фізичної реабілітації на функціональний стан артерій нижніх кінцівок.

Аналіз показників РВГ у ІІ групі хворих після проведення

комплексу реабілітаційних заходів суттєвих змін тонусу великих артерій не виявив, тоді як в артеріях малого калібру відбулося суттєве його зменшення. Що стосується кровонаповнення судин ніг у даної категорії хворих, то відзначалося їх покращення, особливо це було характерно для судин середнього і малого калібру.Отримані позитивні результати можна пояснити відмінністю патогенетичних механізмів ангіопатій і впливом комплексів фізичної реабілітації.

За період спостереження відзначалась чітка позитивна динаміка ліпідного і вуглеводного обміну у хворих обох груп.

У пацієнтів ІІ групи, що приймали комплексне лікування, нормалізація показників ліпідограми була вірогідно більш ефективнішою: зменшилася атерогенна фракція тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності, збільшився рівень ліпопротеїдів високої щільності.

Вважається, що зниження ліпотоксичного впливу на бета-клітини підшлункової залози призводить до оптимізації синтезу інсуліну і покращення його периферичних ефектів.

Виражене покращення мікроциркуляції при застосуванні комплексу реабілітації (дієта №10, радонові ванни, імпульсне магнітне поле, ВЛОК, вихрові ванни, пневмопресинг, високотонова терапія, сегментарний масаж, ЛФК, дозована лікувальна ходьба з індивідуальним темпом) призводило до більш інтенсивного споживання глюкози м’язами, збільшення аеробного гліколізу.

У хворих двох груп відзначали покращення показників коалукрами: вірогідне зниження протромбінового індексу і тенденція до зниження АЧТЧ, а також зниження рівня сечової кислоти.

З модифікованих факторів ризику не вдалося досягти зменшення кількості пацієнтів з абдомінальним ожирінням. На наш погляд, зміни харчових звичок у досліджуваних хворих були недостатні, а відносно малий термін спостереження не дав змоги відмітити суттєвого зниження ваги. У подальшому пацієнтам рекомендовано більш сумлінно виконувати рекомендації щодо дієти.

Висновки та перспективи подальших розробок.

1). При побудові комплексу фізичної реабілітації для хворих з облітеруючим атеросклерозом необхідно враховувати ступінь серцево-судинного ризику, ступінь хронічної артеріальної недостатності, толерантність до фізичного навантаження, а також лікувальні дії фізичних факторів.

2). Введення диференційованих програм фізичної реабілітації дозволяє істотно покращити толерантність до фізичного навантаження, показники реовазограми, ступінь хронічної артеріальної

недостатності і корегувати наявні фактори ризику. Запропоновані комплекси фізичної реабілітації дозволяють покращити мікроциркуляцію і тромбоцитарний гемостаз.

3). Профілактика облітеруючого атеросклерозу полягає у ранньому виявлені факторів ризику, оцінці сумарного кардіоваскулярного ризику і їх корекції. Хворим з високим кардіоваскулярним ризиком рекомендовано призначення гіполіденемічних препаратів і дезагрегатів.

Патогенетичні механізми дії факторів фізичної реабілітації на систему мікроциркуляції, гемостазу і системне запалення потребують подальшого дослідження.

Список використаних джерел

1. Гуч А.А. Патогенетические аспекты нарушений микроциркуляции при облитерирующем атеросклерозе артерій нижних конечностей / А.А. Гуч // Український медичний часопис. – 2002. – №5. – С. 111-116.

2. Гуч А.О. Роль порушень регуляції мікроциркуляторного русла в патогенезі облітеруючого атеросклерозу артерій нижніх кінцівок / А.О. Гуч // Шпильна хірургія. – 2002. – №1. – С. 7-9.

3. Дзяк Г.В. Запалення та імунологічні зміни при гострих коронарних синдромах: чи необхідна зміна стандартів терапії? / Г.В. Дзяк // Нова медицина. – 2003. – №4. – С. 26-32.

4. Зербино Д.Д. Васкулиты и ангиопатии / Д.Д. Зербино. – К.: Здоров’я, 1977. – 104 с.

5. Лікування атеросклерозу судин нижніх кінцівок: проблеми та перспективи / Є.М. Нейко, Н.М. Середюк, С.М. Геник // Журнал АМН України. – 1997. – №2. – С. 325-331.

6. Савельев В.С. Критическая ишемия нижних конечностей / В.С. Савельев, В.М. Кошкин. – М.: Медицина, 1997. – 160 с.

***В.С. КОРЧИНСЬКИЙ**, доктор медичних наук,*
старший науковий співробітник, професор
кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***Д.О. ШЕНЕЛЕНКО**, студент групи ФР-51-15м*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
В.Ф. ШМАЛЬ, Л.П. ЖИЛЮК,
Л.В. ФУРМАН, Т.В. КОРОЛЬОВА
Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

Цукровий діабет (ЦД) за визначенням ВООЗ, є групою метаболічних (обмінних) захворювань, які характеризуються гіперглікемією внаслідок недостатньої секреції і дії інсуліну або обох факторів та супроводжуються порушенням усіх видів обміну речовин [1, с. 42; 4, с. 31]. Для України, як і для інших країн світу, цукровий діабет – проблема не тільки медична, але й соціальна. Соціальне значення цукрового діабету в тому, що він призводить до ранньої інвалідізації та смерті і розвитку судинних та неврологічних ускладнень: мікроангіопатії (ретинопатії, нефропатії, ангіопатії), макроангіопатії (інфарктміокарда, інсульт, гангрена нижніх кінцівок), нейропатії, також є частою причиною сліпоти та смертності від уремії. В світі нараховується більш, ніж 170 млн. таких хворих, що складає біля 3% населення планети. З кожним роком їх кількість збільшується на 5-10% і у 2015 р. може досягти 240 млн. З віком частота захворюваності підвищується, досягаючи 10-15% у людей старших 65 років.

У зв’язку з наведеними даними, проблема лікування і профілактики ЦД є надзвичайно актуальною. В окремих країнах створені цільові програми, спрямовані на зменшення захворюваності на ЦД, підвищення тривалості та якості життя, зниження смертності від нього, а їх рамках – центри реабілітації хворих на дане захворювання з залученням для досягнення перерахованих цілей природних факторів, зокрема, мінеральних вод, бальнеотерапії [2, с. 84; 6, с. 22]. Тим більше, що бальнеотерапія в комплексі з дієтотерапією, фізичними навантаженнями, застосуванням інсуліну і пероральних цукрознижуючих препаратів є важливим додатковим методом лікування хворих на ЦД, спрямованих на регулювання обмінних процесів, попередження появи і прогресування його

ускладнень [3, с. 808; 5, с. 224].

Провідним методом санаторно-курортної реабілітації хворих на ЦД є питне лікування мінеральними водами. Зокрема, встановлена здатність гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої мінеральної води при її внутрішньому курсовому застосуванні зменшувати клінічні прояви, достовірно знижувати рівень глікемії, покращувати вуглеводний обмін [2, с. 85; 4, с. 32].

Призначення гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої мінеральної води по 200 мл тричі в день призводило до інактивації інсулінази та нормалізації рівня глюкози в крові стимулювало утворення в організмі резерву речовин, що обумовлюють активність інсуліну. Незважаючи на переконливі дані про ефективність санаторно-курортного лікування ЦД, включаючи внутрішній прийом різних типів мінеральних вод, питання подальшого вивчення і застосування вимагають продовження.

Мета нашого дослідження – вивчити ефективність внутрішнього курсового застосування гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої Збручанської мінеральної води у хворих на ЦД типу 2 на етапі реабілітаційного лікування.

В дослідження було включено 57 хворих на ЦД типу 2, розділених на дві групи в залежності від способу лікування. Першу з них склали 29 хворих (середній вік (57,6±1,3 роки), а другу – 28 хворих на ЦД типу 2 (середній вік (55,9±1,7 роки), що лікувались у санаторії Хмільник. Тривалість захворювання у всіх обстежених становила в середньому (8,1±0,8) років.

Базисна терапія для хворих на ЦД типу 2 обох груп включала дієтичне харчування (дієта №9), метформін (сіофор), доза якого підбиралась шляхом титрування і складала від 500 до 1000 мг двічі на добу. Пацієнтам І групи, окрім загального лікування, призначали внутрішній прийом Збручанської мінеральної води, мінералізації 8 г/л з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла на добу, розділивши добову дозу на три прийоми за годину до їди, на протязі 18-23 днів.

Концентрацію інсуліну в крові натще досліджували імуноферментним. Враховуючи наявність в крові хворих на ЦД антитіл до інсуліну, важливим є визначення концентрації в ній С-пептиду, який відображає вміст власногоінсуліну, а у відповідь на збільшення рівня глюкози в крові наступає розщеплення проінсуліну на інсулін і С-пептид [5, с. 224]. По кількості останнього можна умовно судити про рівень інсуліносекреторної здатності клітин підшлункової залози [6, с. 22].

З метою оцінки інсулінорезистентності розділений індекс HOMA-IR, розроблений і запропонований Matthews. До і після лікування

проводилось ультразвукове дослідження печінки. Статистичну обробку отриманих результатів опрацьовано за допомогою комп'ютерної програми STA.

Оцінка клінічних ознак ЦД типу 2 свідчить, що після проведення лікування у першої групи рівень скарг знизився на 54,1% , а у хворих 2 групи, через три тижні зникла лише у 40,9%. Поліурія, відмічена до лікування відповідно у 54% обстежених, після проведення курсу лікування питною водою, вона продовжувалась у 13,1% хворих, і у тих хворих 2 групи аж у 27,6%. Свербіж шкіри, що мав місце на початку лікування зменшився на 49,1% у перші групі та 58,1% хворих другої групи. Відчуття загальної слабкості через три тижні відчували 50,1% хворих першої групи і 66% другої групи після проведеного лікування з включенням гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої Збручанської мінеральної води.

Рівень гіюкози натще у хворих, що отримували усередину гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої Збручанську мінеральну воду, знизився в середньому в 1,3 рази (з (9,29±0,41) до (6,82±0,28) ммоль/л, $P<0.01$), а на фоні цукрознижуючої терапії – у 1,2 рази (з (7,62=2=0,36) до (6,35±0,30) ммоль/л, $P<0,05$).

Отримані результати узгоджуються з відомими в літературі даними [4, с. 33] про вірогідне зниження рівня глікемії у хворих на ЦД типу 2 під впливом курсового прийому гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої Збручанської мінеральної води.

Враховуючи, що при ЦД типу 2 найбільше клінічне значення має втрата чутливості до інсуліну м'язової, жирової тканини і печінки, тобто розвивається інсулінорезистентність, а одним із загальноприйнятих її критеріїв є індекс HOMA-IR вищий за 2,31, нами вивчався рівень даного показника з метою оцінки ефективності лікування ЦД типу 2. Результати дослідження цього показника засвідчили його зниження з (6,5±0,4) до (4,3±0,2) ум. од. ($P<0,05$) у хворих на ЦД типу 2, які приймали гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої Збручанську мінеральну воду, при відсутності достовірної динаміки у обстежених другої групи: (5,9±0,4) ум. од. – до і (5,1±0,3) ум. од. через 21 день від початку спостереження. Позитивні зміни індексу інсулінорезистентності під впливом комплексного санаторно-курортного лікування з внутрішнім прийомом теплого нарзану усередину встановили і інші дослідники.

Мінеральні води, прийняті усередину, здатні активувати інсулінову регуляцію метаболічних процесів за рахунок ранньої фази секреції інсуліну та регуляції виділення інтестінальних гормонів [5, с. 225]. Базальна секреція інсуліну забезпечує оптимальний рівень

глікемії і метаболізму через пригнічення продукції глюкози печінкою та підвищення чутливості периферичних тканин до нього, сприяє засвоєнню глюкози [6, с. 23]. Зниження інсулінорезистентності якраз і можна пояснити зростанням базальної секреції інсуліну під впливом гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої Збручанської мінеральної води. Про стимулюючий вплив мінеральної води на функціональний стан (β-клітин також свідчить зростання рівня С-пептиду з (6,09±0,26) до (8,16±0,35) нг/мл (P<0,05) у хворих на ЦД типу 2, що отримували питне лікування.

Поряд зі зниженням інсулінорезистентності, стимуляцією інсуліноутворенням у хворих на ЦД типу 2, що отримували усередину мінеральну воду, покращились показники ліпідного спектра крові. Так, концентрація загального холестерину в сироватці крові знизилась з (5,50±0,03) до (5,00±0,06) ммоль/л (P<0,05) у хворих основної групи і з (5,48±0,08) до (5,19±0,06) ммоль/л – контрольної. Рівень тригліцеридів у хворих на ЦЦ типу 2, які приймали гідрокарбонатно-магнієво-натрієву Збручанську мінеральну воду, зменшився (з (2,3±0,2) до (1,87±0,16) ммоль/л (P<0,05), а у пацієнтів контрольної групі не змінився ((2,48±0,17) – до та (2,19±0,11) ммоль/л – через аналогічний період спостереження).

А.Д. Куимов [3, с. 809] пояснює такий ефект питних мінеральних вод їх вибірковим стрес-впливом через стимуляцію виділення жовчі та захопленням із сироватки холестерина для підсиленого синтезу жовчних кислот. Окрім того, наближенню показників ліпідограми до нормального рівня може сприяти покращення функціонального стану печінки під впливом мінеральної води, про що свідчить зниження її гіперехогенності (за даними ультразвукового дослідження) після лікування у 83% обстежених основної групи за відсутністю змін у пацієнтів контрольної. Активність АлАТ, підвищена до лікування у 54,2% хворих на ЦД типу 2, по завершенню курсового прийому лікувальної води знизилась з (1,03±0,07) до (0,65±0,07) ммоль/л (P<0,05). В той час як у хворих контрольної групи вірогідного зменшення не відбувалось: (1,07±0,08) – до лікування і (0,87±0,05) ммоль – після).

Таким чином, курсове застосування гідрокарбонатно-магнієво-натрієвої Збручанської мінеральної води у хворих на ЦД типу 2 сприяло зниженню інсулінорезистентності та гіперглікемії, гіперліпідемії, покращує функціональний стан печінки і може бути рекомендовано як метод реабілітаційного лікування даного захворювання.

Список використаних джерел

1. Анциферо М.Б., Волковой А.К. Пероральные сахароснижающие препараты в лечении сахарного диабета 2 типа / М.Б. Анциферо, А.К. Волковой. // Медицинский совет. – 2007. – №2. – С. 42-50.
2. Гальтмутдинова Л.Т., Савельева Е.М., Магомедов Ф.Х. Профилактика сахарного диабета / Л.Т. Гальтмутдинова, Е.М. Савельева, Ф.Х. Магомедов // Сб. тез. первого междунар. конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация». – Москва. – 2004. – С. 84-85.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика / И.И. Дедов, М.В. Шестакова. – М.: Изд.-во «Мед. информ. агенство», 2011. – 482 с.
4. Елизаров А.Н., Разумов А.Н., Фролков В.К. Немедикаментозная коррекция метаболических нарушений при абдоминальном ожирении / А.Н. Елизаров, А.Н. Разумов, В.К. Фролков. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2008. – №3. – С. 31-34.
5. Ефремов А.С., Ткач С.Н. Санаторно-курортное лечение больных сахарным диабетом / А.С. Ефремов, С.Н. Ткач. – К.: Альтерпрес, 2001. – 226 с.
6. Могила А.В. Питьевые минеральные воды и диета с повышенным содержанием пищевых волокон в курортном лечении больных сахарным диабетом 2 типа: дисс. канд. мед. наук. / А.В. Могила. – Пятигорск, 2007. – 151 с.

***С.І. ЛОМИНОГА**, кандидат медичних наук,*
старший викладач кафедри реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***О.О. КУЦ**, викладач кафедри реабілітаційних технологій*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***С.С. БУРДЕЙНИЙ**, студент групи ФР-51-15м(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЛОСКОСТОПОСТІ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

Питання профілактики порушень опорно-рухового апарату, зокрема, профілактики плоскостопості й корекції опорно-ресорної функції стопи в різних категорій осіб, є досить актуальним [1, с. 13].

Програма по фізичному вихованню навчальних закладів передбачає збереження і зміцнення здоров'я, підвищення рівня їх функціональної і фізичної підготовки. Широкі можливості фізичного виховання визначають пошук нових форм організації із включенням великого кола заходів, що збільшують як загальний обсяг фізичного навантаження, так і зацікавленість у фізичному удосконалюванні.

Серед нових підходів до відновної терапії при порушеннях опорно-рухового апарату фахівці називають різноманітні види масажу, постізометричну релаксацію, мануальну терапію, синергетичну рефлексотерапію [3]. Проте, найбільш ефективними засобами корекції порушень ОРА були й залишаються засоби фізичного виховання.

Так, для зміцнення порушень опорно-рухового апарату, зокрема склепінь стопи, та корекції порушень постави дорослих А.В. Добежин довів доцільність комплексного застосування локальних силових вправ, що виконуються в квазі ізотонічному режимі, в поєднанні з технічними пристроями для реабілітації та корекції соматичних порушень [2, с. 134]. Однак, основна частка напрацювань у цьому напрямі пов'язана із профілактикою плоскостопістю в дітей.

За результатами досліджень І.О. Бичук запропонував технологію профілактики плоскостопості в дітей у процесі фізичного виховання, що включає п'ять компонентів, серед яких блок-схема, яка несе загальну інформацію про складові частини технології, їх взаємодію та послідовність виконання для зміцнення опорно-ресорних властивостей стопи, суб'єкти реалізації технології, зміст, етапи реалізації й результати впровадження програми профілактики плоскостопості, а також функції, які забезпечують її реалізацію [2].

Для профілактики й лікування плоскостопості в дітей Т.Ю. Карташова розробила програми з використанням біомеханічної та електростимуляції, оскільки, на думку автора, ці процедури навіть порівняно з інтенсивними спортивними заняттями, мають більшу ефективність за рахунок досягнення більшої кількості навантажувальних скорочень м'язів за одиницю часу [3, с. 15].

Л.М. Мелентьєва, зі свого боку, експериментально довела ефективність методу синергетичної рефлексотерапії в поєднанні з індивідуальною лікувальною гімнастикою та запропонувала програму відновного лікування спортсменів із порушеннями опорно-рухового апарату, серед яких порушення постави у фронтальній і сагітальній площинах і плоскостопість [5, с. 7]. Крім того, поперечна й повздовжня плоскостопість можуть стати суттєвими причинами перевантаження різних відділів порушень опорно-рухового апарату та згодом призвести до різноманітних травм і захворювань, негативно

впливати на становлення юного спортсмена й навіть унеможливити його подальшу спортивну кар'єру [3, с. 12].

Методика виконання вправ автономної силової гімнастики, запропонована А.Н. Лапутин, заснована на принципі подолання опору, що створюється «самому собі» за допомогою, наприклад, лівої або правої руки, а також почерговою напругою симетрично розташованих м'язів тулуба [4, с. 34].

Отже, дефекти постави мають масовий характер, при цьому переважну більшість з них становлять функціональні порушення постави, що з віком здатні ускладнюватись і переходити в органічну патологію. Високий показник порушень постави і низький відсоток випадків сколіозу в учнів молодшої школи свідчить про те, що активну профілактику порушень постави слід починати саме в ранньому дитячому віці.

Проблема порушень постави доводить необхідність розроблення єдиної програми щодо виховання правильної постави. Програма з фізичної культури містить лише загальні вказівки методичного характеру щодо формування постави, але в ній відсутні конкретні комплекси вправ, спрямованих на формування постави. З огляду на це, виникає необхідність розробки методики, яка містить конкретні комплекси вправ, спрямованих на формування постави, а також профілактику й корекцію її порушень.

Список використаних джерел

1. Верітов О. Підходи щодо профілактики і корекції порушень опорно-рухового апарату дітей, які активно займаються спортивними одноборствами / О. Верітов, Е. Макарова, О. Гузій // Спортивна наука України. – 2012. – №4(48). – С. 10-18.

2. Добежин А.В. Профилактика и коррекция соматических нарушений (плоскостопия и дефектов осанки) средствами физической культуры в санаторно-курортных условиях: дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / А.В. Добежин. – Сочи: Майкоп, 2002. – 139 с.

3. Карташова Т.Ю. Эффективность использования биомеханической и электростимуляции для профилактики и коррекции плоскостопия у детей 5-7 лет в условиях дошкольного учреждения: дис. канд. биол. наук: 14.00.51 / Т.Ю. Карташова. – М.: Российский гос. ун-т физ. культуры, спорта и туризма, 2005. – 130 с.

4. Лапутин А.Н. Технология контроля двигательной функции стопы школьников в процессе физического воспитания / А.Н. Лапутин, В.А. Кашуба, К.Н. Сергиенко. – К.: Дія, 2003. – 68 с.

5. Мелентьева Л.М. Физическая реабилитация юных спортсменов с нарушениями опорно-двигательного аппарата: автореф. дис. канд.

мед. наук: 14.00.51 / Л.М. Мелентьева. – СПб.: Гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова, 2010. – 20 с.

***О.О. КУЦ**, викладач кафедри*
реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМ ЗАНЯТЬ ДЛЯ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

З огляду на те, що період навчання у вищому навчальному закладі співпадає у юнаків і дівчат із завершенням формування рухового апарату, можливість корекції у них постави засобами фізичного виховання зменшується.

Теоретичним підґрунтям розробки програм для занять фізичною культурою послужила базова навчальна програма для вищих навчальних закладів, результати педагогічного спостереження, об'єктом, якого виступили зміст занять, характер і величина фізичних навантажень, а також, як відзначалось, результати констатувального експерименту, а саме фізична та функціональна підготовленість студентів з порушенням постави [1, с. 188; 2, с. 43].

З огляду на це, в програми фізичного виховання даного контингенту студентів слід включати вправи, які б сприяли підвищенню аеробних та анаеробних можливостей організму. Високоефективною і доступною вправою покращення аеробної продуктивності організму вважається біг [2, с. 45]. Через це усі розроблені нами програми, які застосовувалися у формувальному експерименті, в основній частині заняття включали біг.

Відомо, що ефективність впливу занять з фізичного виховання на функціональну підготовленість людини залежить не лише від періодичності занять, величини внутрішнього обсягу фізичних навантажень, а також від співвідношення інтенсивності і тривалості фізичної роботи. Причому при визначенні внутрішнього обсягу роботи слід враховувати початковий рівень функціональної підготовленості.

При розробці програм, які використано у формувальному експерименті, враховувався початковий рівень функціональної підготовленості кожного досліджуваного за величиною VO2max, що давало можливість визначати діапазон внутрішнього обсягу роботи, а саме, мінімальну та максимальну величину [3, с. 24].

Особливість методики Пілатеса полягає в концентрації уваги на

роботі тих груп м'язів, які беруть участь у виконанні вправи; контролі над степенем напруження м'язів (йдеться про відчуття степеню м'язової напруги, яка супроводжується відчуттям комфортності); підтримці правильної пози під час виконання усіх вправ за даною методикою, концентрації уваги на активації м'язів черевного пресу, нижньої частини спини, сідниць та стегон; протягом усього періоду заняття (5 хв.) ауто абстрактного образу правильної постави (відчуття правильної постави); ритмічному, плавному виконанні рухів при дотриманні правильної техніки їх виконання; дотриманні наступних правил дихання під час виконання вправ:

- вдих здійснюється в положеннях, які сприяють розширенню грудної клітки і зменшенню тиску органів черевної порожнини;
- видих виконувався під час нахилів, присідань, поворотів, тобто під час стискання грудної клітки і органів черевної порожнини, сприяючи більш повному видиху;
- під час виконання статичних вправ, які головним чином спрямовані на зміцнення м'язів тулуба, видих робиться в момент найбільшого м'язового напруження, інколи супроводжуючись натужуванням.

Контроль за інтенсивністю бігу здійснювався самостійно кожним досліджуваним за допомогою монітору серцевого ритму, за показником ЧСС, що давало змогу підтримувати заплановану інтенсивність. У процесі занять здійснювався поточний і оперативний контроль за функціональним станом студентів [4, с. 22].

Отже, зважаючи на недостатній рівень фізичної та функціональної підготовленості у студентів з порушенням постави на основі базової навчальної програми фізичного виховання для вищих навчальних закладів доцільно використовувати програми бігових занять.

Зміст занять у студентів з порушенням постави повинен відповідати рівню фізичної та функціональної підготовленості. Основними завданнями занять є підвищення аеробних та анаеробних можливостей організму та зміцнення м'язового корсету з метою попередження прогресування наявних порушень постави.

Програми занять використовуються з дотриманням методичних принципів, а величини внутрішнього обсягу фізичних навантажень, а також співвідношення інтенсивності і тривалості фізичної роботи відповідає початковому рівню функціональної підготовленості.

Список використаних джерел

1. Бережна Т.І., Кожевнікова Л.К., Мисенко В.В. Комплексний та нетрадиційний підхід до боротьби з порушеннями постави в студентів

спеціальної медичної групи / Т.І. Бережна, Л.К. Кожевнікова, В.В. Мисенко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2009. – №12. – С. 187-189.

