

**ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»**

**ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ
ІНСТИТУТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ,
АСПРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
ВІННИЦЬКОГО ІНСТИТУТУ УНІВЕРСИТЕТУ
«УКРАЇНА»**

«НАУКА І НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС»

**МАТЕРІАЛИ XXI ЗВІТНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

16 квітня 2021 року, м. Вінниця

Вінниця – 2021

УДК 001:37.01](063)

Н 34

Відповідальний за випуск: Н.П.Лесніченко
Редакційна група Вінницького інституту Університету «Україна»: Г.В. Давиденко (головний редактор), В.В. Швед(заступник головного редактора), Н.П.Лесніченко (укладач, відповідальний за випуск)В.В.Найчук, Н.І. Костенко.

Рекомендовано до друку вченою радою Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна» (протокол №5 від 29.06.2021 р.).

Дизайн та верстка: К.О.Шоломицька

Н 34 **Наука і навчальний процес.** Матеріали XXI Звітної науково-практичної конференції, м. Вінниця, 16 квітня 2021 р. / За заг. ред. Г.В. Давиденко. – Вінниця : ТОВ «ТВОРИ», 2021. – 216 с.

ISBN 978-966-949-939-4

У збірнику вміщено матеріали XXI Звітної науково-практичної конференції «Наука і навчальний процес», 16 квітня 2021р., а також наукові публікації членів наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених Вінницького інституту Університету «Україна».

Розглянуто інноваційні процеси в освіті та соціально-педагогічній діяльності; досліджено захист прав і свобод громадян у світлі вимог Конституції України; висвітлено психологічні аспекти становлення особистості в навчально-виховному процесі: теорія, досвід, практика; приділено увагу фізичній та функціональній реабілітації осіб з інвалідністю.

УДК 001:37.01](063)

ISBN 978-966-949-939-4

© Вінницький інститут
Університету «Україна», 2021

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

ВЕРЕТІЛЬНИК Ю.В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: НАЙЧУК В. В.

*к.п.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна
м.Вінниця*

МОРАЛЬНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ: РОЗВИТОК В ОНТОГЕНЕЗИ

Моральність виникає з появою людського суспільства, культури і суть її полягає в протиріччі між природним і належним. Моральність існує як специфічний соціально-психологічний феномен, який з необхідністю виникає саме тоді, коли культура і природа входять у суперечність, коли суспільні норми вимагають, щоб поведінка була «неприродною», вимагають розгальмовування як безпосередніх природних імпульсів і інстинктів, так і ставших автоматизмами соціальних навичок. Саме це протиріччя породжує моральну проблематику як специфічну колізію, яка і служить предметом психологічних досліджень. За цим, завдання пошуку моральних орієнтирів не вирішується ні в площині окремо взятого природного початку в людині, ні в площині аналізу культури.

На думку Л. Колберга [1], на найвищій стадії розвитку моральної свідомості людини приймається цінність вищих етичних принципів, говорить про совість як регулятор поведінки.

Совість є одним з часто вживаних в психології, але, напевно, найбільш загадковим і найменш вивченим феноменом психічного життя особистості. Т. Флоренська співвідносить совість з поняттям «духовне Я» і говорить про совість як про «голос Бога в душі людини» [2]. А. Мелік-Пашаєв [3]

використовує споріднений термін «творче Я» і говорить про зв'язок совісті з творчістю. Глибокий психологічний аналіз поняття совісті ми виявили в роботах І. Ільїна [4].

У дослідженнях Л. Божович [5] показано, які етапи проходить особистість у процесі свого морального становлення. Показано роль морального ідеалу, роль позитивного прикладу, місце вчинку і активної моральної позиції у вихованні.

Володіння моральними нормами і прагнення дотримуватися їх сприяє активній життєвій позиції особистості, що виражається в ухиленні від порушення цих норм, що вимагає від людини зусиль (на відміну від прагнення виконати будь-які свої бажання, що характеризує незрілу особистість).

Підтримання роботи моральної інтуїції – совісті – дозволяє особистості заново відкривати для себе моральні норми, іноді всупереч загальному моральному падинню.

В уявленнях людей моральність існує як якийсь зразок (еталон), що дозволяє досліджувати його по описових характеристиках.

В даний час в науковий обіг активно вводиться цілий ряд понять, які характеризують моральну сферу особистості, наприклад [6]:

1. «Моральний ідеал» і «моральний стрижень особистості»;
2. «Соціальні уявлення про порядну людину»;
3. «Значимість етичних цінностей» і «орієнтації особистості на моральні цінності»;
4. «Морально-психологічні регулятори економічної активності» і «морально-психологічні фактори економічного самовизначення»;
5. «Моральна надійність особистості» та «психологічне ставлення до моральних норм»;
6. «Моральне самовизначення».

Мораль може бути порівняна з характеристиками найбільш давніми і мінімально диференційованими базовими елементами культури.

Моральність характеризує відносини між елементами досвіду, актуалізація яких забезпечує реалізацію різних дій індивіда. Ця характеристика співвідноситься з моральною оцінкою подій і дій та узагальнює безліч одиниць досвіду за умовою цієї оцінки: прийнятні вони чи ні.

Існують різні визначення моралі. Однак, як правило, під нею розуміється сукупність норм (вимог і заборон), що регулюють

відносини між людьми, порушення яких розглядається в термінах «добре – погано», «добро – зло».

Вони існують лише на рівні уявлень їх носіїв, тобто не зафіксовані офіційно, а контроль за ними здійснюють окремі люди і неформальні об'єднання. Такі норми входять до складу моральної свідомості, яка регулює міжособистісні відносини, відіграє велику роль в правовому і політичному житті суспільства.

Оскільки інтелектуальний розвиток людини йде в строго визначеному напрямку, стадії морального розвитку змінюють один одного один раз. Це означає, що зворотній розвиток, тобто перехід з другої стадії на першу, неможливий.

Л. Колберг виділив три рівня морального розвитку: доконвенціональний, конвенціональний і постконвенціональний [1].

Доконвенційний рівень. Людина, що знаходиться на цьому рівні, при визначенні «моральності» вчинку виходить з того, наскільки він задовольняє його власні потреби. Цей рівень включає в себе дві стадії. Перша стадія характеризується орієнтацією на покарання і слухняність: якщо дитина робить певний вчинок і її за це карають, робиться висновок, що дана поведінка аморальна.