2. Кочеткова Т.Н. Особенности применения физических нагрузок студентов вуза, отнесенных к специальной медицинской группе: сборник научно-методических трудов. Вып. 14 / Т.Н. Кочеткова. – М: МПГУ, 2007. – 326 с.

3. Ретивых Ю.И. Методика коррекции нарушений осанки студентов средствами оздоровительной физической культуры на основе учета видов и степени деформаций позвоночника: автореф. дис. на соиск. ученой степени канд. пед. наук: спец. 13.00.04 / Ю.И. Ретивых. – Волгоград: Волгоградская гос. академия физ. культуры, 2009. – 24 с.

4. Эрденко Д.В. Методика использования восточной гимнастики при нарушениях осанки у студентов гуманитарных вузов: автореф. дис. на соиск. ученой степени канд. пед. наук: спец. 13.00.04 / Д.В. Эрденко. – М.: Российский гос. ун-т физ. культуры, спорта и туризма, 2009. – 23 с.

***О.О. КУЦ**, викладач кафедри*
реабілітаційних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***П.М. НАУМ**, студент групи ФР-51-15м*
Вінницький інститут Університету «Україна»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ДИСТОНІЇ

Останнім часом у більшості розвинутих країнах світу хронічні неінфекційні захворювання займають лідируючі позиції як причини високої смертності населення. Україна за цими показниками вирізняється, оскільки займає лідируючі позиції як за динамікою, так і рівнем смертності. У європейських країнах спостерігається тенденція до зниження цих показників, а в Україні суттєвих позитивних змін, на жаль, поки що не спостерігається. Така проблема розпочала активно загострюватися з 70-х років XX ст. і до сьогодні, оскільки погіршилася соціально-економічна ситуація. В даний час у нашій країні існує епідемія вегето-судинної дистонії (ВСД) та артеріальної гіпертензії (АГ). Проведене в 2013-2014 рр. обстеження хворих в Україні виявило, що поширеність цих захворювань в даному регіоні

склала 49,7% [8, с. 48].

Мета дослідження – привернути увагу суспільства до проблем профілактики та лікування вегето-судинної дистонії за допомогою фізичних вправ та тренувань. А також висвітлення та обґрунтування актуальності та виокремлення аспектів досліджуваної проблеми, які ще не достатньо вивчені.

Вегето-судинна дистонія (ВСД) – це поліетіологічний синдром, який характеризується дисфункцією вегетативної (автономної) нервової системи (ВНС), і функціональними (тобто, не органічними) порушеннями з боку практично всіх систем організму (в основному, серцево-судинної) [1, с. 26].

Останні десятиліття, на жаль, втрачається одне з головних досягнень вітчизняної охорони здоров'я – це профілактичний напрямок, тобто запобігання або лікування ранніх проявів різних форм вегето-судинної дистонії. Тому раннє виявлення та профілактика розвитку вегетативної судинної дистонії повинно проводитися в максимально ранньому віці і максимально на ранніх стадіях прояву патології [8, с. 59]. Знання даної інформації буде сприяти, тому що як і лікарі, так і фізичні реабілітологи будуть у своїй практичній роботі застосовувати дані знання.

Слід виокремити певні фактори, наявність яких значно впливають та провокують розвиток вегето-судинної дистонії:

- спадково-конституційні особливості (люди зі слабким типом нервової системи) та несприятливі соціально-економічні умови;
- психогенні, фізико-хімічні (радіація, вібрація, інтоксикація тощо), дисгормональні, інфекційні (хронічний тонзиліт, інфекції дихальних шляхів тощо) [4, с. 62].

Цікавою особливістю є те, що захворювання виникає частіше в людей зі слабким типом нервової системи (з невисокою працездатністю, недостатньою ініціативністю і впертістю, з комплексом неповноцінності). У стані спокою таких розладів може не бути. Водночас різні навантаження (фізичні, психічні, симпатоміметики) виявляють дефекти функціонування серцево-судинної системи. Велике значення у ліквідації ВСД має нормалізація праці, відпочинку, розпорядку дня. В даний час повсюдно підвищується розумове і знижується фізичне (гіподинамія) навантаження. Однак розумове й емоційне напруження можна усунути тільки за допомогою фізичних вправ. Кращими видами спорту для людей з вегето-судинною дистонією є плавання, лижі, ковзани, катання на велосипеді, ходьба. Небажані заняття спортом з штовхоподібними рухами (стрибки, вправи на брусах, боротьба,

карате) [5, с. 14]. Показані санаторно-курортне лікування, заняття з лікувальної фізичної культури. Людей з серцево-судинними змінами на ґрунті вегетативної дисфункції необхідно не тільки лікувати, а й навчати пристосовуватися до умов, що постійно змінюються, а не штучно ізолювати від життєвого середовища. Повний фізичний і психічний спокій несприятливо впливає на вегето-судинну дистонію. Тому лікувальну фізичну культуру потрібно застосовувати у тій чи іншій формі, оскільки, вона позитивно впливає на функції серця і судин, їх морфологію.

Лікувальна дія фізичних вправ виявляється як чотири основні механізми: тонізуючий вплив, трофічна дія, формування компенсації, нормалізація функцій, серед яких перші два є провідними [9, с. 33].

Фізичні вправи підвищують тонус центральної нервової системи, стимулюють процеси нервової регуляції серцевої діяльності, забезпечують утворення в корі головного мозку фізіологічної домінанти збудження, під впливом якої за законами негативної індукції виникає затухання іншого патологічного вогнища збудження. Під впливом фізичних вправ розширюються коронарні судини, розкриваються резервні капіляри, прискорюється кровообіг і збільшується ємність судин. Дозоване фізичне навантаження може збільшити кількість крові, що протікає через коронарні судини у 8-10 разів. Все це інтенсифікує трофічні процеси в серцевому м’язі, зміцнює міокард, посилює його скоротливу здатність, створює умови для відновних і регенеративних процесів у серці, попереджає або зменшує у ньому розвиток кардіосклеротичних змін та дистрофії. Адекватне фізичне тренування активно впливає на розвиток колотерального кровообігу при порушеннях коронарного. М’язова діяльність стимулює периферичний кровообіг. Спостерігається збільшення кількості функціонуючих капілярів, розширення просвіту судин, зниження тонусу артеріол, зменшення периферичного опору кровотоку. Він прискорюється, активізується венозний і лімфатичний обіг, що сприяє ліквідації або зменшенню набряків, запобігає виникненню тромбоемболій, зменшує прояви недостатності кровообігу, полегшує роботу серця [7, с. 43]. Значне місце у просуванні крові до серця, полегшенні його роботи у забезпечені нормальної циркуляції крові по великому і малому колах займають позасерцеві (екстракардіальні) чинники кровообігу, дія яких підсилюється при фізичних вправах. Ритмічні скорочення і розслаблення м’язів, почергові зміни внутрішньочеревного і внутрішньогрудного тиску за рахунок рухів діафрагми під час дихання та присмоктуюча дія грудної клітки сприяють постачанню крові до

серця, повноцінному наповненню кров'ю передсердь і ефективній систолі. Наслідком цього є активізація гемодинаміки і кровопостачання органів і тканин.

Одночасно дихальні вправи підвищують вентиляцію й активізують газообмін у легенях, протидіють розвитку пневмоній, стимулюють діяльність кишечника. Позитивні зміни у гемодинаміці та газообміні в легенях підвищують насичення артеріальної крові киснем, транспортуванням його до тканин, зменшують їх кисневе голодування. Відмічено збільшення поглинання кисню, що стимулює перебіг окисновідновних і обмінних процесів тощо Фізичні вправи підвищують пристосувальні можливості організму, його опірність до стресових ситуацій, усувають деякі чинники ризику, покращують психоемоційний стан пацієнтів, надають впевненості у своїх силах і одужання.

Внаслідок систематичних тренувань підсилюється функція регулюючих систем, їх здатність координувати діяльність серцево-судинної, дихальної, м'язової та інших систем організму під час фізичних навантажень, що підвищує спроможність виконувати побутову, навчальну і професійну роботу [9, с. 53]. Вегето-судинна дистонія також порушує роботу нервової системи. Фізичні вправи втягують у реактивну відповідь всі компоненти нервової системи, починаючи від кори головного мозку до периферичних рецепторів. Змінюється функціональний стан ЦНС, поліпшуються її регуляторна здатність та тонус, рефлекторна діяльність і набуття нових умовних рефлексів. Фізичні вправи стимулюють створення нової позитивної домінанти, яка за законами негативної індукції пригнічує і сприяє усуненню патологічного застійного вогнища у корі головного мозку. Рухи нормалізують динаміку основних нервових процесів, їх силу, рухливість і врівноваженість, регуляторну функцію ЦНС і викликають позитивні емоції, що особливо важливо у лікуванні хворих на неврози, неврастенію, істерію, психостенію [6, с. 24]. Тонізуючий і стимулюючий вплив фізичних вправ на організм, що забезпечується насамперед нервовим механізмом, доповнюється також гуморальним та ендокринним. Взаємодія і єдність цих механізмів забезпечує загальну реакцію хворого, викликає зміни функції органів і систем організму. Причому одне лише уявлення про фізичне навантаження викликає зрушення гемодинаміки, газообміну, біопотенціалів м'язів, настроює організм на подальшу роботу і знижує психічну пригніченість, що нерідко спостерігається при травмах і захворюваннях нервової системи. Фізичні вправи активізують трофічні процеси. Рухи активні і пасивні поліпшують кровообіг і лімфообіг

живлення і обмін речовин, стимулюють регенерацію нервових волокон [3, с. 61]. Вправи сприяють поступовому розгальмуванню пригнічених ділянок нерва, відновленню його провідності та скорочувальної здатності м'язів. Багатьма науковцями, які проводили різні експериментальні дослідження в області вивчення впливу фізичної культури на організм людини (особливо дітей та підлітків), що страждають на вегетативну судинну дистонію, були встановлені наступні фактори:

- підвищення адаптаційної стійкості до зміни умов навколишнього середовища (стресові ситуації, покращення емоційного тонусу і так далі);
- відсутність змін у клінічному перебігу, а при постійних фізичних навантаженнях стан хворих покращується;
- підвищується фізична та розумова працездатність, урівноважується психічний стан.

За отриманими статистичними даними було встановлено, що кількість осіб з різними видами вегето-судинної дистонії збільшується в середньому приблизно на 3,5-4,2% щорічно. Це відбувається насамперед з таких причин:

- малоактивний спосіб життя (гіпокінезія) – люди не займаються яким-небудь видом спорту, не беруть активну участь під час занять фізичною культурою, багато часу приділяють сидінню за комп'ютером і так далі;
- захоплення шкідливими звичками (тютюнопаління, вживання слабоалкогольних напоїв, наркотики і так далі);
- матеріально-соціальні чинники;
- постійні психологічні стреси.

Таким чином, в Україні склалася не дуже сприятлива ситуація із захворюваністю на вегето-судинну дистонію. На жаль, з кожним роком показники захворюваності на ВСД зростають приблизно на 3-4%, це пов'язано з різними факторами, наведеними вище.

Для усунення їх негативної дії треба популяризувати заняття фізичною культурою та спортом. Для покращення даної ситуації пропануємо наступні рекомендації.

Особам з вегетативною дистонією потрібно займатися фізичною культурою тільки у спеціальних медичних групах, тобто лікувальною фізичною культурою, теренкур, заняття на тренажерах (механотерапія), різні рухливі і спортивні ігри та заняття в басейні. Заняття повинні бути систематичними, і для досягнення стійкого ефекту потрібно їх проводити не менше 2-3-х разів на тиждень.

Насамперед, фізичному реабілітологу потрібно докладати

максимум зусиль для того, щоб довести до відома значимість занять фізичною культурою, розповідати про вплив фізичних вправ на організм людини, а також про перспективи погіршення стану здоров'я, при відсутності здорового способу життя.

Список використаних джерел

1. Внутрішня медицина. Терапія: підручник / Н.М. Середюк, І.П. Вакалюк, О.С. Стасишин. – К.: Медицина, 2007. – 688 с.

2. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: справочник / В.А. Епифанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.

3. Іванова Л.І. Методика фізичного виховання у спеціальних медичних группах: навчальний посібник / Л.І. Іванова. – К.: ТОВ «Козарі», 2009. – 146 с.

4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных / А.С Кадыков. – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – 560 с.

5. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: руководство для врачей / Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков. – М.: Медицина, 2000. – 328 с.

6. Лечебная физическая культура: справочник / проф. В.А. Епифанов. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.

7. Лечебная физическая культура: ученик / С.Н. Попова. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 416 с.

8. Лильин Е.Т., Королев А.П., Цека О.С. Комплексная реабилитация детей и подростков с артериальными гипертониями и гипотониями / Е.Т. Лильин, А.П. Королев, О.С. Цека. – М.: ОАО «Издательство «Медицина»», 2007. – 144 с.

9. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.

РОЗДІЛ 3. ІННОВАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ В ОСВІТІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

І.О. МАЗУРКЕВИЧ, *кандидат економічних наук,*
доцент кафедри туризму та
готельно-ресторанної справи
Вінницький торговельно-економічний інститут КНТЕУ

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

В сучасних умовах більшість людей похилого віку залишаються самотніми, відчувають матеріальні та нематеріальні труднощі через відсутність підтримки від близьких людей та держави, стають хворобливими, немічними. Проблеми осіб даної вікової категорії населення є актуальними і потребують невідкладного вирішення з боку держави, суспільства та оточуючих людину похилого віку осіб. Оцінка демографічних показників вказує на тенденції щодо зростання кількості людей похилого віку, і в суспільстві спостерігається дискримінація людей за віком, тобто неприйняття молодим і сильним поколінням старих і слабких. Тому з року в рік соціальна робота з людьми похилого віку набуває дедалі більшої актуальності, стає значущою і невід'ємною частиною соціальної політики. Саме тому необхідно працювати і вдосконалювати діяльність у сфері соціальної роботи з людьми похилого віку, розробляти нові принципи, форми та методи роботи з цією категорією українського суспільства.

Проблеми підтримки та допомоги людям похилого віку останнім часом набувають особливої актуальності у зв'язку із збільшенням частки людей похилого віку у складі населення розвинутих країн. Міжнародний досвід організації та надання соціальних послуг людям похилого віку в розвинутих зарубіжних країнах досить обмежено висвітлений в українській науковій літературі. Питання організаційної структури надання послуг, взаємодії різних програм та закладів в наданні послуг, роль родичів-доглядальників та можливі послуги для них у вітчизняній науковій літературі практично не розглядалися.

Важливий внесок у вивчення проблем людей похилого віку, надання їм послуг і розвитку необхідних програм зробили науковці, серед яких відомі своїми дослідженнями D. Atkinson, R. Batler, P. Benner, J.M. Corbin, A. Strauss, S. Davies, M. Nolan та інші. Серед українських дослідників можна послатися на публікації В.

Чайковської, Н.В. Кабаченко та інші.

Однією з ключових проблем життєдіяльності людей похилого віку є самотність, де спостерігаються зменшення зв'язків, пов'язаних із виходом на пенсію, відокремленням дітей, а надалі, з остаточним уходом із життя друзів і рідних, постійне відчуття покинутості, марності і непотрібності свого існування.

У багатьох країнах частка осіб, які досягли пенсійного віку, вже наблизилася до максимальної величини. На п'ятдесятій сесії Генеральної Асамблеї ООН у березні 1995 р. для підготовки і проведення Міжнародного року літніх людей (1999) були виведені додаткові принципи соціальної роботи щодо цієї категорії людей, що об'єднані у такі п'ять груп:

1). Принцип групи «незалежність» має на увазі, що люди похилого віку повинні мати доступ до основних благ і обслуговування, можливість працювати чи займатися іншими видами діяльності, що приносять прибуток, брати участь у визначенні термінів припинення трудової діяльності, зберігати можливість участі у програмах освіти і професійної підготовки, жити в безпечних умовах з урахуванням особистісних запитів, мати можливість проживати в домашніх умовах доти, поки це можливо.

2). Принципи групи «участь» відображають питання залучення людей похилого віку до життя суспільства й активної участі в розробленні і здійсненні політики, яка стосується їхнього добробуту, можливостей створювати рухи чи асоціації людей похилого віку.

3). Принципи групи «відхід» є основою при вирішенні проблеми забезпечення людини похилого віку доглядом і захистом з боку родини, громади, доступу до медичного обслуговування з метою підтримки чи відновлення оптимального стану та запобігання захворюванню, доступу до соціальних і правових послуг, користування послугами піклувальних установ і обов'язкового дотримання в соціальних установах прав людини та основних свобод, включаючи повагу гідності, переконань, а також права приймати рішення щодо догляду та якості життя.

4). Принципи групи «реалізація внутрішнього потенціалу». На них базується ідея, яка стверджує, що люди похилого віку повинні мати можливість для всебічної реалізації свого потенціалу, щоб їм завжди був відкритий доступ до суспільних цінностей у галузі освіти, культури, духовного життя і відпочинку.

5). Принципи групи «гідність» несуть ідею недопущення експлуатації, фізичного, психічного насильства стосовно людей похилого віку, забезпечення їм прав на справедливе до них ставлення

незалежно від віку, статі, расової чи етнічної приналежності, індивідуальності чи іншого статусу, а також незалежно від їхнього трудового внеску [2].

Перераховані принципи орієнтовані на те, щоб допомогти особам старшого покоління вести повноправне і повноцінне життя, забезпечити їм умови, необхідні для підтримання чи досягнення гідного життя. Тому, базуючись на зазначених принципах і вікових особливостях людини, можна виділити три групи завдань кожного віку: природно-культурні, соціально-культурні, соціально-психологічні, які покладені в основу практичної діяльності соціальної роботи.

Удосконалюючи соціальну роботу з людьми похилого віку в Україні не можна невраховувати досвід, накопичений впродовж кількох десятиліть у країнах Європи та США, який може і повинен, на наш погляд, помітно вплинути на розвиток нових форм та методів такої роботи у нашій країні.

Основні напрямки роботи зі старими людьми в нашій країні та за рубежем не дуже відрізняються між собою, але європейські країни та США мають більш розвинену систему соціального обслуговування та більш різноманітні форми та види соціальної допомоги старим людям.

Головна відповідальність за надання соціальних послуг літнім людям покладається на відділення соціальних служб місцевих органів влади, департаменти соціальних служб, муніципальні відділення служби соціального забезпечення, патронажні відділення, регіональні комісії охорони здоров'я та соціального забезпечення.

В основу соціальної роботи з людьми похилого віку у більшості європейських країн покладено принцип забезпечення старій людині можливості проживати в себе дома якнайдовше і самому утримувати себе. Соціальні працівники, які спеціалізуються на роботі з людьми похилого віку, в основному допомагають тим, хто вже має певні проблеми із суспільством, системою охорони здоров'я та іншими інститутами. Багатогранність проблем, з якими стикаються старі люди та складність системи соціальної допомоги створюють труднощі доступу до тих чи інших соціальних структур. Тому, в першу чергу, старі люди звертаються по допомогу у Служби управління соціальними організаціями. У таких службах їм надається інформація про те, куди слід звернутися для більш детального розгляду проблем та потреб конкретної старої людини. Головне завдання служб управління полягає в тому, щоб забезпечити найбільш ефективну допомогу клієнту і розглянути якнайбільше проблем з різних точок зору. Розрізняють 11 функцій даних служб: пошук потенційних

клієнтів, попередній перегляд справ, набір клієнтів, оцінка, постановка цілей щодо надання допомоги, планування діяльності, підвищення кваліфікації, здійснення запланованої допомоги, переоцінка, обробка даних і підтримка взаємин. Ці служби діють при лікарнях, громадських організаціях, регіональних службах для людей похилого віку, будинках для старих людей, агентствах у справах сім'ї, при службах медичного сприяння.

Служби соціальної допомоги у західноєвропейських країнах та США пропонують велику кількість безпосередніх послуг населенню похилого віку [3; 4; 5]:

- індивідуальне та сімейне консультування – ця послуга передбачає вивчення потреб людей похилого віку та членів їх сімей у допомозі, пошук джерел задоволення цих потреб, надає можливість підвищення автономії старої людини;
- робота з негативними емоціями – створені служби психологічної підтримки спрямовані на подолання агресії та негативних проявів старості у людей похилого віку;
- патронаж старих людей – структуровані служби, на суспільних засадах, що забезпечують індивідуальну та колективну допомогу людям з обмеженими фізичними можливостями;
- допомога у кризових ситуаціях – основне завдання даних служб пролягає в стабілізації та подоланні кризових ситуацій у людей похилого віку та членів їх сімей;
- система догляду за дуже старими людьми – дані служби створені для цілодобового обслуговування та допомозі по дому старим людям за оформленим договором;
- правоохоронні служби для людей похилого віку – соціальні працівники визначають ступінь ризику, під який підпадає той чи інший клієнт (фізичне, психологічне або матеріально погане становище, відсутність турботи з боку опікунів) та надання відповідної допомоги щодо подолання цих небезпек;
- тимчасові служби – це такі служби, які надають свої послуги, якщо офіційним опікунам (членам сім'ї клієнта) необхідно відлучитися на нетривалий (недовгочасний) термін;
- терапевтичні групи – як правило, це інформаційна допомога тим людям, які виходять на пенсію, страждають хронічними, психічними або смертельними захворюваннями та іншими залежностями [3; 4; 5].

Для старих людей, які віддають перевагу проживанню у звичному для себе оточенні, існує розгалужена мережа нестаціонарних закладів соціального обслуговування. Соціально-побутове обслуговування на

дому передбачає такі види послуг: доставка обідів до дому; гігієнічні процедури; транспорт; послугу супровідника; організація розваг; заняття фізкультурою під наглядом інструктора; спостереження за станом здоров'я тощо. Також старим людям надається різноманітна необхідна інформація переважно орієнтовного характеру, у деяких випадках послуги містять ремонт та благоустрій їх квартир. Особлива увага приділяється обладнанню житла з обслуговуванням. Такі будинки для старих людей забезпечуються посиленим обслуговуванням удома, а також сигнально-черговою системою, яка дозволяє у будь-який час викликати лікаря, швидку допомогу та зменшує випадки крадіжок, пожеж, неуважного ставлення родичів до старої людини. Телефон із постійним підключенням до сигнально-чергової системи – ценовий, який набуває швидкої популярності, пристрій для тих старих людей, хто мав би через беззахисність та самотність знаходитись у стаціонарі [1].

Таким чином, старіння населення – це одна з найсерйозніших проблем сучасного світу. Проте у високорозвинених країнах присутність у суспільстві старих людей розглядається не як тягар, а як позитивний фактор. Створення сприятливих умов для людей похилого віку, прояв особливої уваги до їх потреб повинно стати основною метою держави, яка прагне забезпечити стійкий соціальний розвиток. Різноманітність та складність соціальних проблем, викликаних старінням населення, потребують проведення адекватних заходів не тільки по забезпеченню похилим людям гарантованого мінімуму соціальних послуг, але й по створенню умов для реалізації особистісного потенціалу в старості.

Список використаних джерел

1. Горшкова О.А. Опыт социальной работы за рубежом: краткий курс лекцій / О.А. Горшкова. – М.: СТИ ГАСБУ, 1999 – 92 с.

2. Зайнышев И.Г. Технология социальной работы: учеб.пособ / И.Г. Зайнышев. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 215 с.

3. Neal S. Bellos, Mary Carmel Ruffolo. Aging: Services // Encyclopedia of Social Work. XIX edition [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://ssw.umich.edu/faculty/profiles/tenure-track/mruffolo

4. Ronald W. Toseland. Aging. Direct Practice // Encyclopedia of Social Work. XIX edition [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.amazon.com/Ronald-Toseland-Introduction-Practice-Edition/dp/B00N4G49I6

5. Georgia Adult Day Services Licensing Standards [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.gadsa.org/joomla/

public-policy/georgia-adult-day-services-licensingstandards.

Н.О. ЛЯШКОВА*, старший викладач*
кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

ГУВЕРНЕРСТВО У КОНТЕКСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Соціально-економічні, політичні та культурні трансформації у розвитку сучасного українського суспільства обумовлюють необхідність модернізації освітньої системи на всіх її рівнях. Зміна освітніх і виховних орієнтирів потребує пошуку нових, або використання вже відомих і адаптованих до сучасних умов ідей, поглядів, концепцій тощо. З часу проголошення незалежності України відкрилися широкі можливості для переосмислення чи нового сприйняття теоретичних надбань і практичного досвіду минулого, які розкривалися тенденційно або з ідеологічних причин несправедливо замовчувалися.

У контексті зазначеного вище, актуальним є відродження інституту гувернерства, як системи особистісно-орієнтованого виховання і навчання в домашніх умовах, що майже упродовж століття знаходилася у забутті.

Тому метою даної статті є уточнення поняття «соціальний гувернер», визначення функцій та напрямів роботи соціального гувернера у сучасних соціокультурних умовах та визначення його місця у структурі професійної підготовки майбутніх фахівців.

Зазначимо, що останнім часом багато сімей відмовляються від громадських освітніх установ із-за досить високого рівня захворюваності дітей у них, інші батьки хотіли б дати дітям більш якісну освіту того чи іншого змісту. Нарешті, сьогодні досить багато дітей, які потребують особливих умов навчання та індивідуального розвитку: ті, що погано адаптуються, важко долають жорстку регламентацію їхньої поведінки, діяльності, напруженість ритму освітньої установи, діти з проявами негативної девіантної поведінки. Особлива атмосфера розвитку і спеціального навчання є необхідною і для дітей з хронічними захворюваннями, з обмеженими можливостями, обдарованих дітей, і для творчих, талановитих дітей.

Негативне ставлення частини населення, особливо з високим рівнем статків, до одноманітної системи громадського виховання, що

поступово перебудовується на особистісно-орієнтовану модель, виявилося важливим фактором, який викликав до життя ідею домашнього виховання силами педагога-професіонала [6, с. 196]. Домашнє виховання є суто індивідуальним, конкретним, персоналізованим, що цілком відповідає пріоритетам державної політики, зазначеним у Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті, інших законодавчих документах.

Ось тому і виникає гостра потреба у досвідчених фахівцях, які б мали досвід роботи з дітьми та вільно користувалися особистісно-орієнтованим типом виховання, сутність якого, на думку І.Д. Беха [4, с. 58], полягає у подоланні суперечності між вихованням «для всіх» і вихованням «для кожного» на основі повороту до особистості, її індивідуальної свідомості, життєвого досвіду, індивідуального творчого потенціалу.

Аналіз наукової літератури свідчить, що науковцями досить широко висвітлюються аспекти відродження й сучасного становлення інституту гувернерства (М.В. Денисенко, Н.В. Ковалевська, О.Л. Звєрєва, О.В. Корх-Черба, Є.Г. Сарапулова). З'явилися також наукові розвідки, у яких розкривається соціально-педагогічний аспект гувернерства (Н.О. Максимовська), питання підготовки соціальних педагогів до гувернерської діяльності (Л.І. Кобилянська, О.П. Шароватова, І.П. Акіншева, А.В. Бардінов, З.Г. Зайцева, О.Б. Колосова, Н.О. Максимовська, Л.В. Пасічник, Н.М. Савельєва, Б.Г. Свиридова, Т.В. Тимохіна та ін.), окреслюються напрями роботи соціального гувернера з дітьми з обмеженими функціональними можливостями (І.П. Акіншева, Л.М. Завацька, Л.І. Кобилянська). Вивчення та аналіз досліджень цих науковців, довідкової літератури свідчить, що сьогодні не існує чіткого визначення поняття «соціальний гувернер», фрагментарно висвітлено функції роботи даного спеціаліста, дещо звужений діапазон його діяльності.

Зауважимо, що проблема гувернерства не є новою у педагогічній науці. Важливість домашньої освіти, особливо у дошкільному віці, підкреслювали основоположники педагогічної науки Я.А. Коменський, І.Г. Песталоцці, К.Д. Ушинський та ін. Як показав аналіз історико-педагогічних досліджень, історія опікунства, домашнього виховання сягає давніх часів. Першими домашніми вихователями були дядьки, мамки, куми, пестуні, годувальниці, філософи-мандрівники, домашні священики.

Уперше відоме з художньої літератури слово «гувернантка» у державному документі з'явилося у квітні 1998 року, коли Кабінет Міністрів України затвердив «Тимчасовий державний перелік

професій». У жовтні цього ж року спеціальність отримала код 5131 і назву чоловічого роду – «гувернер», яка була внесена до кваліфікаційного переліку професій [2, с. 53]. Це свідчить про її офіційне визнання та інтенсивне поширення.

Підготовка гувернерів здійснюється в окремих вищих навчальних закладах за спеціальністю «Сімейний вихователь» та спеціалізаціями «Гувернерство», «Сімейне гувернерство», інститутах післядипломної освіти, на курсах при центрах зайнятості, у приватних фірмах та агентствах.

Поняття «соціальний гувернер» з'явилося наприкінці 90-х рр. XX ст. і сьогодні відоме й використовується не лише вузьким колом спеціалістів, а широким загалом фахівців соціально-педагогічної сфери. Проте достатньо чіткого визначення цієї категорії в науковій літературі поки що немає. У словниках і довідниках з соціальної роботи та соціальної педагогіки вона не знайшла відображення.

Вперше поняття «соціальний гувернер» визначено у статті Л.І. Кобилянської «Сімейне гувернерство як один із напрямів професійної діяльності соціального педагога» і розглядається як «спеціаліст з медико-соціальної реабілітації дітей інвалідів для роботи в сім'ях і соціальних закладах» [5, с. 102]. Таке розуміння сутності цього поняття, на наш погляд, значно звужує поле діяльності соціального гувернера й відповідно його функції, а також обмежує категорії дітей, з якими він може працювати.

У дослідженнях, які торкаються проблеми соціального гувернерства, науковці частіше уникають тлумачення поняття «соціальний гувернер». Так, І.П. Акіншева у першому методичному посібнику «Технологія роботи соціального гувернера» не розмежовує категорії «гувернер» і «соціальний гувернер» та не пояснює сутності останнього [1].

Заслуговує на увагу визначення, яке пропонує Н.О. Максимовська. Вона зазначає, що соціальний гувернер – це «спеціаліст із соціального виховання, який реалізує його в домашніх умовах або в умовах, наближених до таких та базує свою діяльність на індивідуальному підході» [7, с. 14]. Ми підтримуємо таке трактування з деякими уточненнями і вважаємо, що соціальний гувернер – це соціальний працівник, який здійснює індивідуальну роботу з дитиною в умовах сім'ї або в умовах, наближених до таких з метою її соціального виховання і розвитку, формування як цілісної творчої особистості.

Є.Г. Сарапулова у монографічному дослідженні «Психолого-педагогічні основи навчально-виховної діяльності гувернера» зазначає,

що для гувернерства, як форми індивідуального виховання й навчання дітей, характерні такі ознаки:

- виховання і навчання дитини є індивідуалізованими;
- навчання й виховання дитини відбувається в домашніх умовах (у сім'ї) або в освітньо-виховній установі закритого типу, де створюється мікроклімат, наближений до умов родинного виховання;
- педагогічний процес організовується таким чином, щоб діти сприймали гувернера як близьку людину, і його авторитет у їхніх очах був не нижчим, аніж авторитет батьків [8, с. 84].

Сьогодні гувернерство як педагогічне явище постало з потреби у формуванні яскравої неординарної особистості, здатної здійснювати подальший поступ людської цивілізації. Гувернерство розвивалося в надрах родинного виховання, яке, у свою чергу, відображало педагогічну орієнтацію суспільства.

Індивідуалізований гувернерський підхід до вихованця давав змогу досягти позитивних результатів за умови використання у педагогічній практиці знань, які на сучасному етапі розвитку науки є галузями вікової, педагогічної, практичної психології, патопсихології та соціальної роботи. Гувернерство не належить уповні ні до родинної, ні до державної системи виховання. Воно знаходиться на межі цих систем.

Слід звернути увагу, що соціальний гувернер може працювати з усіма віковими категоріями дітей, крім немовляти, тобто дітьми переддошкільного, дошкільного і шкільного віку.

Варто також відзначити, що діяльність соціального гувернера зорієнтована на роботу з усіма категоріями дітей (незалежно від наявності чи відсутності у них проблем), а саме: фізично і психічно здоровими, з обмеженими функціональними можливостями, з незначними порушеннями здоров'я, соціальними проблемами, обдарованими дітьми.

З одного боку, гувернерству притаманні індивідуальний підхід, неформальність у стосунках між вихованцем і наставником, властиві родинному вихованню. З іншого боку, у межах гувернерської практики можливий відчутний тиск держави, посилений державний контроль, приєднання системи домашнього виховання і навчання до державної освітньої системи.

Послуговуючись досвідом економічно розвинених країн, оптимальними шляхами розвитку гувернерства в Україні у XXI столітті дослідниками вбачається:

- робота з розумово відсталими дітьми, з дітьми-інвалідами. Ця категорія гувернерів вважатиметься працівниками реабілітаційних

центрів чи районних соціальних служб;

- гувернери, які займаються вихованням і підготовкою дітей до школи, індивідуально працюють з обдарованими учнями, такими, що відстають, допомагають школярам виконувати домашні завдання і перебувають з ними кілька годин на добу, поки батьки знаходяться на роботі. Таких гувернерів і домашніх вчителів оптимально було б реєструвати в районних відділах освіти і закріплювати за школою чи дошкільним закладом за місцем проживання дитини;
- батьки, які хотіли б доручити виховання своєї фізично і психічно здорової дитини няні чи гувернерові, – щодня, на кілька днів, на тиждень чи на період своєї відпустки – могли б звертатись до спеціального інформаційного центру при районному відділі освіти. Звіти гувернерів та відгуки батьків про їхню діяльність могли б стати підставою для визначення результатів педагогічної атестації, присвоєння категорій і звань. Робота гувернера має фіксуватись у трудовій книжці і зараховуватись до педагогічного стажу;
- діяльність сучасних гувернерів у ролі батьків-вихователів у дитячих будинках сімейного типу. Цей напрям роботи в Україні законодавчо урегульований. Суттєве доповнення, яке має внестися до «Положення про дитячі будинки сімейного типу», – обов'язкове проходження майбутніми батьками-вихователями курсів підготовки гувернерів, оскільки саме методика роботи гувернера, найбільше придатна для створення оптимальних виховних і розвиваючих умов у цих педагогічних мікроустановах [8, с. 234].

Убачаємо, що у процесі професійної підготовки майбутніх соціальних працівників, набуттю їх професійних знань, умінь і навичок сприяє навчальна дисципліна «Методика роботи соціального гувернера», яка вивчалася у другому семестрі четвертого курсу за навчальними планами 2014-2015 н. р. Мета курсу полягає у вивченні маловідомого для нинішньої української науки питання індивідуального гувернерського виховання і навчання дитини в домашніх умовах, етапів розвитку гувернерства як дидактичного явища, педагогічного досвіду діяльності соціального вихователя, домашнього педагога; у розширенні педагогічного світогляду студентів, у навчанні критично сприймати й аналізувати світові та вітчизняні теорії, практико-орієнтовані підходи, у використанні гувернерських виховних методик на практиці, набутті навичок з організаційно-виховної роботи щодо соціальної адаптації до умов життя та реабілітації дітей з вадами.

У контексті професійної підготовки студентів напряму «Соціальна робота» використовуються наукові праці сучасних

дослідників цієї проблеми, педагогічна спадщина педагогів минулого тощо. Було розроблено навчальну робочу програму «Методика роботи соціального гувернера» обсягом 108 годин, серед яких: 44 – аудиторних, 64 – для самостійної роботи, з формою педагогічного контролю – залік у 2-му семестрі. На наше глибоке переконання, вилучення цієї дисципліни з навчальних планів у 2015-2016 н. р. призведе до звуження професійної компетентності майбутніх фахівців з соціальної роботи.

Таким чином, у сучасному соціокультурному просторі збільшується кількість дітей, які потребують ефективної професійної допомоги спеціаліста нової формації – соціального гувернера. Це фахівець, який здійснює індивідуальну роботу з різними категоріями дітей переддошкільного, дошкільного та шкільного віку в умовах сім'ї або умовах, наближених до таких з метою їх соціального виховання і розвитку, соціально-педагогічної допомоги і підтримки, захисту їхніх прав та інтересів; сприяє педагогізації батьків, допомагає їм у розв'язанні проблем сімейного виховання.

Тому у професійній діяльності соціального працівника, соціальне гувернерство як напрям, який ще тільки починає своє становлення, потребує подальших ґрунтовних напрацювань. Перспективним вважаємо внесення дисципліни «Методика роботи соціального гувернера» до навчальних планів підготовки бакалаврів з соціальної роботи та визначення змісту, методів і прийомів роботи соціального гувернера з різними категоріями дітей.

Список використаних джерел

1. Акіншева І.П. Технологія роботи соціального гувернера: метод. посіб. для студ. спец. «Соціальна педагогіка та практична психологія», «Соціальна педагогіка та основи правознавства» / І.П. Акіншева. – Луганськ: Альма-матер, 2008. – 164 с.

2. Акіншева І.П. Характеристика діяльності соціального гувернера на сучасному етапі / І.П. Акіншева // Вісник Луганського нац. університету ім. Тараса Шевченка. – Серія «Педагогічні науки». – 2009. – № 17(180).– С. 52-58.

3. Бондаренко З.П. Методика роботи гувернера / З.П. Бондаренко // Проблеми педагогічних технологій. – Луцьк: ВДУ ім. Лесі Українки, 2003. – №1 – С. 267-277.

4. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / проф. І.Д. Звєрєва. – Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. – 536 с.

5. Кобилянська Л.І. Сімейне гувернерство як один із напрямів професійної діяльності соціального педагога / Л.І. Кобилянська // Молодь і ринок. – 2006. – №4. – С. 101-105.

6. Куликова Т.А. Семейная педагогика и домашнее воспитание: учебник / Т. А. Куликова. – М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 232 с.

7. Максимовська Н.О. Гувернерство в сучасних умовах: соціально-педагогічний аспект / Н.О. Максимовська // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2009. – №3. – С. 11-16.

8. Сарапулова Є.Г. Психолого-педагогічні основи навчально-виховної діяльності гувернера: монографія / Є.Г. Сарапулова. – К.: МАУП, 2003. – 264 с.

***Ю.О. ОСІЙСЬКИЙ**, старший викладач*
кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (ВНС) У ОСІБ З ПСИХОЛОГІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗА УМОВ РІЗНОЇ СТРЕСОВОЇ НАПРУЖЕНОСТІ ДОВКІЛЛЯ

Велика роль в розумінні перебігу психологічних процесів належить поняттю про автономну нервову систему, яку ще називають вегетативною системою (ВНС), підкреслюючи її виняткову роль в регуляції роботи внутрішніх органів [4, 5, 8]. Цікаво, що вченню про будову і функцію ВНС, а також її підрозділи на дві підсистеми: симпатичну та парасимпатичну, вже понад століття, а провідні вчені ще до сих пір не зрозуміли чіткий алгоритм її функціонування.

Розуміючи тісні взаємозв'язки між психічною діяльністю і роботою внутрішніх органів, цілий ряд авторів проводить наполегливі пошуки механізмів, що реалізуються при їх взаємозалежних впливах одне на одного. В одному з них, зокрема, констатовано диференціацію між ворожими і неворожими чоловіками в завданнях по ідентифікації слухових елементів, а також в реакціях ВНС. Виявилося, що ворожі особи демонструють кращий слух лівим вухом; а також більшу реактивність серцево-судинної системи після подразнення холодом. Неворожі чоловіки показували кращий слух правим вухом і меншу реактивність серцево-судинної системи на холодові подразники. Ці результати стверджують гіпотезу про переважну активацію і функціональність правої півкулі головного мозку у ворожих осіб, і лівої – у неворожих [3, 6]. Показовими в аспекті демонстрації взаємозалежності роботи ВНС від емоційного стану, була робота, в якій показано, що ступінь ворожості впливає на чутливість шкіри,

сенсорно-моторне навчання і вегетативний тонус організму. Так, ворожі особи показали кращу шкірну чутливість і нижчу здатність до сенсорно-моторного навчання в лівій половині тіла, а також переважання тонусу симпатичної нервової системи. Дослідні з невисокою ворожістю продемонстрували кращу шкірну чутливість в правій половині тіла, знижений симпатичний тонус і високу схильність до сенсорно-моторного навчання в лівій половині тіла [7].

Така взаємозалежність психічних і соматичних структур на сьогодні ставить перед науковцем цілком нові завдання. Серед них – пошук високоінформативних, малоінвазивних методів діагностики і корекції психологічних порушень. Ключовим, на нашу думку, аспектом цієї проблеми може бути розуміння функціонування барорецепторної системи реагування організму.

Робота виконана у відповідності до плану НДР Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна».

Метою дослідження було вивчення циркадних коливань чутливості барорецепторів, а також коливання ЧСС і артеріального тиску (АТ) у осіб з психологічними розладами під час виконання ними постурального тесту.

Дослідження зроблено на базі кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» і базується на обстеженні 61 студента з психологічними розладами, які були розділені в залежності від курсу навчання, склали 3 дослідні групи: перша – 23 особи (студенти першого курсу), друга – 18 (третій) і третя – 20 (п'ятий). Контрольну групу склали 17 практично здорових осіб. Контрольна і дослідні групи статистично не відрізнялися за гендерним і статевим розподілом.

Для вивчення функції вегетативної нервової системи і реакцію показників серцево-судинної системи на зміну положення тіла, проводили постуральне тестування, яке передбачало спочатку 10-хвилинне лежання, а потім – 5-хвилинне спокійне стояння [1]. Протягом усього часу проведення тесту проводили безперервне вимірювання систолічного артеріального тиску (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ) і ЧСС. Для досягнення точної часової градації показників, вимірювання проводили за допомогою апарату АВРМ-04 фірми «Meditech» (Угорщина) для 24-годинного моніторування АТ, програмно спеціально налаштованого на зняття показників в період проведення постурального тесту [9]. Поряд з цим визначали чутливість барорецепторів за методом вимірювання спонтанних коливань САТ і інтервалів R-R. Для цього паралельно з вимірюванням АТ постійно на протязі виконання тесту проводили

запис ритму серця за допомогою системи оцінки варіабельності серцевого ритму: HRV 1,5; JSC «Solvaig», 1998. Після цього за допомогою комп'ютерної програми розшифровки ритмокардіограм вивчали коливання інтервалів R-R під час зміни положення тіла і співставляли з динамікою САТ в ідентичні проміжки часу. Чутливість барорецепторів визначали за спеціальною формулою [4].

Отримані нами контрольні показники чутливості барорецепторів, в цілому статистично не відрізнялися від даних, отриманих іншими дослідниками за стандартною методикою визначення [10].

Тестування проводили двічі в кожній групі: на початку навчального семестру, у вересні, і в кінці, в травні.

Кінцеву математично-статистичну обробку даних проводили пакетом статистичних програм «Statistica 5.0» і «Microsoft Excel, 2002», керуючись посібником С.Н. Лапач, А.В. Чубенко і П.Н. Бабич [2]. Проводили двох-вибірковий (t-критерій Стьюдента). Перед вирахуванням критерію Стьюдента первинно проводили за допомогою критерію Фішера оцінку рівності аналізованих груп, а також оцінювали нормальність вибірок (за допомогою програми «Excel»). Всі критерії, необхідні для повноцінного вирахування критерію Стьюдента, були збережені.

Цікавими виявилися і дані, отримані в ході вимірювання основних показників серцево-судинної системи в положенні лежачи і стоячи (табл. 1).

В загальному у осіб з психологічними розладами вдалося констатувати статистично значущу різницю в реагуванні систолічного та діастолічного АТ на ортостатичне навантаження в порівнянні з такими у осіб контрольної групи. Так, значення ДАТ у осіб дослідної групи на початку навчального року, у вересні, в положенні лежачи і стоячи складали в середньому, відповідно 72±9,4 і 76±8,5 м.рт.ст., різниця приросту, яка відображає активацію симпатичної нервової системи при переході дослідного з горизонтального положення у вертикальне, – 4 мм.рт.ст. В той же час, аналогічні величини у осіб з психологічними розладами першої дослідної групи в цей час склали, відповідно 77±8,3 і 84±9,2 мм.рт.ст., різниця – 7,0 мм.рт.ст., $p<0,05$. Аналогічні закономірності були констатовані і для осіб інших дослідних груп, що, на нашу думку, може свідчити про більшу симпатичну готовність у осіб з психологічними розладами, а це, в свою чергу, – про включення в патологічні механізми формування психологічних паттернів відповіді на подразники довкілля і вегетативної нервової системи.

Таблиця 1

Результати постурального тестування осіб з психологічними розладами на початку і в кінці навчального року (M±m)

Показник	Контрольна група (n=17)		Дослідна група 1 (n=23)		Дослідна група 2 (n=18)		Дослідна група 3 (n=20)	
	лежачи	стоячи	лежачи	стоячи	лежачи	стоячи	лежачи	стоячи
Вересень								
САТ, мм.рт ст.*	114±11,2	108±10,4	117±8,9	112±9,6	121±12,2	118±11,4	120±11,7	117±10,5
ДАТ, мм.рт ст.*	72±9,4	76±8,5	80±7,3	86±9,2	82±6,7	88±8,3	84±7,5	87±7,1
ЧСС, уд./хв	65±8,1	82±9,6	72±8,8	86±9,8	74±8,4	87±8,7	74±7,8	89±8,3
Травень								
САТ, мм.рт ст.*	114±11,5	109±9,3	121±7,6	117±9,2	119±10,2	116±9,5	116±9,3	114±8,8
ДАТ, мм.рт ст.*	74±9,2	78±8,1	79±8,2	88±7,8	85±8,1	87±7,4	81±8,3	83±7,4
ЧСС, уд./хв	68±8,8	84±9,2	78±9,4	91±9,1	76±8,9	89±9,5	76±8,2	92±8,7

Примітки:

1). * - зміна показника достовірна в порівнянні з величиною його аналога в контрольної групи ($p<0,05$);

2). - зміна показника достовірна в порівнянні з величиною його в положенні «лежачи» ($p<0,05$).

Ствердженням цього припущення була і виявлена нами різниця розподілу аналізованих величин серцево-судинної системи в різних дослідних групах в період здачі екзаменаційної сесії. Якщо у осіб першої дослідної групи (I курс навчання) величини САТ, ДАТ і ЧСС мали чітку тенденцію до зростання в травні, як в лежачому, так і в стоячому положенні, то вже в осіб другої (III курс) і, особливо, третьої дослідних груп (V курс) була відмічена чітка декрементна динаміка САТ і ДАТ при відносній тенденції до зростання ЧСС. На нашу думку, поряд з іншими факторами регуляції даних показників, їх циркадні коливання в різні періоди навчального року можуть бути і

відображенням своєрідного перебігу психологічних процесів при наростанні стресової напруженості довколишнього середовища в травні. І якщо особи першого курсу реагують на це підвищенням симпатичної готовності, то особи третього і, особливо, п'ятого курсів навчання демонструють неадекватну реакцію на зміну положення тіла, що може свідчити про дезадаптацію і поглиблення дисфункції вегетативної нервової системи. Про це, зокрема, свідчить недостатній для динаміки виконання постурального тесту приріст ДАТ в положенні стоячи в травні у осіб третьої дослідної групи, різниця якого по відношенню до положення лежачи склала в середньому всього 2 мм.рт.ст. Примітно, що у осіб першої дослідної групи ця різниця склала в травні 9 мм.рт.ст., а в осіб контрольної групи – 4 мм.рт.ст.

Показовою в даному контексті виявилася і динаміка чутливості барорецепторів (рис. 1). Як відомо, барорецептори, як трактуються сьогодні більшістю провідних вчених, є центральними елементами регуляції роботи серцево-судинної системи [5, с. 11]. Саме оцінка їх чутливості вважається одним із найбільш валідних методів оцінки та прогнозування перебігу цілого ряду патологічних станів та роботи кардіореспіраторного апарату [4]. За нашою робочою гіпотезою, їх чутливість залежить і від стресової напруженості довколишнього середовища, і від особливостей перебігу психологічних реакцій у конкретних індивідуумів.

Це було стверджено при порівнянні отриманих величин ЧБР (в ході виконання постурального тесту) в осіб з психологічними розладами в різні періоди навчального року.

Так, було виявлено характерна крива зміни чутливості барорецепторів при переході з горизонтального у вертикальне положення у осіб контрольної групи. При аналізі величини ЧБР у осіб з психологічними розладами була констатована статистично значуща різниця в порівнянні з величинами контрольної групи, $p<0,05$. Для прикладу, величина ЧБР на початку навчального року у осіб першої дослідної групи в положеннях лежачи і стоячи склала, відповідно (24±4,7) мс/мм.рт.ст. і (12±1,8) мс/мм.рт.ст., а в осіб контрольної групи, – (33±6,2) мс/мм.рт.ст. і (10±3,1) мс/мм.рт.ст., відповідно ($p<0,05$). Подібні тенденції були виявлені і при аналізі отриманих даних інших дослідних груп.

Цікавою виявилася порівняльна характеристика даних ЧБР на початку і в кінці навчального року. В середньому було констатовано зниження чутливості барорецепторів в травні у осіб з психологічними розладами. Максимальне зниження ЧБР було характерне для осіб

третьої дослідної групи (п'ятий курс навчання), яка склала в травні (14±2,4) мс/мм.рт.ст. – в положенні лежачи і (9±1,1) мс/мм.рт.ст. – в положенні стоячи проти вересневих значень, відповідно (22±4,1) мс/мм.рт.ст. і (12±2,6) мс/мм.рт.ст. Різниця показників статистично значуща, $p<0,05$. Аналогічні закономірності були констатовані і для інших дослідних груп.