Людина, що знаходиться на другій стадії, в якості «морального» розглядає ту поведінку, яка задовольняє власні потреби і лише випадково потреби інших людей.

Конвенціональний рівень. Людина, що знаходиться на цьому рівні морального розвитку, розуміє необхідність виконання ряду правил для збереження цілісності суспільства. Цей рівень також включає в себе дві стадії. Для людини, що знаходиться на третій стадії, основним регулятором поведінки є вимоги малої групи (сім'ї, друзів, колег), членом якої вона є. Людина, що проходить четверту стадію, керується у своїй поведінці не вимогами конкретних членів своєї групи, а нормами суспільства, виконання яких є необхідним для підтримки життєздатності соціальної системи. Головною метою стає підтримання існуючого соціального порядку.

Постконвенціональний рівень – найвищий рівень морального розвитку. Людина, що знаходиться на цьому рівні, керується вже не власними інтересами і не вимогами соціальної групи, до якої належить, а безособовими моральними нормами. На п'ятій стадії морального розвитку вона розуміє відносність і договірний характер

норм, тобто усвідомлює, що вони залежать від групової приналежності носія, і надає велике значення дотриманню індивідуальних прав. Тому особливого значення набуває справедливість правил, відповідно до яких приймається те чи інше рішення - так звана процедурна справедливості. Людина, на найвищій - шостій - стадії самостійно вибирає єдину систему моральних норм і слідує їй.

Отже, рівень морального розвитку розглядається як сукупність когнітивних операцій, зміст яких універсальний, тобто залежить від культури. Ці операції змінюють один одного в заздалегідь заданому порядку. Моральний розвиток полягає в різкій зміні стадії або рівня.

Список використаної літератури

1. Kohlberg L. Moral stages and moralization: Moral development and behavior. Holt, Rinehart & Winston / L. Kohlberg. – 1976. – P. 31-53.
2. Флоренская Т. А. Мир дома твоего: Человек в решении жизненных проблем. М., 2006. 480 с.
3. Мелик-Пашаев А. А. Художественное творчество и «искусство из искусств»: Современная психология: состояние и перспективы исследований. Ч. 3. М.: ИП РАН, 2002. С. 202-216.
4. Ильин Е.П. Психология совести: вина,стыд,раскаяние. СПб Питер, 2016. 288 с.
5. Божович Л. И., Конникова П. Е. О нравственном развитии и воспитании детей: Вопросы психологи. 1975. № 1. С. 80-89.
6. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку : навч. посіб. / І. Д. Бех. – К. : Академвидав, 2012. – 256 с.

ГАВРИЩУК Я.В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: ІЛІНІЧ С.Ю.

*викладач кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБРАЗУ „Я” У СІМЕЙНИХ ВІДНОСИНАХ

Подружні взаємини є об'єктом різних досліджень – психологічних, соціологічних, культурологічних. Вони організовують собою специфічний вид міжособистісних стосунків, які можна визначити в загальному вигляді як взаємозв'язки між шлюбними партнерами, які переживаються ними суб'єктивно, а об'єктивно виявляються у характері та способах взаємних впливів, що їх здійснюють партнери один на одного у процесі спільного проживання, діяльності та спілкування. Подружні взаємини як один із видів міжособистісних стосунків охоплюють систему установок, орієнтацій, очікувань, стереотипів та інших диспозицій, через які шлюбні партнери сприймають та оцінюють один одного [11].

Питання про особливості самосвідомості, самооцінок шлюбних партнерів ставилися у психологічних дослідженнях, проте здебільшого не були самостійним предметом аналізу. Відтак, незважаючи на численні емпіричні дослідження, різноманітність підходів до вивчення особистісних характеристик шлюбних партнерів та їх міжособистісної взаємодії, питання впливу особливостей самосвідомості партнерів, зокрема образу „Я”, на процес подружньої взаємодії в якісно різні періоди шлюбу залишається недостатньо вивченим.

Риси характеру членів подружжя так чи інакше впливають на їхні взаємини. На думку М.І.Пірен, першочерговими у розвитку конфліктних відносин у молодій сім'ї слід вважати наступні ознаки: риси характеру, які потенційно конфліктогенні, акцентуації характеру, особливості самоставлення та ставлення до партнера [10]. Зокрема, егоцентричні риси характеру членів подружжя, їх концентрація на своєму "Я" виступають одним із факторів дестабілізації шлюбного

життя. Концентрація на своєму "Я" заважає зайняти об'єктивну позицію, проаналізувати власні дії.

Дослідження психологів свідчать про те, що існують певні гендерні відмінності в уявленнях про себе, про партнера та самооцінках шлюбних партнерів [4]. При зіставленні сімей з різним ступенем напруженості найбільша різниця в даних була отримана щодо показників вольових і комунікативних рис у осіб чоловічої статі. В уявленнях подружжя один про одного, як в реальному, так і в ідеальному плані, проявляються суттєві відмінності. Так, у сім'ях з високою напруженістю у стосунках розрив між ідеальними та реальними уявленнями про емоційні характеристики партнера в жінок виражений найбільшою мірою. В ідеальному портреті партнера дружина ніби хоче нівелювати ті негативні риси, які великою мірою виражені у чоловіка в реальному житті. Виявилось також, що чоловіки із сімей з високою напруженістю у стосунках уявляють себе в передбачуваних оцінках своїх дружин з більшою неадекватністю, ніж їх дружини. У сім'ях з низькою напруженістю у стосунках жінки проявляють тенденцію до переоцінювання своїх негативних емоційних рис, а їх чоловіки – до заниження цих же рис в передбачуваних оцінках своїх дружин.

Розглядаючи гендерні особливості образу „Я” та самооцінок чоловіків та жінок, автори звертають увагу, насамперед, на такі аспекти: зміст та повноту образу „Я” чоловіків та жінок, значущість тих чи інших рис у само описах, порівняння адекватності уявлень про себе та самооцінок. Підсумовуючи дані досліджень у цій сфері, можна виокремити наступні тенденції:

- В онтогенетичному аспекті становлення та розвиток образу „Я” дещо сповільнені у хлопчиків порівняно з дівчатками: Дж.Діксон та Дж.Стріт відзначають, що образ „Я” хлопчиків за процентним співвідношенням охоплених у нього характеристик поступається образу „Я” дівчаток і його можна зіставити з уявленнями про себе дівчаток, які молодші на 2 роки.

- Під час опису реального образу „Я” дівчата оцінюють свої комунікативні та моральні якості вище, ніж юнаки. Творчий потенціал достовірно вищий у групі юнаків, а духовний потенціал є вищим у дівчат, причому це стосується як образу „Я”, так і образу ідеальної людини [9].

- При описанні свого психологічного портрету дівчата значно вище характеризують свою емоційну сферу („спокійна”, „весела”, „життєрадісна” тощо), а у відповідях юнаків частіше зустрічаються

характеристики інтелектуальної та вольової сфери („відповідальний”, „наполегливий”) [5].

- Суб'єктивна значущість якостей особистості відрізняється в жінок та чоловіків. У жінок більшу значущість мають риси, у яких виявляється ставлення людини до інших, тоді як для чоловіків більш вагомими є об'єкти, пов'язані з їхньою роботою [3].

- У чоловіків основою для позитивної самооцінки є такі якості як психічна врівноваженість, адаптованість, здатність до самоконтролю, соціабельність, моральність. У жінок позитивна оцінка пов'язана не стільки з наявністю соціально бажаних рис, скільки із ставленням до себе в цілому [2].

- У розвитку самооцінки відзначається наступна динаміка: попри те, що в дівчаток 6–7 років висока самооцінка зустрічається частіше, ніж у хлопчиків того ж віку, з часом це співвідношення може змінюватися на протилежне. Як зазначає Г.Крайг, багато дівчат виходять з отрочтва із збитковим образом „Я”, порівняно низькими очікуваннями та меншою впевненістю у своїх здібностях, ніж хлопці [8].

У сфері міжособистісних стосунків експериментально виявлені наступні гендерні особливості:

- Оцінка прийнятності іншої людини пов'язана з уявленням про подібну високу оцінку з боку цієї людини. Цей зв'язок вищий у дівчат, ніж у хлопців незалежно від віку. Отже, у дівчат уявлення про себе з боку інших дітей відіграють значно більшу роль у процесі встановлення з ними стосунків, ніж у хлопчиків.

- Через більш високу конкурентність хлопчики частіше за дівчаток надають перевагу дружбі з тими, хто досягнув менших успіхів і дистанціюються від тих ровесників, хто має кращі навчальні чи спортивні показники. Дівчата ж, навпаки, товаришують з тими, хто досяг кращих результатів, ніж вони самі.

- Найзагальніші тенденції щодо стилів спілкування наступні: чоловіче спілкування характеризується більшою емоційною стриманістю, прагненням до домінування, до креативних та раціональних способів взаємодії. Жінки вільніше виражають свої емоції та почуття, вони мають більший діапазон міжособистісних дистанцій, кожна з яких показує певний рівень близькості з людиною [3].

- Численні дослідження зв'язку агресивності та статі свідчать про тенденцію до переважання агресивності у хлопчиків та чоловіків у формі фізичної та прямої вербальної агресії, тоді як жінки більш

схильні до непрямой вербальної агресії (плітки) [6]. Доволі цікавим у контексті досліджуваної проблеми видається той факт, що жінки, на відміну від чоловіків, вважають схильність до домінування у свого можливого чоловіка вельми привабливою рисою. Різною є і реакція чоловіків і жінок після прояву агресивної поведінки: чоловіки меншою мірою, ніж жінки, відчувають провини та тривогу.

Цікавими є результати досліджень, присвячених вивченню гендерних відмінностей щодо питань, пов'язаних із шлюбом та сім'єю: образи ідеальних чоловіка/жінки, очікування щодо шлюбу, задоволеність шлюбом. Так, існують доволі суперечливі дані щодо потреб та цілей, які реалізуються чоловіком та жінкою у шлюбі. За даними Л.А.Коростильової, уявлення про те, що дає сім'я, у чоловіків і жінок практично однакові [7]. Інші дані отримав У.Харлі (1992), котрий виокремив п'ять основних потреб, задоволення яких очікується у шлюбі. У чоловіків цей список складає: 1) статеве задоволення, 2) супутник по відпочинку, 3) привабливість жінки, 4) ведення домашнього господарства, 5) моральна підтримка жінки. У жінок основними потребами є: 1) романтична атмосфера у сім'ї, ніжність чоловіка, 2) потреба у спілкуванні, 3) чесність та відкритість у стосунках з чоловіком, 4) фінансова підтримка, 5) роль батька [3]. Подібні результати були отримані на білоруських та російських жінках у дослідженні Т.В.Андрєєвої та Т.Ю.Піпченко [1]. Щодо задоволеності шлюбом, то, за даними О.В.Шишкіної, жінки більш орієнтовані на сім'ю, але менше задоволені нею. Чоловіки, навпаки, менше орієнтовані на сім'ю, але більш задоволені шлюбом [12]. Психологи вважають, що одним з найважливіших факторів, що визначає задоволеність або незадоволеність жінки шлюбом, є взаємна підтримка або її відсутність.

Отже, наявна значна розбіжність як у характеристиках самосвідомості чоловіка і жінки, так і в їхніх уявленнях про шлюб, подружнє життя. Ми зупинилися на розгляді даних досліджень, оскільки у своїй роботі також здійснюємо аналіз певних компонентів самосвідомості та подружньої взаємодії в гендерному аспекті.

Список використаної літератури

1. Андрєєва Т.В., Піпченко Т.Ю. Потребности женщин и мужчин в брачно-семейных отношениях и отношение к супружеской верности // Ананьевские чтения-2000: Тезисы научно-практической конференции. – СПб, 2012. – С.112-114.

2. Визгина А.В., Пантилеев С.Р. Проявление личностных особенностей в самоописаниях мужчин и женщин // Вопросы психологии. – 2011. - №3. – С.91-100.
3. Иванов Д.Т. Самореализация личности в брачно-семейных отношениях // Активизация личности в системе общественных отношений: Тезисы докладов к VII съезду психологов СССР. - М., 1989. - №3. - С.112.
4. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб.: Питер, 2013. – 544 с.: ил.
5. Кемплер У. Основы семейной гештальттерапии. – Санкт-Петербург: Изд. Пирожкова, 2011.
6. Ковалев П.А. Возрастно-половые особенности отражения в сознании структуры собственной агрессивности и агрессивного поведения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1996.
7. Коростылева Л.А. Психология самореализации личности: брачно-семейные отношения. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
8. Крайг Г. Психология развития. - СПб.: Питер, 2000.
9. Петрова С.М. Мотивационная обусловленность Я-концепции личности в юношеском возрасте: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб, 1995.
10. Пірен М.І. Основи конфліктології. - К., 2012.
11. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. – М.: Мир, 1994. С. 320.
12. Шорохова Е.В. Социально-психологическое понимание личности Методические проблемы социальной психологии. М. 2005.