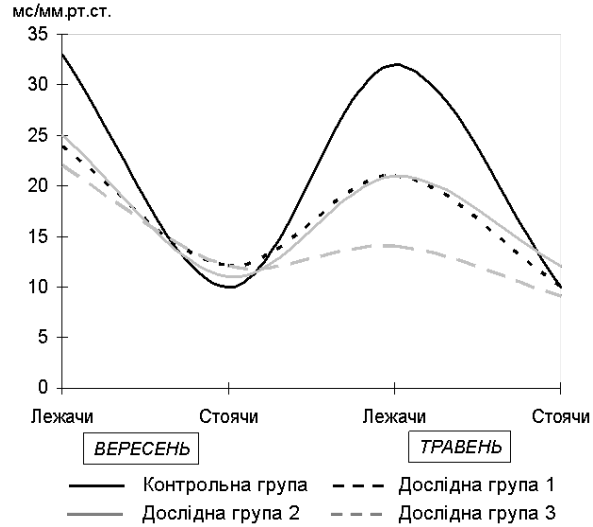


Рис. 1. Коливання чутливості барорецепторів у осіб з психологічними розладами на початку і в кінці навчального року

Хотіли би підсумувати, що для осіб з психологічними розладами характерна нижча чутливість барорецепторів в порівнянні з особами без таких розладів. В графічному еквіваленті для них притаманне сплощення кривої чутливості (за даними постурального тесту). Ґрунтуючись на наших даних, хотіли би відмітити також, що ЧБР залежить від стресової напруженості довколишнього середовища і наявності психологічних розладів в індивідуума, які обумовлюють особливості його реагування на зовнішні подразники: обидва фактори є причиною зниження чутливості. В цьому контексті хотіли би відмітити, що зниження ЧБР, за даними літератури, асоціюється зі зростанням ризику розвитку і прогресування цілого ряду серцево-судинної патології, зокрема раптової серцевої смерті, артеріальної гіпертензії тощо [4; 8].

Можливим фактором зниження ЧБР може бути, на нашу думку, і своєрідна акумуляція стресових впливів довкілля на організм з

переключенням, «рісеттінгом» порогу чутливості механізмів психоемоційного сприйняття довкілля із закріпленням несприятливих патологічних стереотипів поведінки, що, за умов формування психологічної «пам'яті» і «загромадження» її несприятливими алгоритмами поведінки, може стати в майбутньому пусковим чинником ініціації цілої низки «ідіоматичних» захворювань, зокрема ессенціальної гіпертензії. Таке припущення дозволили висловити отримані результати визначення ЧБР у осіб з психологічними розладами різних курсів. Саме особи п'ятого курсу навчання (третя дослідна група) продемонстрували статистично значуще максимальне зниження ЧБР, як на початку, так і, особливо, в кінці навчального року. Проте це припущення потребує подальших прицільних досліджень.

Отже, для осіб з психологічними розладами характерна нижча чутливість барорецепторів та неадекватна динаміка САТ, ДАТ і ЧСС в ході виконання постурального тесту.

Чутливість барорецепторів залежить від стресової напруженості довколишнього середовища: збільшення останньої є причиною зниження чутливості.

Подальші дослідження передбачається провести у напрямку вивчення інших проблем циркадних змін чутливості барорецепторів, артеріального тиску і частоти серцевих скорочень у осіб з психологічними розладами.

Список використаних джерел

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 296 с.

2. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: «Морион», 2001 – 408 с.

3. Berntson G.G., Sarter M., Cacioppo J.T. Anxiety and cardiovascular reactivity: the basal forebrain cholinergic link / G.G. Berntson, M. Sarter, J.T. Cacioppo // Behav. Brain Res. – 1998. – Vol. 94. – P. 225-248.

4. Constantinos H. Davos, Lewis Ceri Davies, Massimo Piepoli. The Effect of Baroreceptor Activity on Cardiovascular Regulation // Hellenic J Cardiol. – 2002. – Vol. 43. – P. 145-155.

5. Costes F. et al. Influence of exercise training on cardiac baroreflex sensitivity in patients with COPD / F. Costes // Eur Respir J. – 2004. – Vol. 23. – P. 396-401.

6. Demaree H.A., Harrison D.W. Behavioral, Physiological, and Neuropsychological Correlates of Hostility / H.A. Demaree, D.W. Harrison

// Neuropsychologia. – 1997. – №35(10). – P. 1405-1411.

7. Herridge M.L., Harrison D.W., Demaree H.A. Hostility, facial configuration, and bilateral asymmetry on galvanic skin response / M.L. Herridge, D.W. Harrison, H.A. Demaree // Psychobiology. – 1997. – №25. – P. 71-76.

8. La Rovere M.T. et al. Baroreflex sensitivity and heart rate variability in prediction of total cardiac mortality after myocardial infarction / M.T. La Rovere // Lancet. – 1998. – Vol. 351. – P. 478-484.

9. Peckerman A., LaManca J., Sisto S., DeLuca J., Cook S., Natelson B. Cardiovascular responses of patients with chronic fatigue syndrome to stressful cognitive testing before and after strenuous exercise // Psychosom Med. – 2001. – Vol. 63. – P. 756-764.

10. Pinna G.D. et al. Comparison between invasive and non-invasive measurements of baroreflex sensitivity; implications for studies on risk stratification after a myocardial infarction / G.D. Pinna // Eur Heart J. – 2000. – Vol. 21. – P. 1522-1529.

11. Roche F. et al. Cardiac baroreflex control in humans during and immediately after brief exposure to simulated high altitude / F. Roche // Clin Physiol. – 2002. – Vol. 22. – P. 301-306.

***О.А. МЕЛЬНИК**, голова циклової комісії*
загальноосвітніх, гуманітарних
та соціальних дисциплін
Вінницький коледж Університету «Україна»

ФОРМУВАННЯ ВСЕБІЧНО РОЗВИНЕНОЇ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТА НА ЗАНЯТТЯХ УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Художні твори сприяють самовихованню, допомагають людині усвідомити своє місце в житті та суспільстві.

Велике значення мають художні твори у вихованні культури почуттів і переживань, що є основою нормальної, здорової поведінки.

Методика викладання літератури має бути креативно-творчим процесом. О. Куцевол у своїй монографії «Теоретико-методичні основи розвитку креативності майбутніх учителів» зазначає, що «методичну творчість учителя літератури як діяльність, спрямовану на постановку дидактично-методичних задач з удосконалення змісту, структури й системи шкільної літературної освіти та пошук нестандартних, оригінальних шляхів та засобів їх вирішення з метою розвитку суб'єктів навчально-виховної взаємодії за допомогою

художнього слова» [2, с. 42].

Першочергове завдання викладачів – забезпечити ефективність кожного заняття шляхом підвищення питомої ваги самостійної роботи студентів.

Крім того, треба пам'ятати: з того, що ми вивчаємо, засвоюємо приблизно 10% того, що читали; 20% того, що чули; 30% того, що бачили; 50% того, що чули й бачили; 70% того, про що самі говорили; 90% того, що пояснювали іншим [1, с. 18].

Будуючи власний методичний стиль, викладач має проаналізувати все, що вже винайдено до нього, прислухатися до себе, своєї інтуїції, настрою. І щоб не повторюватись, педагогу слід знати, які технології вже винайдені й існують у наш час.

Скористаємося класифікацією методів інноваційного навчання, запропонованої литовською дослідницею П. Юцячивене [4, с. 134]. Після нашого доопрацювання вона має такий вигляд (рис. 1).

Розглянемо детальніше деякі з методів інноваційного викладання української літератури:

Бригадне навчання – реалізується кількома викладачами з різних предметів.

Екзамен. Студенти самі готують перелік питань до уявного екзамену з української літератури.

Експертиза. Група студентів ставить питання одному з тих, хто навчається.

Група шуму. Створюється група (2-6 студентів), яка дискутує з учителем, перериваючи хід лекції.

Ділова гра. Імітаційна гра, у якій відтворюється поведінка й робота окремих працівників (учителя, редактора, перекладача і т.ін.).

Редакційний кошик. До кошика педагог кидає завдання літературознавчого характеру, студенти виконують їх, результати аналізують.

Дискусія. Обговорення складної проблеми. Завдання обговорення: виявити відмінності в розумінні проблеми і в суперечці встановити істину.

Мікродискусії. Група ділиться на підгрупи для проведеня дискусії.

Форум. Дискусія. Учасникам дається стільки часу, скільки їм вдається утримати увагу аудиторії.

Інноваційна гра. Більш наближена до реальної ситуації і дає конкретний результат: конспект уроку, сценарій літературного вечора.

Лабіринт дій. Роздається друкований текст незнайомого студентам твору та варіанти аналізу – юний філолог вибирає точніший

і пояснює свій вибір.



Рис. 1. Методи інноваційного викладання української літератури

Мозкова атака. Аудиторія ділиться на дві групи: генератори ідей і критики. Спочатку виступають генератори ідей, а потім – критики.

Панельна дискусія. Невелика група (3-4) фахівців, викладачів або гостей ведуть дискусію з певної теми, а студенти стежать за їхніми думками.

Програма саморозвитку. Після виступу студент сам оцінює себе й складає програму саморозвитку.

Реакція аудиторії. Студенти слухають лекцію, а частина групи, що сидить поряд з лектором, відображає стан аудиторії й просить деякі

питання пояснити, повторити.

Акваріум. Частина групи сидить у центрі аудиторії й веде дискусію. Кожен з тих, що сидять навколо, стежить за 1-2 учасниками дискусії й потім висловлює свої зауваження та коментарі.

Творча діяльність студентів. Написані студентами вірші, твори зачитуються й аналізуються аудиторією.

Алгоритм. Це системний план, у якому розв'язання проблеми розділяється на кілька простих операцій і вказується, у якому порядку вони будуть проведені.

Відеоконфронтація. Відеокамера та відеомагнітофон допомагають студентові, який грає роль учителя, проаналізувати свою діяльність.

Лабораторні роботи. Проводяться під час аналізу літературного твору, невеликого за обсягом. Властивості явища з'ясовуються експериментально: виписуються й визначаються виражальні засоби мови, зіставляються різні редакції, переклади того самого тексту, різні художні тексти.

«Роби так, як я». Учні повторюють дії викладача (у виразному читанні вірша, аналізі літературного твору).

Самокритика. Оцінка учнем своєї діяльності.

На заняттях літератури монологічне навчання може лише нашкодити. Нав'язувати своє прочитання твору викладач не має права, тому що кожна людина має свій мікросвіт і власне розуміння прочитаного, і в процесі прочитання твору зустрічаються декілька світів одночасно: викладач, котрий «рекламував» твір (активізував навчальну діяльність учнів); автор твору зі своїми особливостями світосприйняття; сам твір; епоха, історичні події, розуміння читачем часу розгортання подій твору; чинні особи твору і т. д.

Викладач – це диригент, а мелодію мають зіграти учні, причому кожен на своєму інструменті. І скільки студентів будуть читати твір, стільки мікросвітів буде задіяно в діалозі: словесник – автор – твір – читач. Побачити й зрозуміти явище словесного мистецтва можливо лише за умов герменевтичного методу навчання, адже герменевтика – це мистецтво інтерпретації, тлумачення, учення про розуміння смислу, як сказав З. Фройд: «Тлумачити – означає знаходити смисл» [3, с. 42].

Ф. Шлейєрмахер розглядає три ступеня розуміння: низький – розуміння відбувається несвідомо, «механічно»; високий – випадкове узагальнення досвіду тлумачення; найвищий ступінь – розуміння здійснюється як мистецтво.

Тож, наша мета – вийти на найвищий рівень, навчити мислити творчо, створювати справжні шедеври людської думки.

На занятті мають перехрещуватися кола творчості педагога,

котрий створює тканину уроку; учня, що доповнює тканину інтерпретації тексту своєю активною позицією; самого тексту, з його колізіями та тканинами життєвих і світоглядних ліній героїв; авторської позиції, світосприйняття письменника.

Ф. Шлейєрмахер також виділяє сім правил психологічної інтерпретації:

1). Тлумачення починається із загального огляду, що дає змогу побачити єдність твору та головні елементи композиції.

2). Герменевт завжди мусить мати на увазі взаємозалежність цілого та окремого.

3). Герменевт повинен домогтися доконечного розуміння стилю (у мовному та мислительному сенсі).

4). Це може відбуватися лише «приблизно».

5). Потрібно «вирівняти» позиції автора й герменевта.

6). Треба користуватися інтуїтивним та «порівняльним» методами.

7). Слід з'ясувати мету твору (виходячи зі змісту та адресата).

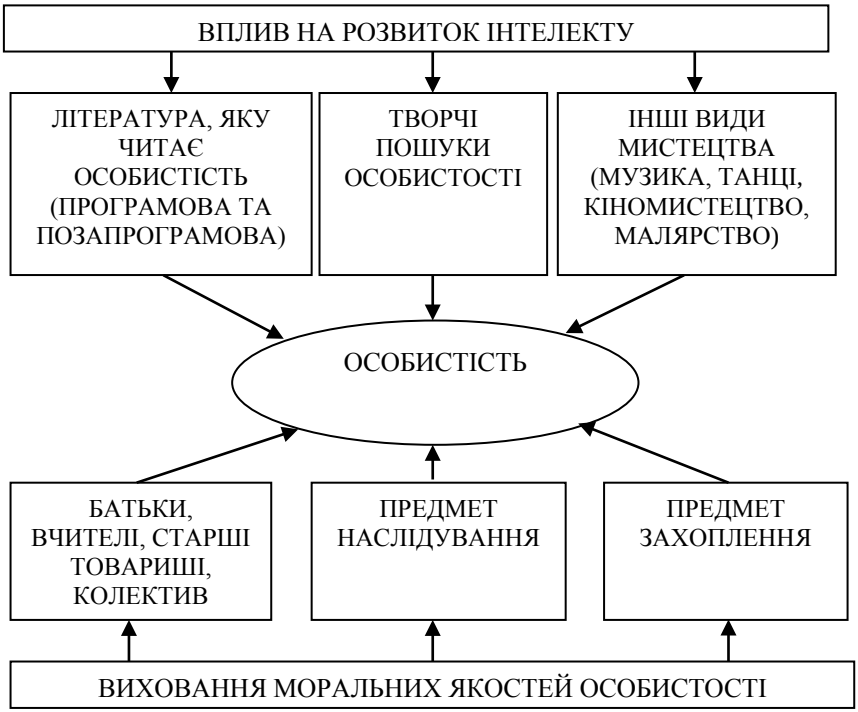


Рис. 2. Фактори впливу на особистість

Прагнучи розвіяти авторські таємниці, читач проходить крізь призму смислового навантаження до внутрішнього світу твору.

Саме тому Вільгельм Дільтай розрізняє дві концептуальні моделі розуміння: 1) Розуміння як висновок за аналогією. На підставі «людської природи» та особистих переживань. 2) Основою є комунікативна спільнота, у рамках якої можна навчитися тлумачити не тільки чужі, а й власні переживання, ідентифікуючи їх як такі на основі правил комунікації. Це й становить основу розуміння.

Тож на сьогодні найважливіша задача педагога – навчити учнів мислити, оскільки будь-який текст існує задля його осмислення.

Тому модернізація процесу викладання української літератури у ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації зумовлює необхідність побудови уроку літератури на засадах креативної методики та герменевтичного підходу до вивчення твору, з використанням діалогічної парадигми. Ми переконані, що художнє слово стає мистецтвом лише в разі співтворчості учителя, учнів, автора та твору.

Отже, герменевтичний підхід до викладання літератури (бачити текст у світовому контексті історії, літератури та культури) має на увазі співпрацю викладачів суміжних предметів, взаємопроникнення програмного матеріалу, розгляд будь-яких текстів як єдиного всесвітнього полотна, у вивченні якого приймають співучасть і вчитель, і учень, і письменник, і текст, і інформаційний простір. Дає можливість викладачу направляти особистість з її окремим світом думок, її індивідуальним внеском у розуміння тексту твору, ставленням до героїв, подій, світобачення письменника, бути диригентом оркестру всесвітів, що перетинаються в процесі пізнання, а не пропонує готові відповіді на проблемні запитання, спонукає студентів створювати власний світ, з незалежними судженнями та пошуками, тобто формує всебічно розвинену особистість.

В наступних студіях ми більш детально презентуємо методику герменевтичного підходу до викладання літератури.

Список використаних джерел

1. Житник Б. Основи сучасного навчання. Сучасні шкільні технології / Б. Житник. – К.: Редакції загальнопедагогічних газет, 2005. – 112 с.

2. Куцевол О.М. Теоретико-методичні основи розвитку креативності майбутніх учителів літератури: монографія / О.М. Куцевол. – Вінниця: Глобус-Прес, 2006. – 348 с.

3. Переденко І.П., Гузь О.М. До розуміння герменевтики як методології гуманітарних наук / І.П. Переденко, О.М. Гузь // Зарубіжна

література. – 2008. – №6-7. – С. 5-32.

4. Юцячивене П. Теорія и практика модульного обучения / П. Юцячивене. – Каунас, 1989 – 272 с.

***О.А. МЕЛЬНИК**, голова циклової комісії*
загальноосвітніх, гуманітарних та соціальних дисциплін
Вінницький коледж Університету «Україна»,
***О.М. ОЛІЙНИК**, голова циклової комісії з правознавства*
Вінницький коледж Університету «Україна»

МОНІТОРИНГ ЛІТЕРАТУРНОЇ ОСВІТИ СТУДЕНТІВ ВНЗ І-ІІ РІВНЯ АКРЕДИТАЦІЇ

Відповідно до вимог Болонської угоди в Україні відбувається поступове реформування системи вищої освіти, спрямоване на інтеграцію її до європейського і світового освітніх просторів, удосконалення й поліпшення якості навчання, оновлення його змісту та організаційних форм, упровадження освітніх інновацій, інформаційних технологій, дистанційного навчання, креативності методичної роботи викладачів. Відбувається процес активації модернізації змісту, методів, засобів та форм організації навчання, зокрема на етапі контролю знань, умінь, навичок.

Метою дослідження є з'ясування особливостей організації тематичного оцінювання студентів ВНЗ І-ІІ рівнів акредитації з курсу «Українська література».

У додатку І статті «Загальні критерії оцінювання навчальних досягнень студентів у системі загальної середньої освіти». Наказ №371 від 05.05.2008 р. «Про затвердження критеріїв оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти» Міністерства науки і освіти України підкреслюється, що тематичному оцінюванню навчальних досягнень підлягають основні результати вивчення теми (розділу) [1, с. 1].

Тематичне оцінювання навчальних досягнень студентів забезпечує:

- усунення безсистемності в оцінюванні;
- підвищення об'єктивності оцінки знань, навичок і вмінь;
- індивідуальний та диференційований підхід до організації навчання;
- систематизацію й узагальнення навчального матеріалу;
- концентрацію уваги учнів до найсуттєвішого в системі знань із

кожного предмета.

Тематична оцінка виставляється на підставі результатів опанування студентами матеріалу теми впродовж її вивчення з урахуванням поточних оцінок, різних видів навчальних робіт (практичних, лабораторних, самостійних, творчих, контрольних робіт) та навчальної активності школярів [2, с. 12].

Перед початком вивчення чергової теми всі студенти мають бути ознайомлені з тривалістю її вивчення (кількістю занять); обов'язкових робіт і термінами їх проведення; умовами оцінювання [1, с. 9].

Дослідивши проблему погодинного розподілу тем та враховуючи досвід багаторічної роботи за тематичною системою оцінювання, викладачі нашого коледжу підкреслюють, що теми повинні охоплювати цілий ряд одножанрових творів з одного часового простору. Наприклад, «Драматургія другої половини XIX ст.» буде включати такі заняття:

- Українська драматургія II половини XIX ст. (лекція) – 2 год.;
- Старицький М.П. «Виклик», «До молоді», «До України», «Поету», «Не судилось», «Оборона Буші» (оглядово) – 4 год.;
- Карпенко-Карий І. «Сава Чалий», «Хазяїн» (оглядово) – 2 год.;
- Іван Франко. Поетична творчість. Поема «Мойсей», «Перехресні стежки» (оглядово), «Украдене щастя» – 6 год.;
- Тематична атестація за темою: «Українська драматургія II половини XIX ст.» – 2 год. [3, с. 7].

На початку теми доречно було би провести вступну лекцію, схарактеризувавши особливості епохи, жанру, літературної критики, театрального мистецтва; розповісти про «театр корифеїв», про талановиту сім'ю Тобілевичів та ін.

Для першокурсників, незважаючи на те, що вони вже студенти ВНЗ, недоцільно проводити заняття у формі класичного семінару, тому ми намагаємось впроваджувати більше комбінованих занять, схожих на звичний для учорашніх школярів урок. Пам'ятаймо також, що, за нормами, може бути проведено не більше двох семінарів на семестр.

В умовах модернізації вищої школи педагогам-словесникам доцільно використовувати у своїй роботі тестові технології як для тематичного, так і для поточного контролю, а також з метою узагальнення та систематизації засвоєння матеріалу, що буде гарним тренінгом для студентів перших курсів вищих навчальних закладів I-II рівня акредитації [7, с. 43].

Однак, креативність методичної роботи викладача української літератури не дозволяє обмежуватися лише тестовими завданнями,

адже його мета: розбудити та розвивати творчі здібності учнів; навчити розрізняти не тільки літературні напрямки і стилі, а й відчувати індивідуальний стиль письменника; зіставляти літературний факт із творами суміжних з літературою видів мистецтва; використовувати знання з інших предметів (історія, географія, образотворче мистецтво, зарубіжна література та ін); спонукати вирішувати складні життєві задачі, аналізуючи літературні твори.

За допомогою тестів викладач може перевірити знання фактичного матеріалу, але не може перевірити логічність і послідовність мислення студентів, орфоепічну й лексичну правильність мовлення. Не можна вписати в рамки вибіркового або ж клоузтесту лінгвістичний аналіз тексту, інтертекстуальні виміри міжлітературного діалогу.

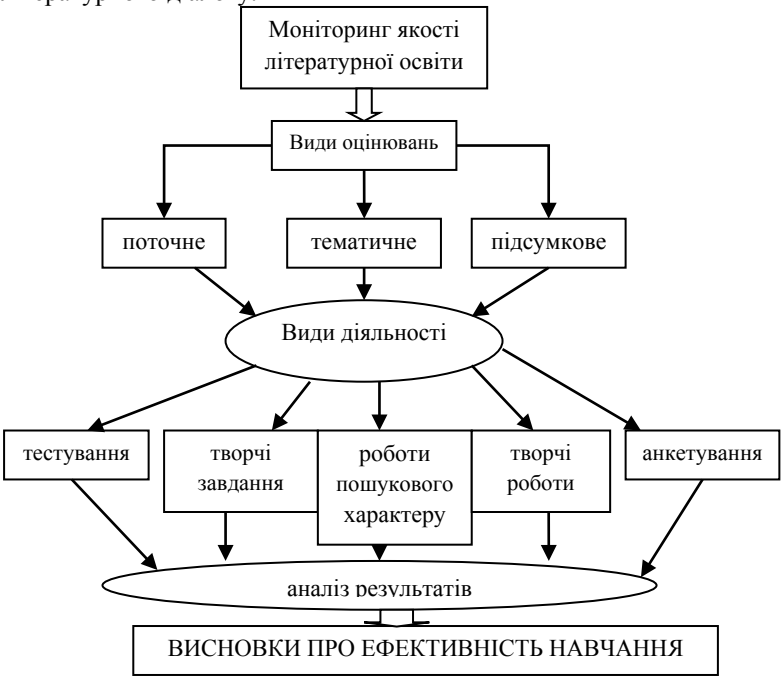


Рис. 1. Схема моніторингу літературної освіти студентів

За методикою проведення комбінованого заняття контроль знань (який не може бути одноманітним) є обов'язковою складовою.

Викладачі розробляють тестові завдання до кожної теми, але обмежуватися репродуктивним характером перевірки засвоєного

матеріалу у викладанні суспільних дисциплін – означає невиконання прямого завдання словесника – розвивати аналітичне й художнє мислення учнів та усне мовлення. Тому на заняттях при перевірці рівня засвоєння попереднього матеріалу доцільно використовувати поряд з тестами й інші види контролю знань з дисципліни: метод фронтального опитування, перехресного обстрілу, командних змагань (що дуже подобається студентам), дискусії, кейсметод, рольової гри, «круглого столу», «акваріуму» та ін.

Особливої уваги викладачі літератури нашого закладу приділяють розвитку усного мовлення, тому не враховувати цього важливого аспекту інтелектуального розвитку особистості в критеріях оцінювання теми неможливо.

Після детального розгляду творів, визначених програмою для обов'язкового опрацювання й поточного контролю, що діагностує перший рівень засвоєння знань, проводимо рубіжний (тематичний), який дає можливість перевірити засвоєння отриманих знань через більш тривалий період й охоплює більш значні за обсягом розділи курсу.

Словесники нашого закладу при оцінюванні студентів за темами керуються розробленими Міністерством критеріями оцінювання навчальних досягнень учнів з української та зарубіжної літератур.

Отже, тематичне оцінювання з дисципліни «Українська література» ґрунтується на системному вивченні предмета, акумулюється й зводиться не тільки до письмової або тестової перевірки знань, а й у сукупності з оцінюванням розвитку усного мовлення, аналітичного та художнього мислення, творчими здібностями студентів.

Список використаних джерел

1. Про затвердження критеріїв оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти: Наказ Міністерства науки і освіти України №371 від 05.05.2008 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.school304.com.ua/upload/file/kriterii.pdf

2. Мовчан Р.В., Ковалів Ю.І. Українська література, 11 клас: підручник / Р.В. Мовчан, Ю.І. Ковалів, В.Ф. Погребенник, В.Є. Панченко. – К., Ірпінь: ВТФ Перун, 2001. – 496 с.

3. Токань Г. Методи викладання літератури в їхній особистісній спрямованості на учня / Г. Токань // Дивослово. – 2004. – №2. – С. 43-47.

4. Українська література: навчальна програма для вищих навчальних закладів І-ІІ рівнів акредитації, які здійснюють підготовку молодших спеціалістів на основі базової середньої освіти / Л.Б.

Ковалевська. – К.: Інститут інноваційних технологій і змісту освіти, 2010. – 28 с.

5. Хропко П.П. Українська література, 10 клас: підручник / П.П. Хропко. – К.: Освіта, 1998. – 528 с.

6. Хропко П.П., Семенюк Г.Ф. Українська література (хрестоматія), 10 клас: підручник / П.П. Хропко, Г.Ф. Семенюк. – К.: Школяр, 2004. – 448 с.

***В.В. БЕЗПАЛА**, студентка СР-51-15 (ДВО)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: В.В. Давиденко, доктор політичних
наук, професор кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ІЗ ДІТЬМИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Знедолена природою дитина не повинна знати,
що у неї слабий розум, слабка сила.
Виховання такої дитини має бути у сто разів
ніжнішим, чуйнішим, дбайливішим.
В. Сухомлинський

В законодавчих та підзаконних актах найчастіше використовуються такі поняття, як «діти, що потребують фізичної реабілітації або психологічної допомоги», «особи, що мають вади у фізичному чи розумовому розвитку і не можуть повноцінно реалізувати себе у суспільстві та не мають можливості навчатись у масових навчальних закладах на загальних засадах», або, що найчастіше, – «діти з інвалідністю». Під «особливими потребами» можна розуміти принаймні три речі. З одного боку – це необхідність специфічних методів обстеження, навчання (спеціальної освіти або дефектології) та комунікації, реабілітації і працетерапії, особливого ставлення під час навчання. По-друге, потрібні спеціальні пристосування – допоміжні пристрої для ходьби, інвалідні візки, слухові апарати, складна комп'ютерна та медична техніка, підвищені вимоги до безбар'єрної структури та адаптації середовища (спеціальної архітектури приміщень). По-третє, мається на увазі незахищеність цих дітей у соціальному плані. Частіше, ніж інші, такі діти опиняються під загрозою сирітства або відмови батьків, відмови шкіл від їхнього навчання, відмови професійної освіти, відмови

прийому на роботу, зрештою, виключення з суспільства в цілому. Фізична вада, особливо коли вона поєднана з мозковою дисфункцією або психоневрологічною інвалідністю, призводить до маргіналізації особи, алкоголізму, жебрацтва, сексуальної експлуатації [2, с. 10].

У законодавчих та медичних документах, як правило, домінує термін «інвалід». Інвалід – особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, обумовлене захворюванням, наслідками травми чи дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності та викликають необхідність її соціального захисту.

За даними ООН, у світі числиться приблизно 450 мільйонів людей з порушеннями психічного та фізичного розвитку. Це становить 1/10 частину населення нашої планети. Дані всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать, що кількість таких людей у світі досягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами). Всього в світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями [1, с. 10].

Більше того, у нашій країні, як і в усьому світі, простежується тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. Найпоширенішими причинами інвалідності є захворювання нервової системи та органів чуття, дитячий церебральний параліч, психічні розлади, вроджені вади розвитку. Третина дітей інвалідів – сільські мешканці, дві третини – міські жителі. Майже 20 відсотків дітей-інвалідів перебувають в державних установах, тобто виховуються поза сім'єю [1, с. 13].

Інвалідів у нашому суспільстві сприймають по-різному: одні до них абсолютно байдужі, інші жалісливі, треті, активно допомагають їм. Крім того, існуюче стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із серйозними фізичними вадами, прирікає інвалідів на повну ізоляцію.

Щоб уникнути цих важких соціальних наслідків діти з особливими потребами потребують особливої уваги, особливої турботи, яка повинна бути реалізована в рамках кожного суспільства. «Суспільство має повернутися обличчям до дітей з обмеженими можливостями», – зазначила Марина Порошенко, голова Благодійного Фонду Порошенка, дружина Президента України, у своєму виступі на парламентських слуханнях «Правове забезпечення реформи освіти в Україні» 9 грудня 2015 року.

Кожна дитина по-своєму унікальна і потреби кожної дитини специфічні. Кожна дитина становить незмірну цінність для своїх батьків і родичів, а всі діти разом – неоціненний скарб суспільства, запоруку його майбутньої долі [5, с. 145].

13 грудня 2006 року Генеральною Асамблеєю ООН була

прийнята Конвенція ООН про права людей з обмеженими можливостями. Вона є першим міжнародним документом XXI століття, який стосується прав людей з обмеженими можливостями в політичній, соціально-економічній та культурній сферах. Основна ідея Конвенції заміна соціального забезпечення та благодійності системою прав людини, яких потрібно дотримуватися. Мета Конвенції – забезпечення всім інвалідам прав без дискримінації.

3 травня 2008 року Конвенція ООН про права людей з обмеженими можливостями вступила в силу як міжнародний закон. Це сталось після її ратифікації двадцятьма країнами світу. У грудні 2009 року Україна ратифікувала «Конвенцію про права людей з обмеженими можливостями». Але це був лише перший крок. Далі почалась робота у напрямку політик та програм, що перенесуть положення Конвенції на практику та призведуть до фактичного покращення життя людей з інвалідністю та забезпечать їм рівні можливості. Українське законодавство щодо людей з обмеженими можливостями є достатньо прогресивним, однак його практичне впровадження має певні складності як на центральному рівні, так і на місцевому.

Головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає у порушенні її зв'язку зі світом, в обмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими. Дитина, яка має інвалідність, може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток, який не має проблем зі здоров'ям, але виявити свій талант, розвити його, приносити за допомогою його користь суспільству їй заважає нерівність можливостей.

Головною метою соціально-педагогічної роботи з дітьми з особливими потребами є інтеграція їх в соціальне середовище. Інтеграція в суспільство – це процес поновлення втрачених зв'язків людини з суспільством, що забезпечує її включення в основні сфери життєдіяльності: праця, побут, дозвілля [5, с. 336]. Зазвичай, оточення таких дітей, такі ж діти з обмеженими функціональними можливостями, як і вони. Навчання у спеціальних закладах, перебування в інтернатах позбавляє дітей, які мають будь-які розлади в розвитку, спілкування з нормальними дітьми. При навчанні в таких ігнорується один з принципів розвитку: людина навчається, наслідуючи іншу. Хто ж краще розкаже сліпій дитині про довкілля, «покаже» його, навчить пересуватися в знайомому приміщенні? Хто краще навчить дитину з проблемами розумового розвитку гратися іграшками, звертати увагу на суттєві речі, осмислювати їх, розмовляти, правильно реагувати на різні явища? Звичайно, ті діти, які

розвиваються нормально [9, с. 59].

Важливе місце в цьому напрямку займають питання соціальної реабілітації. Соціальна реабілітація – це досягнення таких цілей в виховному процесі, коли людина, яка має обмежені можливості здоров'я, після проходження комплексної реабілітації у відповідних реабілітаційних установах, вливається в соціально-економічне життя суспільства і не відчуває своєї неповноцінності. Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності. Неодмінною умовою соціальної реабілітації є культурна самоактуалізація особистості, її активна робота над своєю соціальною досконалістю. Якими б сприятливими не були умови реабілітації, її результати залежать від активності самої особистості [11].

Соціальна реабілітація дітей з функціональними обмеженнями – це складний процес. Необхідно особливо ставитися до дітей-інвалідів, які потребують не тільки матеріальної, фінансової, гуманітарної підтримки і заходів реабілітації (медичної, професійної, соціально-побутової), а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, моральному і духовному самовдосконаленні [11].

На одній з конференцій, присвяченій проблемам дітей з особливими потребами, яка відбувалась в серпні 2015 року, Микола Кулеба, уповноважений Президента України з прав дитини наголосив, що в умовах децентралізації слід розвивати систему соціальних і освітніх послуг на рівні громади, щоб кожна дитина могла отримувати освітні, реабілітаційні та корекційні послуги на місцевому рівні. «Я вбачаю вирішення цих проблем у створенні центрів соціальної підтримки (реабілітації) дітей, у яких спеціалісти допомагали б сім'ям у вихованні дитини з особливими потребами. В Україні мають створюватись всі умови для того, щоб діти з обмеженими можливостями могли повноцінно реалізовувати своє право на освіту».

Соціально-педагогічна діяльність як спосіб оптимізації процесу соціалізації виконує три соціальні функції: підвищення рівня соціальної адаптації індивіда або групи, профілактика явищ дезадаптації, соціокультурна реабілітація та розвиток людини [6, с. 14]. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю обмежених функціональних можливостей є реалізацією різних видів соціальної реабілітації. У кожному конкретному випадку вона обумовлюється

особливостями фізичного та психічного стану клієнта, класифікацією суб'єктів соціально-педагогічної діяльності, а також тими різновидами соціального обслуговування, яке здійснює держава чи громадська організація [2, с. 123].

Таким чином, соціальна реабілітація організовується з метою найбільш повного розвитку у дитини з особливими потребами духовних і фізичних сил шляхом використання її збережених функцій, виникаючих потреб та інтересів, її особистісної активності та створення відповідних внутрішніх та зовнішніх умов, в яких вони можуть найбільш повно проявлятися та розкриватися. Така організація соціально-педагогічної роботи базується на ряді принципів, яких мають дотримуватись усі суб'єкти соціально-педагогічної роботи з дітьми-інвалідами, і на їх базі має формуватися державна допомога таким дітям та їх родинам. Одним з цих принципів є принцип навчання, який передбачає активізацію дітей з обмеженими можливостями з метою оволодіння ними різноманітних видів діяльності та наукових знань, починаючи від найпростішої предметно-практичної діяльності переходячи до складних дій в пізнавальній сфері.

Останніми десятиліттями в усьому світі відбуваються докорінні зміни у розумінні та забезпеченні якісної освіти для дітей з особливими потребами. В Україні також набувають поширення новітні освітні технології, в основу яких покладено принцип урахування інтересів дітей. Одним із основних принципів міжнародних стандартів є право дітей з особливими потребами на інтеграцію в суспільство, основою якої є забезпечення таким дітям доступ до якісної освіти [11].

Характерною особливістю сьогодення є реконструювання системи соціальної освіти на демократичних, гуманістичних засадах, створення в країні механізмів для вільного вибору форми навчання дітей. В основу цього підходу покладено два принципи:

- не відривати дитину від сім'ї і суспільства, якщо це можливо, і сприяти природному процесу її соціалізації;
- розробити та апробувати спеціальну освіту та надати можливість батькам дітей з особливостями психофізичного розвитку вибору майбутньої освіти [11].

Якою була раніше наша громадська думка – всі ті, хто потрапляє до категорії дітей з особливими потребами, повинні навчатися в спеціальних школах, а всі решта – у звичайних. Спеціальна освіта не може задовольнити всіх дітей з особливими потребами, тому єдиним шляхом вирішення проблеми є розвиток інклюзивної освіти. Адже кожна дитина має вона особливі освітні потреби, має особливості

культурного, мовного, релігійного характеру, може прийти до звичайної загальноосвітньої школи за місцем проживання. І звичайна загальноосвітня школа повинна прийняти її без жодних умов. Безумовно, прийняття звичайною середньою школою дитини з особливими потребами є інклюзія. Інклюзивна форма навчання вже давно стала нормою в усіх цивілізованих країнах світу. Для нашого ж суспільства – це нова тема.

Великим бар'єром для впровадження інклюзії в Україні є система національної освіти. У тому вигляді, як зараз працюють загальноосвітні школи, категорично не сприймається впровадження інклюзії. Вчителі у своїй більшості налаштовані проти такого нововведення, саботують впровадження проекту, байдуже ставляться до наявних проблем діток тощо. Звісно, є кращі приклади шкіл, які роблять перші кроки до інклюзивної освіти, всупереч усім обставинам, але переважна більшість шкіл досі живе радянськими стереотипами і, на жаль, спеціалізовані заклади також [матеріали конференції «Що гальмує інклюзію в Україні», освітній портал: http://pedpresa.ua/135888-shho-galmuye-inklyuziyu-v-ukrayini.html].

Лілія Гриневич, голова парламентського комітету з питань освіти та науки, зазначила, що зараз у проекті Закону «Про освіту» є стаття 22, що дискримінує дітей із певними вадами здоров'я. У ній йдеться про те, що здорові діти, їхні батьки та адміністрація школи будуть вирішувати, приймати дитину чи не приймати. Цей проект закону потребує серйозного доопрацювання. «Я прихильник того, що найвищою цінністю є гідність кожної людини, попри її відмінності. Ми цю цінність повинні плекати в освіті. У нас школи не пристосовані до того, щоб там навчалися діти з особливими потребами. Це можна виправити, якщо розвивати відповідну мережу закладів. Ми повинні створити такі умови, щоб за місцем проживання цим дітям можна було показати школу, яка була б адаптована до їхніх потреб. Ми це маємо робити, виконуючи 24 статтю Конвенції ООН». Права людей з інвалідністю закцентувала Лілія Гриневич: «Я переконана, що кожен учитель у рамках своєї підготовки як педагога повинен пройти курс, як працювати з такими дітьми з особливим потребами, і пояснювати суспільству, що такі діти можуть принести: ті якості, яких не навчиш прочитанням великої кількості літератури – співчуттю, розумінню, як допомогти іншій людині. Я вважаю, що перший правильний крок – у кожній великій громаді зробити принаймні одну школу, де завжди такі діти можуть почуватися комфортно».

«Необхідно змінювати ставлення самих педагогів до дітей з особливими потребами, формувати правильне розуміння та

сприйняття інклюзивної освіти. Потрібно проводити просвітницьку роботу з учителями та батьками», – зазначив Микола Кулеба [матеріали конференції «Що гальмує інклюзію в Україні», освітній портал: http://pedpresa.ua/135888-shho-galmuye-inklyuziyu-v-ukrayini.html].

Наполегливість батьків дітей з особливими потребами, які започаткували рух за доступність звичайних шкіл та дитячих садків для своїх дітей, об'єднуючись у громадські організації, крок за кроком просували інклюзію як систему навчання. На сьогодні в Україні існує чимало громадських товариств та державних інститутів, які вирішують проблеми дітей з особливими потребами. Це комунальний заклад Львівської обласної ради «Навчально-реабілітаційний центр «Левеня»; «Навчально-реабілітаційний центр» Київського палацу дітей та юнацтва; Центр раннього розвитку «Гармонія Дитинства» м. Житомира; Центр соціально-трудової, професійної та медико-соціальної реабілітації інвалідів, дітей інвалідів та молодих інвалідів м. Броварів; Білоцерківський дитячий оздоровчий центр «Шанс»; асоціації батьків дітей з аутизмом, громадські організації «Родина», «Відчуй», «Інститут реабілітації та соціальних технологій»; Всеукраїнської благодійної організації «Даун Синдром» та Благодійного фонду Наталії Крючкової «Долоні щастя»; благодійний фонд Петра Порошенко. Це найактивніші організації, які є учасниками та організаторами благодійних заходів, конференцій, «круглих столів», що вирішують проблеми дітей з особливими потребами. З грудня 2013 року у Вінницькій області реалізовується проект «Інклюзивна освіта: крок за кроком», у рамках якого на базі обласної психолого-медико-педагогічної консультації створено Інклюзивний ресурсний центр. Одиниці вінницьких навчальних закладів готові приймати на навчання дітей з особливими потребами. Це школа-гімназія №6, де встановили ліфт для дітей на візках, середня школа №34, в якій прийнято на навчання четверо діток із діагнозом аутизм». 28 жовтня 2015 року у Вінниці відбувся форум для батьків дітей з інвалідністю. Було прийнято резолюцію, яка передбачає створення сприятливого середовища для впровадження інклюзивного навчання у Вінницькій області на всіх освітніх рівнях. Всього в області проживає 6 тисяч дітей з інвалідністю. Близько сотні з них потребує інклюзивної освіти, проте проблем пов'язаних з цим, дуже багато. Більшість шкіл не пристосовані для дітей з особливими потребами, а вчителям бракує досвіду роботи з такими учнями. Здобути вище освіту дітям-інвалідам у Вінницькій області майже не можливо. Адже лише університет «Україна» приймає таких студентів, їх у виші близько сотні.

Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» спільно з Всеукраїнським громадським об'єднанням «Національна Асамблея інвалідів України» реалізує проект «Створення безпечного інклюзивного середовища у навчальних закладах і громадах» за фінансової підтримки Фонду Чарльза Стюарта Мотта (США) і Фонду «Інститут відкритого суспільства» (Лондон). Проект реалізовується у 4-х областях: Вінницькій, Львівській, Луганській та Одеській областях. Однією з цілей проекту є поширення інформації серед освітян та громадськості щодо Конвенції ООН про права людей з інвалідністю, зокрема Статті 24 «Освіта», шляхом проведення фокус-груп з різними цільовими групами: педагогами інклюзивних навчальних закладів (початкова ланка), батьками дітей з особливими освітніми потребами, іншими батьками (які мають дітей молодшого шкільного віку), учнями початкової школи (однолітками яких є діти з особливими освітніми потребами, і навчаються в цій же школі).

Навчання в класі дитини з особливими потребами дає можливість взаємодіяти зі звичайними дітьми, спостерігати за ними, наслідувати їх. Вона отримує такий соціальний досвід, як і його здорові товариші. Перебування у класі дає можливість розвивати відповідні його віку комунікативні навички.

Професор Колупаєва А.А., доктор педагогічних наук, викладач Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, вивчаючи методи інклюзивного навчання, стверджує, що у дітей з особливими потребами інклюзивного навчання відбувається корекція пізнавальної сфери, формується самостійність, зростає самооцінка. Такі школярі мають можливість на рівні спілкуватися з однолітками та дорослими. Та найціннішими результатами такої співпраці є спілкування дітей, вміння підтримувати і допомагати один одному [5] .

Отже, інклюзивна освіта є ефективною системою освіти дітей з особливими потребами, які спроможні навчатись у загальноосвітніх школах, навіть у таких, які вони є сьогодні. Потрібні вихователі зі спеціальною освітою, помічники вчителя, який би допомагав дитині ефективніше працювати на уроці, проводив би відповідні вправи релаксації; на перервах руховий відпочинок, психологічні тренінги. Інклюзивна школа – заклад освіти, який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, зокрема: адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує існуючі в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімат у шкільному середовищі. Не зважаючи на те, що інклюзивні школи забезпечують сприятливі умови

для досягнення рівних можливостей і повної участі, для їх ефективної діяльності необхідні спільні зусилля не лише з боку вчителів та персоналу школи, а й ровесників, батьків, членів родин [11].

Що ми можемо зробити спільного для того, щоб діти з особливими потребами почувалися рівними членами суспільства? Один із шляхів – забезпечити їм доступ до повноцінної та якісної освіти, яка б дозволила їм реалізуватися, сприяти тому, щоб кожна школа, кожний навчальний заклад в Україні можна було назвати інклюзивним.

Список використаних джерел

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: збірник наукових праць №12(14): «Проблема формування в суспільстві позитивного ставлення до осіб з обмеженими фізичними та розумовими можливостями». – К.: Університет «Україна», 2015. – 233 с.

2. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навч.посіб. / О.В. Безпалько. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 123 с.

3. Основи інклюзивної освіти: загально-методичний посібник / проф. Колупаєва А.А. – К.: Інклюзивна освіта, 2011. – 259с.

4. Капська А.Й. Соціальна робота: навчальний посібник / А.Й. Капська. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 328 с.

5. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: монографія / А.А. Колупаєва. – К.: Педагогічна думка, 2007. – 458 с.

6. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка. Путівник для педагогів: навчально-методичний посібник / А.А. Колупаєва, О.М. Таранченко. – К.: «АТОПОЛ», 2010. – 96 с.

7. Лабайчук Г. Навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я / Г. Лабайчук // Радість дитинства – вільні рухи. – 2007. – №4. – С. 4-5.

8. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети / О. Мостіпан // Соціальний захист. – 2002. – №11. – С. 15–18.

9. Софій Н. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник / Н. Софій, І. Єрмаков, Н. Стадиенко. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.

10. Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я: навчальний посібник / Л.В. Акатов. – М.: Гуманит. изд.

центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.

11. Щомісячний методичний веб-журнал «Професійно-технічна освіта», випуск 10 «Професійна освіта осіб з особливими потребами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: www.proftek hosvita.orq.ua

***Л.О. ГЛУШКО**, студентка групи СР-31-13*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
***Н.С. ЧОРНОУС**, студентка групи СР-31-13*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: Н.О. Ляшкова,старший
викладач кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА ПІДЛІТКІВ ЯК ПРОФЕСІЙНИЙ ІНТЕРЕС СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Однією з найбільш складних і болючих проблем сучасної України є проблема соціального сирітства, дитячої бездоглядності та безпритульності. Зростає число неповнолітніх з девіантною поведінкою, що проявляється в асоціальних діях (наркоманія, алкоголізм, суїцид, порушення громадського порядку, хуліганство, вандалізм і ін.).

У крайніх формах стали проявлятися жорстокість і агресивність, різко зріс рівень злочинності серед молоді. Кількість засуджених підлітків та молоді складає понад 50% від загальної кількості засуджених. Кожен другий злочин неповнолітніх – тяжкий. За 2011 рік неповнолітні українці скоїли 17 тисяч 846 злочинів – на 2,9% більше, ніж у 2010 році. Протягом минулого року в установи органів МВС було доставлено 10,657 тис. дітей у віці до 16 років. З них майже 30% були передані до притулків та соціальних установ, 2,6 тис. повернуті батькам, ще 952 – поміщені в медичні установи. На 20% зросла рецидивна злочинність. До 70% молодих людей, які скоїли протиправні дії, перебували у нетверезому стані. Майже 40% підліткових правопорушень мають груповий характер. Змінилася соціальна характеристика і структура злочинних підліткових угрупувань. Сьогодні їх чисельність складає не 3-5, а навіть 100 і більше чоловік. Сьогодні кожен третій злочин здійснюється раніше судимою особою, кожен п’ятий – у стані алкогольного сп’яніння, кожен сьомий – наркозалежними.

Тому метою дослідження є визначення ознак та причин девіантної поведінки у підлітків, аналіз технологій та методів їх профілактики.

Професійний інтерес психологів, соціологів та соціальних працівників до різних видів і рівнів змін особистості дітей дуже високий уже багато років. У нашій країні вже накопичений чималий досвід по корекції і профілактиці девіантної поведінки. За останні роки було виконано ряд досліджень по вивченню, діагностиці і попередженню педагогічної занедбаності і правопорушень, скоєних дітьми. Так, на думку, Белинського Я.І., Крейдун Н.П., Клейберг Ю.А. «девіантна поведінка» – система вчинків особистості, що виходять за загальноприйняте уявлення про нормальну (нормативну) поведінку у певній сфері суспільних відносин і носить деструктивний характер; вона є наслідком викривленого процесу соціалізації і перебудови ієрархії мотивів у напрямі її спрощення та, з часом, домінування одного з них, внаслідок чого останній набуває для особи надзвичайного значення.

У науковій літературі існують певні теорії девіації. Так, у відповідності з теорією аномії Р. Мертона, девіантна поведінка виникає передусім тоді, коли цінності, які приймаються і задаються суспільством не можуть бути досягнуті деякою частиною цього суспільства [2, с. 128]. У контексті теорії соціалізації, до девіантної поведінки схильні люди, соціалізація яких проходила в умовах заохочення або ігнорування окремих елементів девіантної поведінки (насильство, аморальність). У теорії стигматизації вважається, що поява девіантної поведінки стає можливою вже при одному тільки визначенні індивіда як такого, що соціально відхиляється і застосуванні по відношенні до нього репресивних або виправних заходів.

До основних причин появи девіантної поведінки слід віднести:

- соціально-економічні (зниження життєвого рівня населення, майнове розшарування суспільства, безробіття, доступність неповнолітніх до алкоголю та тютюну, неконтрольована реклама психоактивних речовин);
- соціально-педагогічні (криза інституту сім'ї, виховання в неповній сім'ї, завищені вимоги батьків до дитини, ворожість та конфлікти між батьками, критицизм підлітка щодо школи, сім'ї, відчуженість від них);
- соціально-культурні (зниження морально-етичного рівня населення, поширення кримінальної субкультури, негативний вплив засобів масової інформації, лібералізація статевої моралі, домінування

серед молоді культу сили);

- психологічні (прагнення бути незалежним від дорослих, бажання бути визнаним в групі однолітків, прагнення до самоствердження, підвищена тривожність, низька самооцінка, акцентуації характеру, психопатії);
- біологічні (генетичні – порушення у розумовому розвитку, дефекти слуху та зору, тілесні вади, порушення нервової системи тощо; психофізіологічні – активізуються внаслідок специфічної дії на організм дитини особливих психофізіологічних навантажень, конфліктних ситуацій, порушень екологічного балансу у регіоні проживання дитини тощо; фізіологічні – дефекти мовлення, зовнішня непривабливість, недоліки конституційної будови тіла тощо) [6 ,с. 20].