ГЕРАСИМЧУК І. В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: НАЙЧУК В. В.

*к.п.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

НЕВПЕВНЕНІСТЬ ГЛУХИХ ЛЮДЕЙ ЯК НАСЛІДОК ФОРМУВАННЯ НИЗЬКОГО ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ДИТИНСТВІ

На сьогодні гостро стоїть питання ефективної соціальної адаптації людей з порушенням слуху (слабочуючих та глухих). В Україні ця категорія досі знаходиться в несприятливих умовах стосовно реалізації себе та повноцінної самостійності. Лише одиниці працюють піцейолами, касирами в супермаркетах чи спеціалістами на виробництвах, а зазвичай вони задіяні в низькооплачувах некваліфікаційних роботах, або ж потребують турботи з боку близьких чи родичів [1]. Ця категорія людей відрізняється помітною невпевненістю в собі, недовірливістю та скутістю. Ми досліджували, як з точки зору психології ці люди формуються зі стійкою низькою самооцінкою.

Щоб поведінка глухих та слабочуючих людей була більш адаптивною в суспільстві і вони могли легше досягати своїх цілей у взаємодії з оточуючими, у них має сформувати емоційний інтелект (ЕІ). Це — група ментальних здібностей, які беруть участь в усвідомленні та розумінні власних емоцій і емоцій оточуючих. Люди з високим рівнем емоційного інтелекту добре розуміють свої емоції і почуття інших людей, можуть ефективно керувати своєю емоційною сферою [11].

Основа для високого емоційного інтелекту формується ще в ранньому дитинстві, починаючи з першого року життя, коли турботливі дорослі постійно відгукуються на плач немовляти та задовольняють виникаючі потреби. Але так, як в 50% випадків в глухої дитини також глухі батьки [2], така мати природньо не завжди може швидко відреагувати на плач свого немовляти, адже не чує його, а

може лише помітити візуально. Цей момент є першим із факторів накопичення дитячої фрустрації та порушення формування базової довіри до світу.

В період активного формування мови – 1-3 роки – дорослі в нормі відзеркалюють емоції дитини, проговорюючи фрази на кшталт «Ти сердишся, що я не брала тебе на руки, а мила посуд?», «Ти радієш, що прийшла бабуся?», «Подивися, яка яскрава пташка, здивований, ще не бачив такої?», «Злякався, що не бачив маму?» тощо. Таким чином у формі активного слухання та контейнерування дитячих емоцій, дорослі допомагають дітям помічати та відрізнити свої емоційні стани, вивчати назви цих станів. Але у випадку порушення слуху, у дітей слабо формується мова, а внаслідок і мислення, яке б мало допомогти вчитися усвідомлювати емоції, що виникають. Від слабого усвідомлення та розуміння своїх емоцій та почуттів, діти з порушеннями слуху також критично мало розуміють емоції оточуючих, що перешкоджає встановленню контактів та спілкуванню.

Психологічний експеримент на базі спеціалізованого дитячого садка для дітей 6-8 років з порушеннями слуху показав наступні висновки [10].

Для обох категорій дошкільнят – звичайних та з порушеннями слуху – характерно виникнення комплексу невпевненості на всіх заняттях, що проводяться в дитячому садку. Основна відмінність полягає в частоті проявів невпевненої поведінки глухих та нормотипових дітей. В середньому невпевненість глухих і слабочуючих дітей на всіх заняттях проявляється частіше в три-чотири рази, ніж у їх чуючих однолітків [7, 8].

Максимальна розбіжність проявів невпевненості у глухих і чуючих (майже в 9 разів) спостерігається на музичному занятті під час співу. Поясненням цього є особливості музично-ритмічної діяльності глухих і слабочуючих дошкільнят, пов'язані з наявністю у них слухових і мовних порушень і вимагають від дітей значних зусиль, в той час як чуючі діти ставляться до виконання музичних завдань з легкістю, досягаючи при цьому позитивних результатів.

Мінімальна різниця частоти проявів невпевненості у нечуючих і чуючих (1.8 разів) відзначається на заняттях з фізкультури, коли зняття з дітей мовного контролю призводить до меншої напруженості глухих і слабочуючих. Крім того, в області виконання фізичних вправ нечуючі діти більш успішні, ніж в області свого мовного розвитку. При цьому вони частіше перебувають у гарному настрої і відчують емоційний підйом.

Розглядаючи частоту проявів невпевненості чуючих дітей на кожному конкретному занятті (розвиток мови, розвиток слухового сприйняття, навчання вимови, музика (співи), конструювання, аплікація, ручна праця, ліпка, малювання, танці, фізкультура), ми відзначили, що більшість проявів зустрічається у них також на заняттях з розвитку мови. Це говорить про те, що заняття з розвитку мовлення відносяться до числа складних для всіх дошкільнят, незалежно від того, чи є у них порушення слуху чи ні.

Категорію впевнених у собі дітей характеризує позитивне ставлення до виконання пропонованих завдань, готовність до подолання тимчасових невдач, відсутність сумнівів у правильності отриманих результатів. Вони рішучі в діяльності і активні в спілкуванні з однолітками і дорослими. Впевненість людини має позитивне емоційне забарвлення, завжди поєднуючись з бадьорістю і життєрадісністю, тому впевненим у власних силах дошкільнятам властиво гарний настрій і емоційний підйом. У поведінці цих дітей іноді виникають прояви невпевненості, властиві в більшій чи меншій мірі всім людям. Однак вони носять ситуативний характер, короткочасні і не визначають стиль спілкування дитини з оточуючими, результати його діяльності і емоційний стан.

Групу невпевнених у власних силах складають дошкільнята, які відчувають негативні емоційні переживання, пов'язані з виникаючими труднощами, очікуваннями неуспіху в майбутній діяльності або при встановленні контактів з оточуючими.