Українські науковці виділяють такі форми девіацій дітей та молоді, притаманні сучасному вітчизняному суспільству:

- делінквентна поведінка – різновид девіантної поведінки, сукупність протиправних вчинків та злочинів, які не відповідають формально зафіксованим соціальним та юридичним нормам. До цієї групи належать такі прояви як проступки, корислива чи агресивно-насильницька поведінка, злочини, бродяжництво;
- адитивна поведінка – поведінка, що передує різним видам хімічної залежності (наркотичної, алкогольної, залежності від психотропних речовин та ін.);
- проституція – різновид девіантної поведінки, що виявляється у позашлюбних, випадкових, нерозбірливих сексуальних стосунках не заснованих на особистій симпатії чи потягу за плату;
- самогубство (суїцид) – навмисне позбавлення себе життя;
- злочинність – найбільш небезпечне відхилення від соціальних норм, набуває особливого поширення в молодіжному середовищі.

Даний перелік можна доповнити також такими проявами як вандалізм, гомосексуалізм, комп'ютерна залежність, сектантство, завідоме розповсюдження ВІЛ-інфекції тощо.

В соціальній роботі використовують різноманітні методи та технології, покликані упередити розвиток зазначених негативних явищ, а також показати молодій особі шляхи подолання проблематики. Зокрема, це профілактика, розробка та впровадження корекційних програм, лікувально-соціальна допомога, соціальна реабілітація, соціальний супровід, ресоціалізація та інші. Приміром, профілактичні програми можуть бути представлені наступними моделями [3, с. 220]:

- модель «моральних принципів» – соціальний контроль поведінки на основі пропагування моральних цінностей;
- модель «залякування» – підкреслення небезпеки девіантної

поведінки;

- когнітивна або ж модель «фактичних знань» – надання об'єктивної інформації щодо проблеми та її наслідків;
- модель афективного навчання полягає у застосуванні методик, які фокусуються на емоційному впливі на особистість та інші.

Для профілактики девіантної поведінки використовуються такі способи:

- організація дозвілля підлітків. При цьому організовувати дозвілля дітей та підлітків слід на належному рівні – відповідно до вимог часу, так, щоб це було по-справжньому цікаво дітям;
- проведення освітніх курсів і програм, що сприяють просвітництву молоді та відразі підлітків від алкоголізму, куріння і вживання інших наркотичних речовин;
- пропаганда здорового способу життя, заборона реклами алкоголю, тютюнових виробів;
- профілактична робота не тільки з підлітками, але і з батьками;
- соціальне навчання позитивній поведінці шляхом проведення індивідуальних та групових бесід, лекцій, вікторин, олімпіад, тренінгів.

Важливим напрямком соціальної допомоги дітям та підліткам з девіантною поведінкою є робота з їх найближчим оточенням, оскільки саме мікросоціум здійснює провідну роль у засвоєнні молодою особистістю суспільно-корисного, чи, навпаки, соціально-небезпечного досвіду. Насамперед йдеться про допомогу та супровід соціально неблагополучних сімей, в яких виховуються діти та підлітки, поведінка яких відхиляється від соціальних норм.

Позитивним є той факт, що вітчизняні соціальні працівники та практичні психологи вже мають певний досвід такої роботи. Прикладом такої діяльності є впровадження програми «Соціальний супровід неблагополучної сім'ї», яку реалізують Український державний центр соціальних служб для молоді, Комітет у справі неповнолітніх, Міністерство внутрішніх справ України, Український центр практичної психології та соціальної роботи. Ця програма має на меті збереження цілісності неблагополучної сім'ї, захист прав її членів через створення умов для їх розвитку та самореалізації у сім'ї та суспільстві [5, с. 170].

Подібні програми розроблені та впроваджуються з метою вирішення чи пом'якшення й інших нагальних проблем молодіжного середовища. Варто лише пам'ятати, що дієвими ці проекти будуть за умови їх комплексності, врахування усіх аспектів виховання дітей та молоді, а також особливостей їх взаємодії з оточенням.

Отже, девіантною називають поведінку, що не вписується в межі загальноприйнятої норми. Важливість профілактики девіантної поведінки молоді полягає в тому, що дуже часто така поведінка може бути небезпечною не тільки для оточуючих, але і для самих підлітків. Профілактика девіантної поведінки неповнолітніх має виступати як цілісна система науково-обгрунтованих та своєчасно вжитих соціально-психолого-педагогічних заходів з попередження формування відхилень від найбільш важливих соціальних норм поведінки. Здійснюючи заходи загальнодержавного чи групового рівня, соціальні працівники повинні не стільки прагнути опікуватися проблемами молоді чи надавати їм пасивний соціальний захист, скільки створювати умови для їх самостійного життєзабезпечення, саморозвитку, нормального функціонування, розкриття потенційних можливостей та самореалізації.

Список використаних джерел

1. Белинский Я.И., Афанасьев А.В. Социология девіантного поведения / Я.И. Белинский, А.В. Афанасьев. – СПб.: Питер, 1993. – 311 с.

2. Змановская Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения: учеб. пособ. / Е.В. Змановская. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 288 с.

3. Капська А.Й. Соціальна робота: технологічний аспект: навчальний посібник / проф. А.Й. Капська. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.

4. Клейберг Ю.О. Психологія девіантної поведінки: навчальний посібник для вузів / Ю.О. Клейберг. – К.: КНЕУ, 2001. – 245 с.

5. Кривоконь Н.І. Проблеми соціальної роботи та соціальної політики в Україні: навч. посібник / Н.І. Кривоконь. – Чернігів: Чернігівський державний технологічний університет, 2012. – 320 с.

6. Співак В.І. Особливості соціально-педагогічної роботи з дітьми, схильними до девіантної поведінки / В.І. Співак // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. – 2009. – №11. – С. 86-92.

***О.А. ЖУКОВА**, студентка групи СР-51-15(ДВО)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: О.О. Вітюк, кандидат історичних наук,
старший викладач кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ В УКРАЇНІ

Умови й чинники соціального розвитку людей формуються соціальною політикою держави, яка реалізується в соціальній сфері суспільства на різних рівнях, і цілеспрямовуються на забезпечення соціальних, економічних, культурних та інших потреб її членів, регулювання процесів соціальної диференціації суспільства. Дійовий соціальний захист, якісна та активна соціальна підтримка населення є запорукою економічного благополуччя й розвитку, сприяють активізації соціальної та економічної активності. Для реалізації поставлених завдань потрібен достатній обсяг фінансових ресурсів, необхідних для забезпечення ефективного функціонування соціальної сфери.

Метою дослідження є визначення тих проблем, що знижують ефективність чинного механізму фінансування соціальної сфери в Україні, та окреслення можливих шляхів його вдосконалення.

Об'єктом дослідження є аналіз фінансового забезпечення соціальної сфери України. Предметом дослідження є фінансування соціальної сфери України. Об'єктом дослідження є аналіз фінансового забезпечення соціальної сфери України. Предметом дослідження є фінансування соціальної сфери України.

Питання фінансування соціальної сфери досліджували зарубіжні та вітчизняні вчені, серед яких У. Беверидж, І. Бентам, Дж. Б'юкенен, А. Вагнер, Л. Ерхард, А. Мюллер-Армак, А. Пігу, Д. Роулс, М. Фрідман, В. Андрущенко, С. Буковинський, О. Василик, О. Величко, В. Козак, В. Кравченко, В. Опарін, Д. Полозенко, І. Чугунов та інші науковці.

В умовах розвитку ринкової економіки з приватною власністю, розвитку конкуренції й підприємництва гостро постає проблема соціального захисту населення, особливо при розшаруванні суспільства за матеріальним і соціальним статусами. Перед державою постає проблема забезпечення і підтримки малозабезпечених прошарків населення. На жаль, зараз соціально-економічний стан України визначається як нестабільний. Ринкові перетворення не дали

очікуваних результатів ні в економічній, ні в соціальній сферах через відмову від важелів державного регулювання процесів реформування економіки, а її теперішній стан ускладнюється внаслідок глобальної та внутрішньої економічної кризи. Ускладнення ситуації обумовлено також неефективністю управлінських дій щодо попередження та усунення загроз у соціальній та економічній сферах.

У зв'язку з цим гостро постає проблема визначення пріоритетних напрямів та вдосконалення механізмів державного регулювання процесів соціальної орієнтації економіки. реалізація соціальної політики в Україні не завжди забезпечувала можливості для дотримання державою своїх зобов'язань. Зрозуміло, за умови системної економічної кризи соціальна політика не може бути повноцінною, адже для реалізації соціальних програм потрібні значні ресурси.

В економічній літературі сутність «фінансового забезпечення», розглядають як:

- підсистему фінансово-кредитного механізму;
- метод покриття витрат;
- метод фінансового впливу на соціально-економічні процеси;
- сукупність грошових фондів.

Узагальнюючи різні підходи, під фінансовим забезпеченням соціальної сфери варто розуміти цілісну систему організації фінансових відносин, які включають відповідні форми, методи та інструменти їх реалізації, в процесі мобілізації та розподілу фінансових ресурсів з метою створення умов для ефективного функціонування соціальної сфери в Україні на основі вирішення відповідних завдань, зумовлених соціальними функціями держави.

Фінансове забезпечення соціальної сфери має свою специфіку, зумовлену особливостями джерел мобілізації та порядку розподілу грошових коштів у соціально-побутовій і соціально-культурній складових цієї сфери. Специфіка фінансового забезпечення функціонування соціальної сфери полягає в тому, що в таких галузях, як освіта, соціальне забезпечення, охорона здоров'я, культура переважає бюджетне фінансування, а в побутовому обслуговуванні, громадському харчуванні, частково у фізичній культурі більшість суб'єктів господарювання функціонують на засадах комерційного розрахунку, що передбачає самофінансування та кредитування.

Бюджетні видатки на соціальний захист та соціальне забезпечення направляються на фінансування:

- соціальний захист у випадку непрацездатності;
- соціальний захист пенсіонерів;

- соціальний захист ветеранів війни та праці;
- соціальний захист сім'ї, дітей та молоді;
- соціальний захист безробітних;
- допомога у вирішенні житлового питання;
- соціальний захист інших категорій населення;
- фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері соціального захисту;
- інша діяльність у сфері соціального захисту.

Дослідивши сутність і складові елементи фінансового забезпечення соціальної сфери, варто провести аналіз обсягів та динаміки фінансових ресурсів, котрі спрямовуються на її фінансування. Існуючу в Україні ситуацію з державним фінансуванням соціальної сфери наочно показано в таблиці 1.

Таблиця 1

Видатки бюджету України на соціальну сферу у 2015-2016 роках.

Назва показника	Факт в млн. грн.		Темпи росту 2016 р. до 2015 р., у %
	2015 рік	2016 рік	
Громадський порядок, безпека та судова влада	5546,0	6489,6	117,0
Охорона навколишнього природного середовища	319,2	452,9	141,9
Житлово-комунальне господарство	639,9	774,1	121,0
Охорона здоров'я	6685,0	7338,5	109,8
Духовний та фізичний розвиток	1418,4	1573,9	111,0
Освіта	13604,9	14118,4	103,8
Соціальний захист та соціальне забезпечення	22151,8	26783,1	120,9

Розглядаючи напрями державного фінансування соціальної сфери в Україні, слід зауважити, що за період 2015-2016 рр. найбільший обсяг коштів було спрямовано на соціальний захист і соціальне забезпечення населення – 22151,8 млн. грн. та 26783,1 млн. грн. Відповідно темп приросту у 2016 році в порівнянні з 2015 роком склав 20,9%. Також великий обсяг фінансування виділено на освіту – 13604,9 та 14118,4 млн. грн., але темпи росту асигнувань є найнижчими серед напрямків фінансування соціальної сфери – 103%. Сукупність

фінансування вище зазначених напрямків становлять понад 70% від загального обсягу.

Найменша сума фінансування виділена на охорону навколишнього природного середовища як у 2015, так і у 2016 роках і становить – 319,2 та 459,2 млн. грн., але темпи росту, за даною статтею, є найвищими і становлять 141,9%.

Протягом досліджуваного періоду розглянуті статті бюджетного фінансування соціальної сфери зросли за всіма напрямками. Це свідчить про особливу увагу держави до соціальної підтримки громадян українського суспільства та намагання їх реформувати.

Отже, особливістю сучасного розвитку економіки України є зростання ролі соціальної сфери, яка створює сприятливі умови як для духовного, так і для матеріального життя, оскільки якість, асортимент і доступність послуг, котрі надаються, є важливою складовою частиною формування високого рівня життя населення. Стабільний розвиток соціальної сфери України потребує такого рівня фінансового забезпечення, який би дав змогу стати соціальній сфері одним із важливих факторів переходу до сталого розвитку економіки в цілому.

Характерною ознакою розвитку соціальної сфери останніх років є недостатність обсягів як бюджетного, так і позабюджетного фінансування, що, в свою чергу, негативно позначається на людському потенціалі, який є не лише ключовою метою, а й найважливішим детермінантом і чинником економічного розвитку України. Соціальна сфера і економіка поєднані як причина і наслідок, що безперервно змінюються місцями у процесі розвитку.

Підвищення ефективності соціальних видатків в умовах обмеженості бюджетних ресурсів потребує впровадження нових управлінських підходів до планування соціальних видатків; вдосконалення міжбюджетних відносин; визначення ступеня участі та повноважень основних партнерів у фінансуванні та адмініструванні соціальних програм; диферсифікації системи надання соціальних послуг; завершення впровадження соціальних стандартів; впровадження системи критеріїв та індикаторів для моніторингу та оцінки досягнення визначених цілей.

Список використаних джерел

1. Видатки зведеного бюджету України // Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www.ukrstat.gov.ua

2. Колодізєв О.М. Методологічні засади фінансового забезпечення управління інноваційним розвитком економіки: монографія / О.М. Колодізєв. – Х.: ВД ІНЖЕК, 2009. – 278 с.

3. Осьмірко І.В. Система фінансового забезпечення інноваційного розвитку: поняття, структура та принципи функціонування / І.В. Осьмірко // Бізнес інформ. – 2012. – №7. – С. 47-49.

4. Сокирська І.Г. Діагностика фінансового забезпечення діяльності підприємства / І.Г. Сокирська // Фінанси України. – 2003. – №1. – С. 89-93.

***В.І. ЗАРЕМБЛЮК**, студентка групи СР-41-12*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: Н.О. Ляшкова, старший
викладач кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

РОЛЬ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМ МОЛОДІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Будь-яке суспільство практично на 1/3 складається з молоді, тому не дивно, що питання, пов’язане з роллю молоді у суспільному житті, є настільки актуальним.

Дослідження ролі молоді в соціальних процесах, у формуванні соціальних тенденції та інших суспільних явищах є вкрай важливим і необхідним питанням.

Дослідженню проблем державної молодіжної політики присвятили свої праці вітчизняні та зарубіжні вчені, політичні діячі. Серед них заслуговують на увагу роботи В.П. Андрущенко, М.О.Багмета, В.П. Беха, Є.І. Бородіна, М.П. Лукашевича, І.І. Мигович, І.М. Пінчука, С.В. Толстоухової та інших.

Останніми роками в Україні значна увага приділяється розв’язанню конкретних проблем молоді та її соціалізації.Тільки знаючи проблеми і думки молодіжного середовища, можна говорити про те, що держава дбає про своє майбутнє і замислюється над тим, що буде завтра.

Тому постає питання про роль соціальних служб у вирішенні проблем молоді на сучасному етапі.

Метою дослідження є визначення ролі соціальної служби для молоді, що сприяє соціальному становленню особистості і повноцінної участі індивідів у житті суспільства, на прикладі Вінницького міського центру соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді,.

Соціальне самопочуття молоді є одним з головних показників розвитку суспільства. Для того, щоб формування молоді відбувалося

адекватно суспільним процесам, необхідно визначити її роль і місце в суспільстві, з'ясувати її проблеми. Серед них є традиційні – кохання, дружба, пошуки сенсу життя, створення сім'ї тощо. Вирішення багатьох проблем залежить від факторів соціального життя. Не менш актуальними є здоров'я, освіта молоді, спілкування її з дорослими й однолітками. У нинішніх умовах молоде покоління також стурбоване економічними проблемами.

Зважаючи на вище сказане, соціальними проблемами молоді є:

- проблеми матеріального забезпечення молоді;
- проблеми працевлаштування;
- доступність отримання якісної освіти;
- здоров'я і можливості його збереження та поліпшення;
- проблеми забезпечення житлом;
- проблеми підліткової та молодіжної злочинності;
- проблеми виховання молоді, зокрема патріотичного.

Тобто соціальні проблеми молоді мають стати підґрунтям у визначенні напрямів державної молодіжної політики.

Здійснення соціальної роботи з молоддю покладається на: Державний центр соціальних служб для молоді; обласні, районні, сільські та селищні центри соціальних служб для молоді; спеціалізовані формування центрів соціальних служб для молоді, зокрема бюро праці, агентства зайнятості, служби психологічної допомоги, кризові центри, центри реабілітації, ресоціалізації, адаптації, школи батьківської підтримки для молодих батьків, телефон довіри тощо.

Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді – спеціальні заклади, що надають соціальні послуги сім'ям, дітям та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, створюються відповідними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, належать до сфери їх управління і підпорядковуються відповідно органу виконавчої влади чи виконавчому органу сільської, селищної, міської ради [1, с. 125].

Завданнями суб'єктів соціальної роботи з дітьми та молоддю є:

- надання різноманітних соціальних послуг: соціально-медичної, психолого-педагогічної, правової, інформаційної, матеріальної та інших видів соціальної допомоги;
- консультування дітей та молоді;
- розроблення та здійснення системи заходів по створенню умов, достатніх для життєдіяльності різних категорій дітей та молоді;
- здійснення соціально-профілактичної роботи серед дітей та молоді;

- проведення системи заходів щодо запобігання негативним явищам та їх подолання;
- розроблення та здійснення реабілітаційних заходів щодо відновлення соціальних функцій;
- надання допомоги дітям, молоді, які зазнали жорстокості та насильства, потрапили в екстремальні ситуації;
- сприяння молодіжним організаціям і окремим громадянам у їх культурному і фізичному розвитку [3, с. 100].

Роботу соціальної служби для молоді можна простежити на прикладі Вінницького міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Вінницький міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді є спеціальним закладом, що забезпечує організацію та проведення у відповідній територіальній громаді соціальної роботи із соціально незахищеними категоріями сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги.

Центр у своїй діяльності керується Конституцією, законами України, актами Президента України і Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства молоді та спорту, Державної соціальної служби, рішеннями міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, а також Типовим положенням.

Основною метою діяльності центру є сприяння у задоволенні соціальних потреб сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги.

Основними принципами діяльності центру є:

- законність;
- дотримання і захист прав людини;
- системність;
- доступність;
- конфіденційність;
- відповідальність за дотримання етичних та правових норм;
- недопущення негуманних і дискримінаційних дій щодо соціально незахищених категорій сімей, дітей та молоді.

Основними напрямками діяльності Вінницького міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді є:

- профілактика наркоманії, СНІДу, інших негативних явищ серед молоді та соціальна реабілітація.
- робота з творчою обдарованою молоддю з числа незахищених категорій.
- організація молодіжних об'єднань, клубів, підтримка

громадських ініціатив у галузі соціальної роботи.

- соціальна підтримка дітей та молоді з ОФМ (організація роботи самодіяльного театру ляльок «Буратіно» за участю дітей та молоді з інтелектуальною недостатністю, арт-студія, група психологічної підтримки).
- соціальний супровід молоді, що звільняється з місць позбавлення волі.
- формування та діяльність в місті волонтерської мережі, робота «Школи волонтерів».
- залучення студентських соціальних служб у вузах міста (Вінницький інститут Університету «Україна» та Вінницький технічний коледж).
- надання послуг телефонного психологічного консультування службою «Цілодобова варта».

Отже, подолати проблеми у молодіжному середовищі можна лише за сприяння Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та цілеспрямованої державної молодіжної політики.

Список використаних джерел

1. Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні: Закон України від 5 лютого 1993 року №2998-XII (зі змінами) // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – №16. – Ст. 167.

2. Бородін Є.І. Державна молодіжна політика в Україні: процес формування та розвитку (1991-2004 рр.) / Є.І. Бородін. – Д.: Пороги, 2008. – 429 с.

3. Толстоухова С.В. Соціальна робота в Україні з молоддю як невід'ємна складова соціальної політики держави / С.В. Толстоухова, І.А. Кудряченко // Особливості соціальної політики в Україні та ФРН на сучас. етапі: наук. збірник. – К.: МАУП, 2004. – С. 94-109.

***І.Г. КРУПЕЛЬНИЦЬКА**, студентка групи СР-61-15с(з)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: Н.І. Костенко, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТІСНО-МОРАЛЬНИХ ЯКОСТЕЙ ПРАЦІВНИКА СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ

Соціальний працівник відіграє активну роль в плануванні, узгодженні дій різних систем соціальної допомоги населенню. Він

справляє безпосередній вплив на особу чи групу людей. Це не стільки виховний, словесний, як діяльний процес, створення умов для розвитку особи чи системи, просування до наміченої мети з допомогою відповідних засобів і методів.

Цей процес – взаємодія (інтеракція), тобто вплив на свідомість клієнта соціального працівника та інших факторів, його прихильне і правильне сприймання і відповідне реагування, ставлення до суб'єктів впливу, тобто зворотна дія, координування, коригування взаємних зусиль. Тому питання формування особистісно-моральних якостей працівника соціальних служб є дуже актуальним завжди і потребує постійного дослідження і впровадження нових методик, засобів та підходів в роботі з людьми.

Метою дослідження є моніторинг нормативних, наукових та соціальних публікацій для отримання уяви і розуміння преференцій, що формують статус працівника соціальної служби, специфіку його професійних дефініцій за вимогою соціуму на даний час. Актуальність дослідження також підтверджують численні публікації провідних фахівців, зокрема: Веретенко О.О., Головнева И.Р., Демидова Т.Е., Шардлоу С., Коваль Л.Г., Звєрєва І.Д., Хлєбік С.Р., Котов Д.П., Легенда І.І., Тименко В.М., Маценко О.С., Медведева Г.П., Мінько Т.В. Якісні ознаки працівника соціальної служби розглянуто Контом для пояснення цілісності та життєздатності суспільства як соціального механізму, що забезпечує його виживання і розвиток. Надалі, концепція соціального механізму в різній формі знайшла відображення в працях практично всіх класиків соціології (Г. Спенсер, Е. Дюркгейм, М. Вебер, Т. Веблен, К. Маркс, Т. Парсонс тощо).

Орієнтація на виявлення професійних соціальних якостей, що необхідні для забезпечення суспільного життя, було також розглянуто в працях радянських соціологів (А. Вишневський, Т. Заславська, Л. Корель, Л. Косалс, А. Кочетков, Ю. Розенбаум, В. Расохін, Р. Ривкіна, Р. Хакимова тощо).

Кваліфікаційний рівень соціального працівника залежить не тільки від знань, умінь, навичок, а й від морального образу, який визначає його особистісні якості. Професійний рівень соціальної роботи вимагає, щоб цю професію обирали люди з особливими особистісними якостями. Діяльність соціального працівника, соціального педагога – це зона довір'я між людьми, шлях до їх взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємовідповідальності. Особистісно-моральні якості соціального працівника повинні забезпечувати його професійну придатність [1].

Професійна необхідність творчого підходу до вирішення

моральних проблем вимагає наявності внутрішньої потреби діяти завжди високо морально, регулювати свої дії з врахуванням моральних норм та системи цінностей. При цьому моральна потреба та моральна мотивація діяльності характеризують соціального працівника як особистість.

Моральна поведінка соціального працівника визначається певними моральними і душевними якостями його особистості, які поєднують загальнолюдські та специфічно професійні моральні якості. Основними у визначенні морального образу особистості соціального працівника є уявлення про обов'язок, справедливість, совість, честь, добро і зло

Морально-етичний образ соціального працівника формується під впливом традицій, принципів соціального роботи, принципів етики соціальної роботи.

Розкриваючи особистість соціального працівника, дослідники пропонують певну структуру його якостей. В цілому особистісні якості спеціаліста соціальних служб можна поділити на групи [2]:

- професійно необхідні якості готовності до соціальної діяльності;
- соціально-психолого-педагогічні якості, необхідні у практичній діяльності (роботі з клієнтом або групою клієнтів, взаємодії з колегами);
- якості, необхідні для професійного та особистісного зростання соціального працівника, його самовдосконалення.

До першої групи відносяться психологічні характеристики, загально-педагогічні якості, які виступають складовою частиною придатності особистості до даного виду діяльності. Сюди включаються вимоги, які ставляться до соціального працівника професійною діяльністю:

- до професійної самосвідомості (комплекс уявлень про себе як професіонала, мотивація, спрямування);
- до пізнавальних процесів (сприйняття, пам'ять, мислення, уявлення тощо);
- до емоційно-вольових процесів та психоемоційних станів (стриманість, стабільність, стресостійкість, самовладання, життєрадісність, цілеспрямованість, наполегливість, рішучість, активність та інші).

До другої групи належать:

- професійно важливі якості – індивідуальний стиль діяльності, спілкування, стійке поєднання завдань, засобів та способів соціальної діяльності, здатність до активного впливу на клієнта та залучення всіх

можливостей з метою вирішення його проблем;

- творчий потенціал особистості (комплекс унікальних здібностей, в тому числі креативних, який дозволяє вирішувати соціальні завдання на нестандартному рівні).