Для впевнених дітей характерне очікування власного успіху в виконанні завдання від дорослого, а також чітке розуміння, як завдання виконувати. Їхня поведінка має позитивне емоційне забарвлення, хоч і властиві поодинокі випадки прояву нерішучості і сором'язливості, як видів невпевненості людини

На відміну від впевнених однолітків невпевнені діти поводяться в повсякденному житті і на заняттях по-іншому. Перш за все їм не властиві прояви активності, рішучості та ініціативи. Вони сором'язливі, легко ранимі, важко переживають власні невдачі, бояться виникаючих труднощів і прагнуть їх уникати.

Отримані результати показують, що в середовищі нечуючих дошкільнят деякі прояви невпевненої поведінки характерні як для невпевнених дітей, так і для впевнених у собі. Тим самим підтверджується положення психологів про ситуативний і особистісний характер невпевненості [3, 6].

Таблиця 1

Показники прояву комплексу невпевненості в поведінці дошкільнят з порушеннями слуху

Сфера дії	Показники проявів	Середнє число проявів невпевненості у дітей*	
		невпевнених	впевнених
Спілкування	1. Відмова від спілкування	21.8	4.4
	2. Пасивна присутність при розмові	16.5	-
	3. Вихід з поля зору	11.7	2.3
	4. Опущення голови при спілкуванні	9.8	-
Діяльність	5. Очікування підтримки дорослого підтримки от взрослого	13.5	4.8
	6. Відстрочений за часом початок роботи	10.5	3.8
	7. Висловлювання сумнівів в своїх силах	9.4	1.3
	8. Прохання про допомогу в дорослого	7.6	5.7
	9. Невиконані завдання вчасно	6.3	3.4
	10. Відмова відповідати на питання	2.4	-
	11. Хаотичність рухів	1.8	0.7
	12. Спроби не показувати свою роботу	1.5	-
	13. Відмова від виконання завдання	0.7	-
14. Прохання до ровесника про допомогу	0.7	-	
Середній показник проявів невпевненості **		2.86	0.66

Аналіз даних таблиці показує, що у всіх дошкільнят з порушеннями слуху в більшій чи меншій мірі були відзначені такі прояви комплексу невпевненості, як відмова від спілкування, відхід з поля зору,

очікування підтримки від дорослого, відстрочене за часом початок роботи і т.д. Наявність разових і короткочасних проявів перерахованих реакцій в поведінці дошкільнят не говорить про наявність у нього комплексу невпевненості, і, навпаки, якщо зазначені прояви відзначаються регулярно, то ми маємо справу з особистісною невпевненістю дитини. Відмова від спілкування, наприклад, відзначається практично у всіх випробовуваних. Однак у одного невпевненого дошкільника за 40 зрізів середнє число відмов становить 21.8, а у впевненого – 4.4, тобто, виникає в 5 разів рідше.

Іншим прикладом є метушливість рухів дитини під час виконання пропонованих йому завдань. Різниця між її виникненням в поведінці невпевнених і впевнених дошкільнят становить 2.6, тобто, в стільки разів у невпевнених метушливість рухів проявляється частіше, ніж у їх впевнених однолітків.

У середовищі невпевнених дітей найбільшу групу складають прояви невпевненості, що виникають в процесі їх спілкування з оточуючими (59.8 разів у однієї дитини за 40 зрізів). У практичній діяльності невпевненість проявилася 54.4 рази, в той час як у впевнених нечуючих дошкільнят в спілкуванні комплекс невпевненості був відзначений в середньому всього 6.7 разів (у однієї дитини протягом 40 зрізів), а в діяльності – 19.7 разів. Таким чином, в спілкуванні невпевнених дітей з оточуючими показники комплексу невпевненості виникають в 9 разів частіше, ніж у їх впевнених однолітків, а в діяльності – в 3 рази частіше.

Що стосується нормотипових ровесників, то їх невпевненість в діяльності і спілкуванні проявляється інакше. Вона відзначається частіше в практичній діяльності, ніж при встановленні контактів з оточуючими. При нормальному розвитку слуху та мови дошкільнятам в 1.4 рази легше спілкуватися з оточуючими, ніж при порушеному.

Ще одна особливість в прояві невпевненості нечуючих дітей полягає в тому, що більшість з них (52%) має генералізовану невпевненість, тобто, проявляють її одночасно і в процесі спілкування з оточуючими і в ході виконання різних видів діяльності, в той час як у чуючих такі випадки зустрічаються в 2.2 рази рідше. Таким чином можна говорити про наявність у більшості глухих більш складного комплексу невпевненості (поширеного одночасно на сфери спілкування і діяльності дитини), ніж у дітей з нормально розвиненим слухом (зачіпає тільки одну зі сфер).

Порушення слуху у дітей сприяє появі у них комплексу невпевненості, але не є основним фактором, визначаючим його

виникнення. Мінімальне число проявів невпевненості спостерігається при високому рівні мовного розвитку дітей, при якому обсяг їх словникового запасу наближається до оптимального

Розглядаючи причини виникнення комплексу невпевненості в спілкуванні дітей з порушеннями слуху, необхідно відзначити, що ефективність спілкування залежить від рівня сформованості усного мовлення дитини як засобу спілкування з оточуючими [4, 8, 9].

Таким чином, одним з факторів, що визначають появу комплексу невпевненості, є низький рівень розвитку мови. Втім проблеми з мовою у глухих не є основними причинами виникнення невпевненості. Обмеженість емоційних проявів нечуючих дошкільнят лише побічно обумовлюється їх дефектом і безпосередньо залежить від характеру емоційно-дієвого і мовного спілкування з дорослими (ін.).

Список використаної літератури

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Академия, 2002
2. Зайцева Г. Л. Діалог з Л. С. Виготським про проблеми сучасної сурдопедагогіки//Дефектологія, №2, 1998, ст. 21-27.
3. Ковалев А.Г., Мясищев В.Н. Психические особенности человека. Характер. - Л.: ЛГУ, 1957. - 265 с.
4. Корсунская Б.Д. Воспитание глухого дошкольника в семье. - М: Педагогика, 1970.- 192 с.
5. Корсунская Б.Д. Методика обучения глухих дошкольников речи. - М.: Просвещение, 1969. - 295 с.
6. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. - М.: Просвещение, 1964. - 444 с.
7. Морозова Н.Г. Формирование познавательных интересов у детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии // Особенности развития и воспитания детей дошкольного возраста с недостатками слуха и интеллекта/Под ред. Л.П. Носковой. - М.: Педагогика, 1984. - С. 65-74
8. Петшак В. Изучение эмоциональных проявлений у глухих и слабослышающих дошкольников//Дефектология. - 1989. -№ 6. -С. 61-65.