До третьої групи особистісних якостей відносять:

- психолого-педагогічні якості, спрямовані на створення ефекту особистої привабливості (комунікабельність, емпатичність, зовнішня привабливість, красномовність);
- індивідуальні психологічні властивості (темперамент, характер, психічні процеси та стани, здатність володіти собою);
- психоаналітичні якості – самокритичність, адекватна самооцінка та рівень домагань, здатність до самоаналізу, саморегуляції, самоконтролю поведінки та інші.

Стиль поведінки соціального працівника, який формується під впливом його особистісних якостей, професійних та індивідуальних цінностей та інтересів, чинить великий вплив на всю систему відношень. Мотиви діяльності соціального працівника характеризують його особистісні якості, які опосередковано проявляються у соціальній роботі як його інтереси. [3]

Виділяють важливість наступних особистісних характеристик соціального працівника:

- гуманістична спрямованість особистості (чесність, любов до людей, доброта, емпатія);
- особиста і соціальна відповідальність (совість, об'єктивність, самокритичність);
- почуття власної гідності та повага гідності інших людей (тактовність, уважність, спостережливість, терпимість, ввічливість);
- готовність зрозуміти інших та прийти на допомогу (терпіння, комунікабельність, справедливість);
- емоційна стійкість (витримка, самовладання, оптимізм, життєрадісність);
- особиста адекватність та соціальна адаптивність (самооцінка, сила волі, прагнення до самовдосконалення, творче мислення).

Основними особистісно-моральними якостями соціального працівника вважаються наступні риси.

Чесність – уміння спеціаліста говорити правду, необхідні у великому й у малому.

Совість – почуття і усвідомлення моральної відповідальності за свою поведінку і вчинки перед самим собою, перед навколишніми людьми, суспільством; моральні переконання, принципи, погляди особистості.

Об'єктивність – неупередженість пізнання, відповідність його об'єктивній дійсності. Синонім істинності в науці, у моральних стосунках – правдивості.

Справедливість – неупередженість, безсторонність, відповідність моральним і правовим нормам людських стосунків.

Тактовність – почуття міри, вміння вибрати правильний підхід до кого-небудь, делікатність у поведінці, уміння особи вести себе належним чином, виявляючи повагу до інших і зберігаючи почуття власної гідності.

Уважність і спостережливість – спрямованість і зосередженість на певних об'єктах при одночасному абстрагуванні від інших; дослідження предметів та явищ об'єктивної дійсності, який полягає в їх навмисному і цілеспрямованому сприйманні; необхідні соціальному працівнику у його щоденній практичній діяльності.

Терпимість – здатність терпимо, поблажливо ставитися до чужих звичок, звичаїв, поглядів.

Витримка і самовладання – вияви вольових рис характеру людини, що полягає у здатності свідомо керувати власними почуттями, настроями і приводити їх у відповідність з конкретними життєвими ситуаціями.

Самокритичність – вияв творчої активності людини, показник її ідейно-політичної і громадянської зрілості, відповідальності перед суспільством, колективом, своєю совістю.

Адекватність самооцінки – судження людини про міру наявності у неї тих чи інших якостей, властивостей у співвідношенні їх з певним еталоном, зразком.

Терпіння – необхідне у повсякденній діяльності, оскільки багато з клієнтів важкі у спілкуванні з вікових, емоційних та інших причин.

Комунікабільність – здатність до спілкування з іншими людьми, товариськість. Не є природженою, формується в процесі життя і діяльності в соціальній групі (колективі).

Сила волі необхідна соціальному працівнику у практичній діяльності для виконання об'єктивно необхідних дій, здатність не відступати перед перешкодами, що виникають у процесі діяльності, і доводити почату справу до кінця.

Емпатія (співпереживання) – розуміння відношень, почуттів, психічних станів іншої особи – досягнення емоційного стану, проникнення у переживання іншої людини.

Творче мислення – невід'ємна характеристика соціального працівника, який у кожному конкретному випадку повинен приймати оптимальне рішення, враховуючи найменші нюанси справи, для

досягти найвищого результату.

Отже, необхідно зазначити, що особистість соціального працівника цілісна. Якості, яких вимагає від спеціаліста професійна діяльність, не зникають за межами закладу соціального захисту, вони живуть у його поведінці й діях постійно, у будь-яких ситуаціях і відношеннях, формуючи у громадській думці образ соціального працівника як високоморальної особистості, що озброєна новими технологіями за засобами в спілкуванні з людьми, що потребують соціального захисту і підтримки.

Список використаних джерел

1. Веретенко О.О. Становлення професії соціального педагога в Україні / О.О. Веретенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2001. – №4. – С. 21-22.

2. Головнева И. Коммуникабельный человек – кто он? / И. Головнева // Школа-парк. Дайджест педагогічних ідей та технологій. – 2001. – №5-6. – С. 80-83.

3. Головнева И. Привлекательный имидж – как его создать / И. Головнева // Школа-парк. Дайджест педагогічних ідей та технологій. – 2001. – №3-4. – С.125-129.

4. Демидова Т.Е. Профессиональное общение социального работника / Т.Е. Демидова. – М.: Моск. гос. соц. ун-т, 1994. – 28 с.

5. Динамика ценностей в социальной работе / С. Шардлоу; пер. с англ. Г. Поляковой. – Амстердам; К.: АПУ, 1996. – 206 с.

6. Коваль Л.Г., Звєрєва І.Д., Хлєбік С.Р. Соціальна педагогіка / соціальна робота: навч. посібник / Л.Г. Коваль, І.Д. Звєрєва, С.Р. Хлєбік. – К.: ІЗМН, 1997. – 392 с.

***Ю.С. МАКСИМ'ЯК**, студентка групи СР-41-12*
Вінницький інститутУніверситету «Україна»,
науковий керівник: Н.О. Ляшкова,старший
викладач кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Наявність у суспільстві значної кількості людей з особливими потребами породжує низку специфічних проблем, що вимагають урахування у функціонуванні державного механізму, виробництві, будівництві, транспорті, спеціалізації громадських організацій, інших сфер людської діяльності. Тому сучасний підхід до розуміння явища

інвалідності не обмежується задоволенням потреб лише осіб з функціональними обмеженнями, а стосується й значної частини інших людей, багатьох аспектів соціального та економічного життя. Загальновідомо, що забезпечення сприятливих умов для повноцінної реабілітації та соціальної адаптації людей з функціональними обмеженнями відповідає інтересам не лише їх самих та членів їхніх родин, а й соціально-економічним інтересам держави і суспільства.

Мета дослідження – розкрити сутність соціальних проблем людей з інвалідністю та окреслити шляхи їх подолання.

Серед науковців проблематиці «інвалідів» та «інвалідності» приділяють значну увагу Є.І. Холостова, яка описує теоретичні основи соціальної реабілітації та моделі інвалідності, А.Й. Капська, А.Г. Шевцов, який публікує статті, присвячені працевлаштуванню людей з особливими потребами та різними видами реабілітації.

Сьогоднішня соціальна робота з інвалідами – результат її розвитку протягом останніх 200 років. Значною мірою вона відображає загальні умови життя, а також соціальну та економічну політику у різні періоди часу. Однак у ставленні до інвалідів склалося багато специфічних факторів, які впливають на умови їх життя. Неосвіченість, зневага оточуючих, зневіра і жах – ці соціальні фактори ізолювали інвалідів та затримали їх розвиток, про це свідчить історія.

Рівень цивілізованості суспільства багато в чому визначається ставленням цього суспільства до маргінальної групи населення, зокрема до інвалідів, їхніх сімей тощо. В умовах економічної нестабільності, кризового стану практично всіх складових гуманітарної сфери, на початковому етапі правової стабілізації інваліди виявилися найбільш незахищеною категорією населення. І відповідно соціальна робота з даною категорією потребує подальшої організації з урахуванням усіх специфічних особливостей людей з обмеженими можливостями та співпраці з ними.

Найбільш поширені соціальні проблеми осіб з функціональними обмеженнями стосуються майже всіх аспектів життєдіяльності цієї категорії населення. Дані соціологічних досліджень свідчать, що це проблеми медичної, психологічної та соціальної допомоги, догляду та обслуговування в сім'ї або поза нею, пенсійного забезпечення, доступу до архітектурних споруд і транспортних засобів, реалізації творчих здібностей, освіти й працевлаштування, комунікації (зв'язку, спілкування, отримання і надання інформації тощо), інші соціальні проблеми, пов'язані як з об'єктивними чинниками стану здоров'я осіб з функціональними обмеженнями, так і з суб'єктивними: – недосконалістю діючої системи соціальної допомоги, соціального

захисту, соціального забезпечення цієї категорії населення.

Шляхи вирішення більшості з цих проблем окреслені законодавчими і нормативними актами України. Але їх реалізація гальмується не стільки певною недосконалістю чинної законодавчо-нормативної бази, скільки практикою її застосування.

Суттєві недоліки щодо виконання чинного законодавства пов'язані з людським фактором – рівнем професійної етики фахівців соціальних, педагогічних, медичних установ, які мають опікуватися проблемами осіб з функціональними обмеженнями. Відчувається нестача кваліфікованих працівників, які володіли б сучасними психолого-педагогічними методами і формами спілкування, потреба у посиленні відомчого, а головне, громадського контролю за виконанням вимог законодавства.

Ще одна перешкода удосконаленню системи соціалізації осіб з функціональними обмеженнями – організаційно-управлінська і функціональна невизначеність діяльності з розробки відповідної соціальної політики і конкретних напрямів соціальної роботи, яка тривалий час існувала на загальнодержавному рівні.

Провідним завданням організації соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями є створення рівних можливостей. Створення рівних можливостей в умовах дискримінаційного законодавства, недоступного державного архітектурного середовища і консервативної по відношенню до інвалідів суспільної свідомості полягає в організації процесу, завдяки якому такі загальні системи суспільства, як фізичне і культурне середовище, житлові умови і транспорт, соціальні служби і служби охорони здоров'я, доступ до освіти і праці, культурного і соціального життя стануть доступними для всіх. Другою, але не менш важливою групою завдань тут можна вважати навчання інвалідів вмінням і навичкам незалежного життя.

Таким чином, із врахуванням завдань створення рівних можливостей та навчання, необхідно виділити керівні принципи організації соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями:

- інваліди повинні продовжувати жити у своїх общинах і вести, за необхідної підтримки, звичайний спосіб життя;
- інваліди повинні брати активну участь в усіх сферах життя суспільства;
- інваліди повинні отримувати необхідну допомогу в рамках звичайних систем освіти, охорони здоров'я, соціальних служб тощо;
- інваліди повинні брати участь в загальному соціальному й економічному розвитку суспільства, а їх потреби повинні враховуватися у національному плані розвитку [1, с. 387].

На теренах Вінниччини соціально-психологічною реабілітацією людей з особливими потребами займаються:

- Вінницький обласний центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій»;
- міський центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія» у м. Вінниці;
- міський центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Джерело» у м. Гнівань Тиврівського району;
- районний центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями у с. Гнатків Томашпільського району;
- Барський міський центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Еверест».

Отже, в процесі роботи з людьми з особливими потребами важливо осмислити суть соціальних, економічних, психологічних та фізичних проблем для ефективного процесу їх реабілітації та соціалізації в умовах сучасного суспільства.

Список використаних джерел

1. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота: теорія і практика: навч. посіб. / Л.Т. Тюптя, І.Б. Іванова. – К.: Знання, 2008. – 574 с.

2. Шахрай В.М. Технології соціальної роботи: навч. посібник / В.М. Шахрай. – К.: Центр навчальної літератури, 2006 – 464 с.

***С.В. ТКАЧ**, студент групи СР-61-15(ДВО)*
Вінницький інститут Університету «Україна»,
науковий керівник: В.В. Давиденко, доктор політичних наук, професор кафедри соціальних технологій
Вінницький інститут Університету «Україна»

МЕХАНІЗМ РЕАЛІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (НА ПРИКЛАДІ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ)

Сьогодні наша країна переживає найскладніший період за часів Незалежності. Постійна загроза самого життя людини, його здоров'ю; калейдоскопічна зміна бойової обстановки; тривалі навантаження, які нерідко перевищують межі людських можливостей; втрата бойових товаришів; участь у жорстокому насильстві по відношенню до ворога; протиборство піднесених і низинних, альтруїстичних і егоїстичних

мотивів – все це супроводжується жахливою напругою фізичних і духовних сил воїна, породжує багатющу палітру емоцій, настроїв, станів, почуттів. Все це вплинуло на психічний стан військовослужбовця ЗС України або демобілізованого учасника АТО та мало наслідки.

Пізнати природу і закономірності прояву психіки воїна АТО, який повернувся до дому після демобілізації або чергової ротації військ, навчитися впливати на неї – значить забезпечити психологічну перевагу в справі допомоги соціалізуватися у мирному суспільстві по можливості без труднощів та в найкоротший час [9, с. 147].

Більшість військовослужбовців психологічно нездатні самостійно повернутися в систему соціальних зв'язків і норм мирного життя, тому постає потреба в спеціалізованому наданні соціальної та психологічної допомоги.

Людина, як істота біосоціальна, потребує для свого розвитку соціального середовища, котре приймає активну участь у процесі її становлення. Йдеться про процес соціальної адаптації, котрий, розпочинаючись у дитячому віці, у подальшому визначає усю свідому життєдіяльність людини [6, с. 13].

Отже, під соціальної адаптацією розуміється процес активного пристосування людини до нових йому соціальних умов життєдіяльності.

Соціальна адаптація – це інтеграційний показник стану людини, що відображає його можливості виконувати певні біосоціальні функції, а саме:

- адекватне сприйняття навколишньої дійсності і власного організму;
- адекватна система стосунків і спілкування з оточенням;
- здатність до праці, навчання, до організації дозвілля і відпочинку;
- здатність до самообслуговування і взаємнообслуговування в сім'ї і колективі.

Соціальна адаптація – одночасно і процес, і стан. Як процес вона здійснюється для того, щоб поведінку індивіда привести у відповідність до існуючої системи норм і цінностей. Як стан адаптація – це характеристика стосунків індивіда з довкіллям, яке служить вираженням успішності адаптації як процесу [2, с. 45]. Вона набуває виняткову актуальність в переломні періоди, як життєдіяльності людини, і у періоди радикальних економічних та соціальних реформ [1, с. 94].

Процес соціальної адаптації безперервний через те, що в довкіллі

постійно відбуваються зміни соціальної дійсності, які, безперечно, потребують нових способів пристосування індивіда. Значну роль у процесі соціальної адаптації відіграє адаптаційний потенціал людини [4, с. 61].

Процес соціалізації воїна АТО з певних об'єктивних або суб'єктивних причин може ускладнюватися. Так, входження воїна АТО в суспільство може бути ускладненим внаслідок особливостей його фізичного або психічного стану. Або засвоєння ним соціальних норм і цінностей спотворюється в результаті негативного впливу середовища, в якому він перебував. При попаданні учасника військових дій в зоні АТО до мирного середовища існує ймовірна загроза проявів сприйняття навколишнього середовища через «військову призму дійсності», замкнутості в собі, тривоги щодо зміни ставлення сім'ї до нього, відчуття боязкості за свою сім'ю, щоб сім'я не дізналася про жахи війни. В результаті воїн АТО «випадає» з нормальних соціальних стосунків і, як наслідок, потребує спеціальної допомоги для успішної інтеграції в суспільство. Проте, слід пам'ятати, що проблемність неадаптованої людини свідчить не тільки про її незадовільний стан, але й про «проблемний» стан такого суспільства, яке не приймає у своє лоно того, хто не підпадає під визначений ним шаблон [8].

Взагалі механізм реалізації соціальної адаптації воїнів АТО здійснюється через заходи, які проводяться в суспільстві та в сім'ях воїнів.

Процес становлення сім'ї після повернення бійця із зони бойових дій – це обопільний процес, який потребує більшого часу ніж при виникненні звичайних розбіжностей та сварок. Адже можливо справитися з негативними почуттями, якщо прийняти їх не як прояв чиєїсь провини та помилки, а зрозуміти, що вони виникають як реакція на отримані травму та стрес.

Необхідно пам'ятати, що члени сім'ї можуть значно допомогти демобілізованому військовослужбовцю, головне, щоб боєць розумів, що члени родини готові вислухати його або зрозуміють, якщо він не захоче чи не зможе говорити. Необхідно надати військовослужбовцю певний простір та не допитуватися в нього про події, які відбувалися у зоні проведення АТО. Військовослужбовець повинен відчувати підтримку членів родини, а не тиск, оскільки їх підтримка є дуже важливою для нього.

Члени родини можуть знизити ймовірність негативних проявів поведінки демобілізованого військовослужбовця, якщо:

- надавати військовослужбовцю можливість проводити якусь

частину вільного часу віч-на-віч із кожним членом родини або близьким другом;

- підтримувати його у стосунках з іншими, але в той же час також надавати йому якийсь час провести наодинці з самим собою;
- надавати можливість проводити певний час з бойовими друзями та товаришами;
- проводити спільний час з військовослужбовцем при різноманітних обставинах (прогулянки, відвідування театрів, тощо);
- висловлювати впевненість в возз'єднанні родини та вирішенні будь-яких проблем;
- розподілити домашні обов'язки та обговорити ймовірні нові зобов'язання;
- поважати думки та дії кожного (при потребі необхідно йти на компроміси) [7].

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань, якому приділяється значна увага в засобах масової інформації та яке виноситься на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій [5].

З метою своєчасного та якісного процесу соціальної адаптації, а також підвищення рівня соціального захисту учасників АТО та членів їх родин, сімей загиблих та поранених, підтримання їх належного морально-психологічного стану, надання матеріальної, соціальної, юридичної та психологічної допомоги, сприяння вирішенню їх соціально-побутових проблем кожна родина знаходиться під супроводом управління праці та соціального захисту населення.

Спеціалістами управління праці та соціального захисту населення, Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щотижнево проводяться зустрічі та бесіди з кожною родиною загиблих та поранених учасників АТО, надаються всебічні консультації, в тому числі юридичні, щодо вирішення нагальних проблем.

За час роботи фахівців за програмою «Служба соціальної підтримки учасників АТО та членів їх родин» було розпочато роботу по формуванню банку потреб сімей демобілізованих учасників АТО, сімей загиблих тощо; встановлювались контакти з членами родин учасників АТО; проводилась первинна психологічна діагностика учасників АТО; здійснювалась координація дій на рівні державних та громадських організацій.

Створеними в різних містах держави Міжвідомчі координаційні комісії по роботі з сім'ями, до складу яких входять представники структурних підрозділів районних державних адміністрацій, установ та організацій проведена велика робота з питань надання учасникам

АТО та членам їх родин різних видів допомоги та пільг, медичної допомоги, психологічних та соціальних послуг, та визначення розміру допомоги, зібраної на благодійних акціях в закладах освіти. Між структурними підрозділами державних адміністрацій здійснюється оперативний обмін інформації про нагальні потреби учасників АТО та членів їх сімей, розподіл доручень щодо задоволення цих потреб між структурними підрозділами в межах їх компетенції [8].

Не зважаючи на вищесказане, дійсний стан соціальної адаптації військовослужбовця або демобілізованого учасника АТО у державі явно потребував допомоги. Як показала практика, цей пробіл в швидких темпах виправляли волонтери та ветерани АТО.

Проте, існує думка, що недостатньо в Україні функціонує соціально-псилогічна послуга, як механізм здійснення соціальної адаптації воїнів. Центри психологічної реабілітації потрібні в усіх регіонах, звідки здійснювали призов у зону АТО [10].

Місцеві органи влади не завжди мають підтримку з боку уряду при створенні належних умов для лікування постраждалих. Представники влади разом із громадськими організаціями та зарубіжними партнерами намагаються знайти шляхи розв'язання складної проблеми – лікування й реабілітація потерпілих [5].

Державні органи приділяють значну увагу проблемі реабілітації учасників АТО, але фінансові можливості державного бюджету недостатні [9]. Важливість повномасштабної реалізації державної політики в сфері соціального захисту учасників АТО та членів їх сімей, багатогранність завдань забезпечення соціальної та професійної адаптації цих осіб та необхідність розв'язання проблем реабілітації залишається одним із основних та ключових питань сьогодення в роботі органів виконавчої влади [8].

Таким чином, механізм здійснення соціальної адаптації на прикладі воїнів АТО після закінчення бойових дій набуде особливого значення для нашого суспільства. Цей процес пристосування індивіда до зміненого середовища здійснюється за допомогою різних засобів. В умовах нестабільного соціально-економічного статусу суспільства проблеми соціальної адаптації мають важливе значення. І що раніше й повніше її надаватимуть учасникам АТО, то менше проблем виникатиме у подальшому.

Список використаних джерел

1. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологи личности / Г.А. Балл // Вопросы психологии. – 1989. – №1. – С. 92-99.

2. Беляева Л.А. Стратегии выживания, адаптации, преуспевания / Л.А. Беляева // СОЦИС. – 2001. – №6. – С. 44-53.

3. Примаченко Д. Про досвід організації такої допомоги, а також про системну діяльність з правового та соціального захисту учасників АТО: інтерв'ю // Голос Народу [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://golos-narodu.com.ua/

4. Петровська Т. Економіко-психологічна адаптація і стиль життя / Т. Петровська //Соціальна психологія. – 2004. – №6. – С. 59-67.

5. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности / А.О. Прохоров. – М: ПЕРСЭ, 2005. – 352 с.

6. Проблеми адаптації та реабілітації тих, хто побував в АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: patskijobjektiv. com/problemi-adaptacií-ta-reabilitacií.

7. Про проведення заходів щодо соціальної адаптації та психологічної підтримки українських воїнів – учасників АТО на сході України та їх родин [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://svyat.kievcity.gov.ua/news/14951.html

8. Соловйов В.М., Стеблюк В.В. Збірник нормативно-правових актів з питань соц. адаптації осіб, звільнених з військової служби / В.М. Соловйов, В.В. Стеблюк. – К.: МФСА, Гнозіс, 2015. – 226 с.

9. Учасникам АТО забезпечать адаптацію та пільгові пенсійні виплати [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://rda. if.ua/n/soczahistgovua/2014/12/01/5075/view.

10. Центр психологічної реабілітації і лікування учасників АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://naiu.org.ua/ live/

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ

РЕГЛАМЕНТ РОБОТИ КОНФЕРЕНЦІЇ:

6 квітня 2016 року
9.00-9.50 – реєстрація учасників;
10.00-12.30 – пленарне засідання (актова зала);
12.30-13.30 – перерва;
13.30-16.00 – робота секцій.

7 квітня 2016 року
10.00-11.20 – робота секцій;
12.00-13.00 – звіти керівників секцій;
13.00-14.00 – обговорення та прийняття рішення конференції.

РЕГЛАМЕНТ ВИСТУПІВ:

доповідь на пленарному засіданні	20 хв.
доповідь на секції	до 10 хв.
виступ при обговоренні	до 3 хв.

Мови конференції: українська, російська, англійська

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ

ГОЛОВА:

Давиденко Ганна Віталіївна, директор Вінницький інститут Університету «Україна», доктор педагогічних наук, доцент, голова ради ГО «Соціальна перспектива».

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ ОРГКОМІТЕТУ:

Ілініч Світлана Юріївна, кандидат філологічних наук, заступник директора з науково-педагогічної роботи.

Омельченко Олена Валеріївна, начальник відділу науки, міжнародної діяльності та інклюзивної освіти.

ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:

Макац Володимир Геннадійович, доктор медичних наук, професор, експерт вищого рівня НАН України, академік АТН України, член-кореспондент Російської академії природознавства, завідувач кафедри реабілітаційних технологій.

Корчинський Володимир Станіславович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій.

Яблочніков Сергій Леонтійович, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальних технологій.

Чорноусенко Надія Сергіївна, кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології.

Костенко Наталя Іванівна, кандидат педагогічних наук, вчений секретар інституту, заступник завідувача кафедри соціальних технологій.

Швед Вадим Валерійович, кандидат економічних наук, доцент, начальник відділу навчально-методичної роботи.

Хільченко Сергій Вікторович, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник, декан соціально-економічного факультету.

Левчишина Олена Віталіївна, заступник декана соціально-економічного факультету, старший викладач кафедри психології.

Ваколюк Сергій Миколайович, доктор філософії у галузі права, завідувач кафедри бізнесу і права.

Ликова Лада, студентка 2 курсу, голова ради студентського самоврядування Вінницький інститут Університету «Україна».

Русин Артур, студент 3 курсу, голова СНТ Вінницький інститут Університету «Україна».

ВІДКРИТТЯ КОНФЕРЕНЦІЇ

6 квітня, початок о 10.00

(актова зала інституту, вул. Першотравнева, 88а)

Вітальне слово Давиденко Ганни Віталіївни, д. пед. н, доцента, директора Вінницького інституту Університету «Україна», голови ради ГО «Соціальна перспектива».