ЖАГЛО О.В

*здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

БУЛІНГ: ФОРМИ, УЧАСНИКИ, МЕТОДИ ВИРІШЕННЯ

У сучасному світі кожна людина, яка перебуває у соціумі, може стикатися з фізичним чи психологічним насильством. Винятковості цьому твердженню надають стосунки між підлітками та молоддю.

Такий вид насильства подекуди має легкі форми, проте, для підлітків є як особливої частини суспільства, з недостатньо сформованою психікою, він може завдати не виправної шкоди психологічному здоров'ю і призвести до трагічних наслідків. Одним з них є самогубство.

Насильство в освітньому середовищі має різний характер і природу. Воно може проявлятися як у формі одноразових, так і в вигляді систематичних дій. Але ці дії завжди завдають шкоди психічному та фізичному здоров'ю всіх учасників/учасниць цього процесу. Виявити випадки насильства в закладі освіти достатньо важко. Передусім тому, що насильство відбувається переважно в місцях, де відсутній контроль і нагляд дорослих.

До того ж і потерпілий, і спостерігачі воліють не повідомляти нікого про випадок, щоб їх не вважали «ябедником/ябедницею» або через страх зізнатись. Найнебезпечнішим є повторюваність випадків насильства в освітньому середовищі. Саме систематичні насильницькі дії є булінгом або цькуванням.

Термін «булінг» походить від англійського слова «bully», тобто хуліган, забіяка, задира.

Булінг (цькування) - діяння (дії або бездіяльність) учасників освітнього процесу, які полягають у психологічному, фізичному, економічному, сексуальному насильстві, у тому числі із застосуванням засобів електронних комунікацій, що вчиняються стосовно малолітньої чи неповнолітньої особи та (або) такою особою стосовно інших учасників освітнього процесу, внаслідок чого могла бути чи була заподіяна шкода психічному або фізичному здоров'ю потерпілого.

Необхідно зазначити що, конфлікт і булінг явища що мають різні ознаки.

Конфлікт - це зіткнення протилежно спрямованих, несумісних одна з одною потреб, інтересів, соціальних установок, планів тощо у свідомості окремої особи, яке виникає в міжособистісних взаємодіях окремих осіб чи груп. Для конфлікту як способу взаємодії характерним є: по-перше, його не регулярність та випадковість (відсутністю злого умислу); по-друге, баланс (рівність) сил між його учасниками, владний баланс (симетричні відносини), що характеризується здатністю кожної зі сторін однаково впливати на процес конфлікту, відносно рівністю фізичних сил, соціальнопсихологічної адаптованості, соціального статусу, стану здоров'я, ментального розвитку тощо; по-третє, спостерігається розкаєння сторін конфлікту та спрямованість зусиль сторін конфлікту на його вирішення.

Ознаками булінгу є: - систематичність (повторюваність) діяння;

- наявність сторін - кривдник (булер), потерпілий (жертва булінгу), спостерігачі (за наявності). Важливо, що стороною булінгу є саме учасники освітнього процесу, а це не тільки учні (студенти, курсанти, вихованці, слухачі, стажисти, аспіранти (ад'юнкти), докторанти, інші особи, які здобувають освіту за будь-яким видом та формою здобуття освіти), а й вчителі (викладачі, вихователі, інші педагогічні працівники). Тобто як кривдником, так і потерпілим може бути не тільки дитина, а й доросла людина – вчитель;

- дії або бездіяльність кривдника, наслідком яких є заподіяння психічної та/або фізичної шкоди, приниження, страх, тривога, підпорядкування потерпілого інтересам кривдника, та/або спричинення соціальної ізоляції потерпілого.

У булінгу (цькування) можуть бути такі форми (види, прояви):

1) фізичний булінг – наприклад умисні штовхання, стусани, удари, нанесення побоїв, тілесних ушкоджень та ін.;

2) економічний булінг – наприклад вимагання (у дитини вимагають гроші, їжу, інші речі, примушують щось вкрати) або пошкодження та інші дії з майном (пошкодження, викрадення, захоплення особистих речей жертви);

3) сексуальний булінг – є підвидом фізичного це будь-які систематичні дії сексуального характеру;

4) психологічний булінг – насильство, пов'язане з дією на психіку, що наносить психологічну травму шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість наприклад:

- образливе ім'я, з яким постійно звертаються до жертви, обзивання, дражніння, зведення наклепів, поширення образливих чуток та ін.;

- образливі жести або дії наприклад, плювки в жертву або в її напрямку; залякування наприклад використання агресивної мови тіла й інтонації голосу для змушення дитини робити чи не робити щось;

- ізоляція, наприклад, жертва навмисно ізолюється, виганяється чи ігнорується частиною або всім класом.

З розвитком цифрових технологій набув поширення підвид булінгу – кібербулінг.

Кібербулінг – умисне цькування за допомогою мобільних телефонів, Інтернету, інших електронних пристроїв наприклад пересилання двозначних зображень і фотографій, обзивання, зведення наклепів та ін. щодо визначеної особи у кіберпросторі, як правило, протягом тривалого періоду часу.

Отже, аналізуючи все вищесказане можна зробити висновок. Не можливо і не потрібно всім подобатись, кожна людина індивідуальна, з власними перевагами і недоліками, і нам потрібно в першу чергу самим навчитися приймати і поважати тих хто нас оточує, проявляючи повагу до людей, які нам не подобаються і неприємні. І тоді наші діти братимуть з нас приклад. Бо діти це відображення батьків.

Список використаної літератури

1. Король А. Причини та наслідки дослідження явища булінгу // Відновне правосуддя в Україні. – 2009. – № 1 – 2. – 190 с. URL: https://rescentre.org.ua/images/Uploads/Files/poperedzhenya_dl/bulning_article.
2. Навчально-методичний посібник «Організація роботи з розв'язання проблеми насильства в школі». К.: Huss, 2011. – 96 с.
3. Найдюнова Л.А. Кібер-булінг або агресія в інтернеті: способи розпізнання і захист дитини / Л.А.Найдюнова //Методичні рекомендації / Серія: На допомогу вчителю. Вип. 4. – К., 2011. – 34 с. 33.
4. Насильство щодо дітей в Україні : всеукраїнське опитування громадської думки / за ред. С. Павлиш, Т. Журавель. – К., вид-во ФОП Клименко, 2015. – 146 с.

КЛОЧКО Т.В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ МОТИВАЦІЙНИХ ОРІЄНТАЦІЙ В МІЖОСОБИСТІСНИХ КОМУНІКАЦІЯХ ЮНАКІВ

Аналізуючи трансформаційні процеси, що відбуваються в сучасному суспільстві загалом та їхній вплив на гендерну картину, варто зазначити, що гендерну картину сучасного суспільства важко визначити як однорідну та чітко структуровану, вона характеризується полярними гендерними стереотипами, появу і функціонування яких спричинили економічні, політичні, культурні зміни суспільств, що трансформуються.

Провідну роль у галузі досліджень гендеру відіграють зарубіжні психологи – С. Бем, Ш. Берн, Т. Маерс, Скінер, А. Шерріфс та ін.. Сучасний етап розвитку суспільства характеризується суттєвими змінами у системі гендерних відносин, внаслідок чого, з одного боку, відкриваються можливості для їх оптимізації, а з іншого — виникає ризик порушень формування гендерної ідентичності.

Гендерна ідентичність є дуже вагомим компонентом у структурі особистості юнацького віку, адже сформованість більшості складових гендерної ідентичності є свідченням нормального проходження юнацького періоду. Важливою складовою цієї системи міжособистісних відносин виступає уявлення людини про саму себе, про свої риси та якості, здібності, мотиви, що складає основу Я-концепції особистості. Уявлення про себе, на основі яких особистість встановлює контакт з іншими людьми та, взагалі, оточуючим світом, є породженням самосвідомості та сприяє внутрішній узгодженості, формуванню очікувань та установок, що є особливо важливим для юнацького віку.

Проблемою розвитку особистості юнаків, їх самосвідомості, самоствалення та саморозуміння у різні часи займалися А. Дмитрів, В. Лісовський, А. Еромасова, Т. Вільхова, Л. Меньшикова. Вивченню психології поведінки особистості у конфлікті, зокрема на етапі юнацтва, присвячені праці представників різних наукових підходів та

ряду вітчизняних дослідників, серед яких Г. Ложкін, А. Гірник, Л. Долинська, І. Кошова, Н. Макачук, Л. Матяш-Заяц та інші.

З'ясовано, що в основі процесів міжособистісної взаємодії лежать механізми наслідування, конформності, навіювання, ідентифікації, рефлексії, емпатії, каузальної атрибуції.

Визначено, що до специфічних ознак міжособистісної взаємодії відноситься можливість взаємозбагачення, яке супроводжує реалізацію намірів суб'єктів; зміни особистісних особливостей під впливом цієї взаємодії; взаємовплив; намагання виявити специфічні якості один одного; взаємність; взаєморозуміння; взаємовідношення; взаємодопомога, взаємозв'язок; взаємопізнання; дії одної особи обумовлюють дії іншої особи і навпаки.

Гендерна ідентичність дуже впливає на процес спілкування. відповідність гендерному стереотипу формує впевненість у собі, розширює коло контактів, полегшує процес спілкування, а невідповідність рис гендерній ідентичності утруднює встановлення близьких відносин, звужує коло контактів.

Науково-психологічне дослідження було проведено на вибірці 100 осіб, серед яких 50 юнаків і 50 дівчат, віком від 18 до 25 років.

З обрахунків отриманих результатів діагностики мотиваційних орієнтацій в міжособистісних комунікаціях (І.Д. Ладанов, В.А. Уразаєва), було виділено наступні характеристики: у вибірці чоловічої статі за усіма запропонованими характеристиками переважаючим являється середній рівень.

В ході обробки отриманих даних було визначено, що вибірка юнаків чоловічої статі у комунікативних орієнтаціях майже в однаковій кількості надає перевагу орієнтації на досягнення компромісу, орієнтації на прийняття партнера, орієнтації на адекватність сприйняття і розуміння партнера. При оцінці рівня загальної гармонійності комунікативних орієнтацій виділено відсутність низького рівня.

Таблиця 1

Розподіл результатів діагностики мотиваційних орієнтацій в міжособистісних комунікаціях (n=100)

		Орієнтація на прийняття партнера	Орієнтація на адекватність сприйняття і розуміння партнера	Орієнтація на досягнення компромісу	Рівні загальної гармонійності комунікативних орієнтацій
Чоловіки (n=50)	Високий	17	14	12	9
	Середній	23	27	38	41
	Низький	10	9	11	0
Жінки (n=50)	Високий	13	10	12	3
	Середній	28	32	29	44
	Низький	9	8	9	3

У вибірці юнок жіночої статті виділено переважаючим середній рівень за основними комунікативними орієнтаціями та їх гармонійності в процесі формального спілкування. Отримані результати не мають суттєвих відмінностей від вибірки чоловічої статті. В вибірці жіночої статті виділено 3 респонденти з низьким рівнем вираженості заальної гармонійності комунікативних орієнтацій.

Отже, соціально адаптивні юнаки прагнуть налагодити взаємини, активно включаються в міжособистісні стосунки, саме перебування в новому, креативному для них колективі пояснює орієнтацією на прийняття партнера зі спілкування та орієнтацію на адекватне сприйняття та розуміння партнера, високу позитивну оцінку соціально-психологічного клімату групи.

Дані проведеного емпіричного дослідження доводять, що гендерні відмінності великою мірою впливають на вибір стратегії поведінки юнаків. Необхідним на сьогодні є створення практичної та теоретичної

бази для впровадження гендерного підходу, визнання важливості впливу статі як на соціальну, так і на когнітивну поведінку особистості.