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

1. *Балахонова Олеся Василівна*, *доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна»* Реалізація та впровадження ідей інклюзивної освіти в Україні
2. *Чаланова Раїса Іванівна*, *доктор медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Вінницький інститут Університету «Україна»* Методологія викладання анатомії та фізіології людини і спеціальності «Фізична реабілітація»
3. *Котик Інна Олександрівна*, *кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна»* Становлення соціальних меж і особистісної надійності людини
4. *Безносюк Андрій Миколайович*, *кандидат юридичних наук, доцент кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна»* Реалізація антикорупційної політики держави в кримінально-процесуальному праві України
5. *Кіпоренко Ліля Василівна*, *асистент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна»* Особливості навчання студентів з вадами слуху іноземній мові
6. *Гончарук Тетяна*, ***Куцак Неля***, *Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15 (м)* Проблема подолання соціально-психологічних наслідків гібридної війни у комбатантів та некомбатантів. З досвіду роботи
7. *Заремблюк Вікторія Ігорівна*, *Вінницький інститут Університету «Україна», СР-41-12* Роль соціальних служб у вирішенні проблем молоді
8. *Музичук Андрій Юрійович*, *Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-31-13* Інститут омбудсмена: вітчизняний та світовий досвід
9. *Пінаєва Ірина Володимирівна*, *Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-61-15 м(з)* Методи фізичної реабілітації при дитячих церебральних паралічах

І СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ
«Захист прав і свобод громадян у світлі вимог Конституції України»

6 квітня 2016 р., 13.30
аудиторія 408

Керівник секції ***Ваколюк С.М.***, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна»

Секретар секції ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна»

№ з/п	Назва доповіді та доповідачі
1.	***Ваколюк С.М.***, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Проблеми соціального забезпечення державних службовців в Україні: зарубіжний досвід*
2.	***Очеретяний В.В.***, кандидат історичних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Магдебурське право та його значення і вплив на розвиток української правової думки*
3.	***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Окремі аспекти міжнародно-правової відповідальності міжнародних організацій*
4.	***Марчук О.О***., Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-41-12 Науковий керівник: ***Ваколюк С.М.***, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Суб'єкти права на обов'язкову частку у спадщині*
5.	***Закладній Є.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-31-13(з) Науковий керівник: ***Швед В.В.***, кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна»

	Правові аспекти регулювання малого підприємництва в Україні
6.	***Рудик О.С.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-31-13 Науковий керівник: ***Ваколюк С.М.***, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Актуальні питання правового забезпечення сімейної політики держави*
7.	***Ваколюк О.С.***, Університет державної фіскальної служби України, ПБ-12-1 *Правове регулювання обмеження свободи слова у теле- і радіо ефірі*
8.	***Вербицька Т.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-31-13 Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості та правові аспекти страхування професійної відповідальності як одного з видів договору цивільно-правової відповідальності*
9.	***Рожанський Я.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗк-21-14 Науковий керівник: ***Олійник О.М.***, голова циклової комісії з правознавства Вінницький коледж Університету «Україна» *Право громадян України на судовий захист та вдосконалення механізму його реалізації*
10.	***Артюхова М.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-21-14 Науковий керівник: ***Очеретяний В.В.***, кандидат історичних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Судова система України в умовах нової реальності*
11.	***Турбаніст С.Д.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-21-14 Науковий керівник:

	Очеретяний В.В., кандидат історичних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Принципи організації та діяльності прокуратури в умовах реформування*
12.	***Карлащук В.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-21-14 Науковий керівник: ***Очеретяний В.В.***, кандидат історичних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Принципи організації та діяльності нацполіції*
13.	***Ликова Л.О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-21-14 Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Ґенеза та особливості становлення інституту гарантії*
14.	***Гордієць Н.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-51-15с Науковий керівник: ***Ваколюк С.М.***, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Адміністративно-правове регулювання у сфері економіки*
15.	***Гудзовська С.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-51-15с Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості правового регулювання надання соціальних послуг громадянам похилого віку*
16.	***Козаченко С.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-51-15с Науковий керівник: ***Ваколюк С.М.***, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету

	«Україна» *Міжнародно-правове регулювання забезпечення прав споживачів*
17.	***Польовий А.О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-51-15с Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Проблемні питання надання державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям*
18.	***Прокопенко Н.П.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-51-15с Науковий керівник: ***Ваколюк С.М.***, доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Окремі питання реформування органів місцевого самоврядування*
19.	***Пастух Д.Ю.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-31-13 Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Міжнародно-правові гарантії дотримання і реалізації прав та свобод людини і громадянина*
20.	***Кірсановський В.Г.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-31-13 Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Правове регулювання праці за суміщення посад (професій)*
21.	***Мельник В.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-41-12 Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Проблеми удосконалення конституційно-правового статусу судді Конституційного суду України*

22.	***Тарнавський В.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна» ПЗ-41-12 Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Право на працю в умовах реформування трудового законодавства*
23.	***Тищук О.О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-41-12 Науковий керівник: ***Хільченко С.В.***, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник, доцент кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Тенденції розвитку дактилоскопічних досліджень в Україні: прикладний аспект*
24.	***Благодатських К.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПЗ-31-13 Науковий керівник: ***Мисак О.І.***, старший викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості визначення умов трудового договору за законодавством України*

ІІ СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ
«Психологічні аспекти становлення особистості в навчально-виховному процесі: теорія, досвід, практика»

6 квітня 2016 р., 13.30
аудиторія 407

Керівник секції ***Чорноусенко Н.С.***, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна»

Секретар секції ***Самойленко В.Ю.***, асистент кафедри психології, Вінницький інститут Університету «Україна»

№ з/п	**Назва доповіді та доповідачі**
1.	***Чорноусенко Н.С.***, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Психологічні засади інклюзивної освіти*

2.	***Найчук В.В.***, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Естетичне сприйняття в структурі емоційного інтелекту у школярів*
3.	***Сєдова Н.А.***, кандидат психологічних наук, доцент, начальник наукового відділу Кіровоградського інституту розвитку людини Університету «Україна» *Спілкування викладача та студента як психолого-педагогічна проблема*
4.	***Левчишина О.В.***, старший викладач кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Комунікація психолога в просторі консультування і суміжних просторах: сфери, методи, засоби*
5.	***Добровольська В.О.***, викладач кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Психологічні особливості самореалізації студентів з особливими освітніми потребами*
6.	***Самойленко В.Ю.***, асистент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Девіантна поведінка як феномен самоствердження у підлітковому віці*
7.	***Перістяк Б.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15(м) Науковий керівник: ***Чорноусенко Н.С.***, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Роль пам'яті в аспекті самоефективності особистості*
8.	***Азенко В.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15с(з) Науковий керівник: ***Котик І.О.***, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Соціально-психологічні ресурси громадянської активності студентської молоді*
9.	***Придатченко Ю.С.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15м Науковий керівник: ***Котик І.О.***, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету

	«Україна» *Схильність до ризику в управлінській діяльності*
10.	***Колесник М.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-61-15м(з) Науковий керівник: ***Котик І.О.***, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Проблема щастя у філософських та психологічних дослідженнях*
11.	***Королюк О.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15с(з) Науковий керівник: ***Котик І.О.***, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості соціальних уявлень успішність та успішна людина*
12.	***Гончарук Т.О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15(м) Науковий керівник: ***Чорноусенко Н.С.***, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Волонтерство як прояв соціальної активності*
13.	***Кухар Ж.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15с(з) Науковий керівник: ***Котик І.О.***, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Взаємозв'язок психологічного благополуччя та соціально-психологічних характеристик особистості*
14.	***Головачова А.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-21-14 (м) Науковий керівник: ***Левчишина О.В.***, старший викладач кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Вплив індивідуально-типологічних властивостей особистості на ефективність запам'ятовування інформації*
15.	***Гурков В.Г.***, Вінницький інститут Університету «Україна»,

	ПС-51-15(с) Науковий керівник: ***Найчук В.В.***, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Вплив акцентуацій характеру на прояви деструктивних станів особистості*
16.	***Путкарадзе Т.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-14 (м) Науковий керівник: ***Волобуєва О.Ф.***, доктор психологічних наук, професор Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості розвитку емоційної сфери студентів у процесі навчальної діяльності*
17.	***Максименко О.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-14 (м) Науковий керівник: ***Волобуєва О.Ф.***, доктор психологічних наук, професор Вінницький інститут Університету «Україна» *Психологічні особливості прояву шкільної тривожності у підлітковому віці*
18.	***Куйбіда Т.П.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15(с) Науковий керівник: ***Найчук В.В.***, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості впливу стилю спілкування вчителя на взаємовідносини в системі «вчитель-учень»*
19.	***Жембровська С.Г.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15 (с) Науковий керівник: ***Найчук В.В.***, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Психологічні особливості образної пам'яті у молодших школярів*
20.	***Яцишина В.С.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-21-14 (м) Науковий керівник: ***Левчишина О.В.***, старший викладач кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Вплив «Я-концепції» особистості на рівень конформності в юнацькому віці*

21.	***Куцак Н.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15(м) Науковий керівник: ***Чорноусенко Н.С.***, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *Когнітивний стиль та мотивація до професійної діяльності в юнацькому віці*
22.	***Найчук О.Є.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-51-15(с) Науковий керівник: ***Найчук В.В.***, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницький інститут Університету «Україна» *До проблеми особистісної рефлексії*
23.	***Смірнова К.С.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ПС-31-13 *Проблем інтеграції осіб з інвалідністю в сучасній Україні*

ІІІ СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ
«Сучасні напрямки розвитку економіки підприємства, регіональної економіки та менеджменту»

6 квітня 2016 р., 13.30
аудиторія 403

Керівник секції ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу і права Вінницький інститут Університету «Україна»

Секретар секції ***Жукова О.А.***, старший викладач кафедри бізнесу і права Вінницький інститут Університету «Україна»

№ з/п	Назва доповіді та доповідачі
1.	***Швед В.В.***, кандидат економічних наук, доцент кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» ***Омельченко О.В.***, викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Мінімальна заробітна плата та її гарантії в системі соціального захисту*
2.	***Закладній О.А.***, викладач кафедри економіки та підприємництва, ПрАТ «ВНЗ «МАУП» Луганський інститут

	Оптимізація джерел формування оборотного капіталу підприємства
3.	***Борвсуновська І.П.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15м (з) Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Соціальний захист населення України: світовий досвід та вітчизняні реалії*
4.	***Йолтухівська Л.О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15м (з) Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Кошторисне фінансування та напрями його удосконалення*
5.	***Киричук О.Ю.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15м(з) Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Управління трудовими ресурсами підприємства*
6.	***Терлецький О.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15м (з) Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Формування та використання запасів підприємства*
7.	***Обухов С.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ОА-51-15с (з) Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Облік, контроль і аналіз в системі управління доходами підприємств*
8.	***Сич О.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-52-15с (з)

	Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Фіскальна безпека держави*
9.	***Сич О.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-52-15с (з) Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Трудовий капітал один із головних факторів підвищення конкурентоспроможності підприємства*
10.	***Костенко С.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», МО-51-15м Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Творчий потенціал особистості як запорука успішності фахівця з економіки*
11.	***Костенко Ю.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», МО-51-15м Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Оцінка конкурентоспроможності аграрних підприємств України*
12.	***Лещенко О.Г.***, Вінницький інститут Університету «Україна», МО-51-15м Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Методичні підходи до розробки програми розвитку автотранспортного підприємства*
13.	***Шаповал Р.П.***, Вінницький інститут Університету «Україна», МО-51-15м Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент,

	професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Вплив аграрних трансформацій на життєве середовище селян*
14.	***Скалецький Б.П.***, Вінницький інститут Університету «Україна» МО-51-15м Науковий керівник: ***Балахонова О.В.***, доктор економічних наук, доцент, професор кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Перспективи розвитку зовнішньоекономічної діяльності національних суб'єктів господарювання в умовах євроінтеграції*
15.	***Чорнодон З.М.,*** Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15с Науковий керівник: ***Швед В.В.***, кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Регулювання діяльності комерційних банків*
16.	***Щєткова К.Д.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15с Науковий керівник: ***Швед В.В.***, кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Діагностика фінансового стану підприємства*
17.	***Лелюшкіна О.Д.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15с (з) Науковий керівник: ***Швед В.В.,*** кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості управління державними фінансами*
18.	***Головчак О.Ф.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-41-12 Науковий керівник: ***Євась Т.В.***, старший викладач кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Механізм оподаткування та сплати податку на прибуток*
19.	***Гринь О.Г.***, Вінницький інститут Університету «Україна»,

	ФНК-41-12 Науковий керівник: ***Євась Т.В.***, старший викладач кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Теоретичні аспекти стратегічного фінансового планування діяльності підприємства*
20.	***Дзюбак А.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-41-12 Науковий керівник: ***Євась Т.В.***, старший викладач кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Економічна сутність та структура власного капіталу підприємства*
21.	***Кравцов М.Б.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-51-15с (з) Науковий керівник: ***Євась Т.В.***, старший викладач кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Сутність та види економічної ефективності діяльності підприємства*
22.	***Козачок І.Г.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-52-15с (з) Науковий керівник: ***Яблочніков С.Л.***, доктор педагогічних наук, професор Вінницький інститут Університету «Україна» *Сутність та необхідність комплексної оцінки фінансового стану підприємства*
23.	***Смульська І.Ю.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-41-12 ***Жукова О.А.***, старший викладач кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості фінансового забезпечення підприємств комунального господарства*
24.	***Бачинська І.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-41-12 Науковий керівник: ***Жукова О.А.***, старший викладач кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Теоретичні аспекти формування залучення фінансових ресурсів підприємства*
25.	***Колосовська Ю.Є.***, Вінницький інститут Університету

	«Україна», ФНК-41-12 Науковий керівник: ***Жукова О.А.***, старший викладач кафедри бінесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Прибуток підприємства як економічна категорія та об'єкт управління*
26.	***Сідорова Р.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФНК-21-14 Науковий керівник: ***Омельченко О.В.***, викладач кафедри бізнесу та права Вінницький інститут Університету «Україна» *Суть та економічна природа цінової дискримінації*

IV СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ
«Фізична реабілітація осіб з особливими потребами»

7 квітня 2016 р., 10.00
аудиторія 103

Керівник секції ***Корчинський В.С.***, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна»

Секретар секції ***Куц О.О.***, викладач кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна»

№ з/п	Назва доповіді та доповідачі
1.	***Куц О.О.***, викладач кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Обґрунтування застосування програм занять для студентів з порушенням постави*
2.	***Куц О.О.***, викладач кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» ***Наум П.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-51-14м *Фізична реабілітація при вегето-судинній дистонії*
3.	***Куц О.О.***, викладач кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» ***Височанський О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-61-15м(з) *Фізична реабілітація при остеохондрозі хребта*
4.	***Ломинога С.І.***, кандидат медичних наук, старший викладач

	кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» ***Куц О.О.***, викладач кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» ***Бурдейний С.С.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-61-15м(з) *Фізична реабілітація при плоскостопості у осіб з порушенням постави*
5.	***Кожухівська Г.Б.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-51-15м Науковий керівник: ***Корчинський В.С.***, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Фізична реабілітація жінок з менопаузальним метаболічним синдромом*
6.	***Позній С.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-51-15м Науковий керівник: ***Корчинський В.С.***, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості фізичної реабілітації при абдомінальному ожирінні*
7	***Шенеленко Д.О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-51-15м Науковий керівник: ***Корчинський В.С.***, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Фізична реабілітація при цукровому діабеті на санаторно-курортному етапі*
8.	***Самунь Н.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», ФР-61-15м(з) Науковий керівник: ***Корчинський В.С.***, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Ефективність фізичної реабілітації при облітеруючому атеросклерозі судин нижніх кінцівок на санаторно-курортному етапі*

9.	***Жиленко Т.І.***, Вінницький інститут Університету «Україна» ФР-61-15 м(з) Науковий керівник: ***Корчинський В.С.***, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Методи фізичної реабілітації при нейроциркуляторній дистонії гіпотонічного типу*
10.	***Дмитрук А.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна» ФР-61-15м(з) Науковий керівник: ***Корчинський В.С.***, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості фізичної реабілітації хворих на фіброніалгію*

V СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ
«Інноваційні процеси в освіті та соціально-педагогічній діяльності»

7 квітня 2016 р., 10.00
аудиторія 403

Керівник секції — ***Костенко Н.І.***, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна»

Секретар секції — ***Вітюк О.О.***, кандидат історичних наук, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна»

№ з/п	Назва доповіді та доповідачі
1.	***Костенко Н.І.***, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» ***Вітюк О.О.***, кандидат історичних наук, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Система соціальної роботи в Україні після Євромайдану*
2.	***Стахова О.А.***, кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри соціальних технологій, Вінницький інститут Університету «Україна»

	До питання якісної підготовки конкурентоспроможного соціального працівника
3.	***Мазуркевич І.О.***, кандидат економічних наук, доцент кафедри туризму та готельно-ресторанної справи ВТЕІ КНТЕУ *Міжнародний досвід соціальної роботи з людьми похилого віку*
4.	***Ільницький М.П.***, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» ***Ільницький М.С.***, Донецький національний Університет *Нормативно-правове забезпечення електронного урядування в Україні*
5.	***Ляшкова Н.О.***, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Гувернерство у контексті професійної підготовки фахівців з соціальної роботи*
6.	***Осійський Ю.О.***, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Аспекти функціонування вегетативної нервової системи (ВНС) у осіб з психологічними розладами за умов різної стресової напруженості довкілля*
7.	***Мельник О.А.***, голова циклової комісії загальноосвітніх, гуманітарних та соціальних дисциплін Вінницький коледж Університету «Україна» *Формування всебічно розвиненої особистості студента на заняттях української літератури*
8.	***Мельник О.А.***, голова циклової комісії загальноосвітніх, гуманітарних та соціальних дисциплін Вінницький коледж Університету «Україна» ***Олійник О.М.***, голова циклової комісії з правознавства Вінницький коледж Університету «Україна» *Моніторинг літературної освіти студентів ВНЗ І-ІІ рівня акредитації*
9.	***Жукова О.А.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-51-15 (ДВО) Науковий керівник: ***Вітюк О.О.***, кандидат історичних наук, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Фінансове забезпечення соціальної сфери в Україні*
10.	***Безпала В.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-51-15 (ДВО) Науковий керівник:

	Давиденко В.В., доктор політичних наук, професор кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Теоретичні та методологічні основи соціально-педагогічної діяльності із дітьми з особливими потребами*
11.	***Ткач С.В.***, Вінницький інститут Університету «Україна» СР-51-15 (ДВО) Науковий керівник: ***Давиденко В.В.***, доктор політичних наук, професор кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості соціальної адаптації військовослужбовців (на прикладі учасників антитерористичної операції на сході України)*
12.	***Патратій Н.М.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-51-15 (ДВО) Науковий керівник: ***Костенко Н.І.***, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Соціальні стереотипи старості в сучасному українському суспільстві*
13.	***Сагадіна О.Ю.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-51-15 (ДВО) Науковий керівник: ***Костенко Н.І.***, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Соціальна робота з дітьми та молоддю*
14.	***Крупельницька І.Г.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-51-15 (ДВО) Науковий керівник: ***Костенко Н.І.***, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Шляхи формування морально-етичних якостей соціальних працівників*
15.	***Нагорняк В.Б.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-51-15(м) Науковий керівник: ***Давиденко В.В.***, доктор політичних наук, професор кафедри

	соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Актуальні проблеми системи соціального забезпечення населення та шляхи їх подолання*
16.	***Глушко Л.О.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-31-13 Науковий керівник: ***Ляшкова Н.О.***, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Особливості соціальної роботи з людьми з девіантною поведінкою*
17.	***Максим'як Ю.С.***, Вінницький інститут Університету «Україна», СР-41-12 Науковий керівник: ***Ляшкова Н.О.***, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницький інститут Університету «Україна» *Соціальні проблеми людей з інвалідністю*

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ: ТЕОРІЯ, ДОСВІД, ПРАКТИКА

Чорноусенко Н.С. Психологічні засади інклюзивної освіти	3
Котик І.О. Становлення соціальних меж і особистісної надійності людини	6
Найчук В.В. Естетичне сприйняття в структурі емоційного інтелекту у школярів	11
Сєдова Н.А. Спілкування викладача та студента як психолого-педагогічна проблема	14
Левчишина О.В. Аналіз особливостей прояву кризи ідентичності в юнацькому віці: психодинамічний підхід	21
Самойленко В.Ю. Девіантна поведінка як феномен самоствердження у підлітковому віці	25
Азенко В.М. Соціально-психологічні ресурси громадянської активності студентської молоді	29
Гончарук Т.О. Волонтерство як прояв соціальної активності	33
Жембровська С.Г. Психологічні особливості образної пам'яті у молодших школярів	36
Колесник М.В. Проблема щастя у філософських та психологічних дослідженнях	39
Королюк О.М. Особливості соціальних уявлень про успішність та успішну людину	44
Кухар Ж.М. Взаємозв'язок психологічного благополуччя та соціально-психологічних характеристик особистості	48
Куцак Н.М. Когнітивний стиль як специфічний конструкт	53
Ніщук В.Є. Психологічні особливості адаптації гіперактивної дитини до навчання у школі: постановка проблеми	55
Перістяк Б.В. Роль пам'яті в аспекті самоефективності особистості	60
Смірнова К.А. Проблеми інтеграції осіб з інвалідністю в сучасній Україні	64

РОЗДІЛ 2. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Корчинський В.С., Галаченко О.О., Фурман М.В. Стан здоров'я населення України	69
Корчинський В.С., Галаченко В.В., Жиленко Т.І., Степанець Л.П., Степанець С.О., Синиця О.О. Оцінка ефективності комплексної програми фізичної реабілітації хворих на первинну гіпотензію	73
Корчинський В.С., Тупко Л.В., Осіпенко А.С., Ієрісова І.В., Пінаєва І.В. Сучасні методи фізичної реабілітації дітей дошкільного віку, хворих на церебральний параліч	79
Корчинський В.С., Дмитрук А.М., Гірник І.М., Ігнатюк К.П., Бублик Н.П., Синиця О.О. Фізична реабілітація хворих на фіброміалгію	85
Корчинський В.С., Кожухівська Г.Б., Шмаль В.Ф., Жилюк Л.П., Фурман Л.В., Корольова Т.В., Нікитюк О.М. Фізична реабілітація при менопаузальному метаболічному синдромі	90
Корчинський В.С., Самунь Н.М., Чеснік І.В., Бублик Ю.П., Висоцька В.В., Іщук Д.П., Синиця С.О. Ефективність фізичної реабілітації при облітеруючому атеросклерозі судин нижніх кінцівок на санаторно-курортному етапі	96
Корчинський В.С., Шенеленко Д.О., Шмаль В.Ф., Жилюк Л.П., Фурман Л.В., Корольова Т.В. Фізична реабілітація хворих на цукровий діабет 2 типу на санаторно-курортному етапі	102
Ломинога С.І., Куц О.О., Бурдейний С.С. Фізична реабілітація при плоскостопості осіб з порушенням постави	106
Куц О.О. Обгрунтування застосування програм занять для студентів з порушенням постави	109
Куц О.О., Наум П.М. Фізична реабілітація при вегето-судинній дистонії	111

РОЗДІЛ 3. ІННОВАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ В ОСВІТІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Мазуркевич І.О. Міжнародний досвід соціальної роботи з людьми похилого віку	117
Ляшкова Н.О. Гувернерство у контексті професійної підготовки фахівців з соціальної роботи	122
Осійський Ю.О. Аспекти функціонування вегетативної нервової системи (ВНС) у осіб з психологічними розладами за умов різної стресової напруженості довкілля	128
Мельник О.А. Формування всебічно розвиненої особистості	135

студента на заняттях української літератури	
Мельник О.А., Олійник О.М. Моніторинг літературної освіти студентів ВНЗ І- ІІ рівня акредитації	141
Безпала В.В. Актуальні питання соціально-педагогічної діяльності із дітьми з особливими потребами	145
Глушко Л.О., Чорноус Н.С. Девіантна поведінка підлітків як професійний інтерес соціальних працівників	154
Жукова О.А. Фінансове забезпечення соціальної сфери в Україні	159
Заремблюк В.І. Роль соціальних служб у вирішенні проблем молоді на сучасному етапі	163
Крупельницька І.Г. Шляхи формування особистісно-моральних якостей працівника соціальних служб	166
Максим'як Ю.С. Соціальні проблеми людей з інвалідністю	171
Ткач С.В. Механізм реалізації соціальної адаптації військовослужбовців (на прикладі учасників антитерористичної операції на сході України)	174
ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ	180

Для нотаток

Для нотаток

Для нотаток

НАУКОВЕ ВИДАННЯ
«НАУКА І НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС»

НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЗБІРНИК

ЧАСТИНА 2

Оргкомітет конференції не несе відповідальності за зміст статей, матеріали друкуються в редакції та мовою авторів.

Підписано до друку 09.06.2016.
Формат 60х84/16. Папір офсетний.
Друк цифровий.
Умов. друк. арк. 13. Обл.-видавн. арк. 12,1.
Наклад 50 прим. Зам. № 14600.

Віддруковано з оригіналів замовника.
ФОП Корзун Д.Ю.

Видавець ТОВ «Нілан-ЛТД».
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції серія ДК № 4299 від 11.04.2012 р.
21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 21.
Тел.: (0432) 69-67-69, 52-82-78
e-mail: info@tvoru.com.ua
http://www.tvoru.com.ua