Список використаної літератури

1. Берн Ш. Гендерная психология. – СПб.: прайм-ЕВРОзнак, 2001. – 320 с.
2. Волков Б.С. Психология ранней юности: Учебное пособие, - М.: Сфера, 2001. – 94 с.
3. Кошенова М. И. Вплив гендерних стереотипів на якість міжособистісного спілкування //Практикум по гендерної психології / Під ред. І.С.Клециной. — СПб, 2003. — С.185-195.
4. Реан А.А. Пс Логвінова Д.В. Гендерні стереотипи старшокласників про соціальні ролі // Вісник Харківського Національного університету імені В.Н. Каразіна. Збірник наукових праць. Серія: Психологія. — №702. — Випуск 34. Харків 2005. – С. 100-104.
5. Обозов Н.Н. Психология межличностных отношений / Н.Н.Обозов. – Л.: ЛГУ,1989. - 150 с.
6. Павелків Р.В. Вікова психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл.. -К.: Кондор, 2011. – (468 с).
7. Філоненко М. М. Психологія спілкування. – К: Центр учбової літератури, 2008.- 224 с.

МОРОЗ В. В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: ІЛІНІЧ С.Ю.

*викладач кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ГІПНОТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ

Сьогодні відомо близько 450 видів психотерапії [14]. В Україні найбільш широко застосовуються: психоаналіз, когнітивно-поведінкова терапія, символдрама, екзистенційний аналіз, психодрама, гештальт-терапія. Ці класичні підходи зазвичай вирішують первинний запит клієнта орієнтовно за 15-30 терапевтичних годин.

В професійному середовищі психологи часто діляться спостереженнями, що клієнти переривають психотерапевтичну роботу з таких причин:

1. Невизначеність термінів роботи
2. Погіршення психологічного самопочуття в результаті сеансів
3. Невдоволеність кількістю необхідних сеансів, зазвичай хочуть значно швидший результат.

Тобто невдоволення сучасного клієнта психотерапевта можна звести коротко до «надто довго, неприємно, результату не гарантують». Це серйозна проблема, яка поки-що знаходиться на стадії вирішення.

В США, де психотерапія почалася раніше, ніж в Україні, на 50 років, високою довірою користується гіпнотерапія способом занурення клієнта в глибокий трансний стан Дейва Елмана [12]. Гіпнотерапевти обіцяють вирішити запит клієнта за модуль із 5 сеансів, який складається із діагностики та пропрацювання гострих емоційних гілок методом регресії. Регресія тісно переплітається із когнітивно-поведінковою терапією та психоаналізом. Загалом на весь модуль йде 5-10 годин, що втричі скорочує тривалість класичної психотерапії [12]. І на сьогодні це може бути якісним проривом для української психотерапії.

Успішність терапії в гіпнозі залежить від виконання таких обов'язкових умов:

1. Тверда лідерська позиція гіпнотизера-психолога.
2. Істинне бажання клієнта вирішити задану проблему (чи не має вторинних вигод?) та ввійти в гіпнотичний стан.
3. Довіра клієнта до терапевта як до фахівця.
4. Контекст – сприятлива обстановка (затишна кімната, зручне крісло тощо) .
5. Відсутність страхів та міфів стосовно гіпнозу [10].

Чим вищий рівень довіри клієнта до обраного терапевта, тим ефективніше клієнт дозволить собі розслабитися та ввійти у необхідний для терапії гіпнотичний стан.

Типовим страхом перед гіпнозом є втрата контролю над власним розумом та тілом [1]. Це перешкоджає людині співпрацювати із психологом, через що недостатньо вимикається критичний фільтр і робота йде неякісно. Гіпнолог обов'язково має виявити цей страх і пояснити, що гіпноз має чотири стадії занурення по глибині. І якщо третя стадія – це вже настільки глибокий регрес в дитинство, що клієнт дійсно говорить та мислить як дитина в певному віці, а четверта стадія – сомнамбулізм, коли людина практично уві сні, то описані ці дві стадії не підходять для гіпнотерапії. Оптимальна стадія занурення – це друга, коли людина повністю при свідомості, але вже достатньо глибоко розслаблена і занурена в себе. Синонімом до такого стану є слово транс. І терапевт має пояснити, що кожна людина щодня входить в стан, який викликає гіпноз — стан трансу. Це такий особливий стан, коли вся увага або якась його частина звернена всередину себе, а не на навколишній світ. Глибокий гіпнотичний транс, що викликається гіпнозом, повністю спрямовує увагу людини на його внутрішній світ — очі закриті, ніякої інформації з зовнішнього світу не надходить, крім голосу гіпнотерапевта, який зосереджує увагу на думках, емоціях, почуттях і відчуттях клієнта.

А неглибокий транс (перша стадія гіпнозу) виникає у нас щодня, коли ми занурюємося в стан мрійливості, дрімоти, так званий «сон наяву» [9]. Це може відбуватися навіть під час водіння автомобіля, якщо їхати по знайомому маршруту, і для цього стану є навіть специфічна назва: «транс водія». Стан трансу може викликати розмірене монотонне фізичне навантаження, або будь-яка монотонна діяльність. Крім того, багато хто здатний занурюватися в транс, читаючи захоплюючу книгу, або під час перегляду цікавого фільму. Можна спитати клієнта, чи бувало з ним таке, коли хтось говорив з

вами і він раптом зрозумів, що не чули жодного слова зі сказаного, бо занурився тоді в себе і відключився. Ось це і був типовий транс, наведений розмовою.

Про стан трансу можна додати, що це – дуже корисний стан для всього людського організму – вирівнюється робота обох півкуль мозку людини, що призводить до так званого «розширення свідомості», тобто відкриваються додаткові можливості і ресурси психіки, які недоступні в звичайному стані бадьорості. У цьому стані людина стає здатною побачити нові шляхи вирішення проблем і завдань, розвиваються творчі здібності, а також можна запустити процеси фізичного або психічного оздоровлення.

Стан трансу, який викликає гіпноз, знижує контроль свідомості (критичний фільтр) і запускає несвідомий пошук відповіді на поставлене питання. Клієнт має почути, що не гіпнолог управляє сеансом, а сам клієнт з допомогою терапевта, як інструмента. Що лише психіка клієнта може знайти ідеальне вирішення проблеми, яке з якихось причин досі було недоступне його свідомості. Люди часто діють за звичкою, так, як вони колись навчилися. Тобто працюють завантаженні в дитинстві актуальні тоді патерни поведінки. Це економить сили і енергію, щоб людина не думала кожен раз, коли треба переходити дорогу чи як тримати в руці ложку. Але так само працюють завчені деструктивні моделі поведінки, наприклад, заїдати стрес, що веде до зайвої ваги, або, навіть ще тільки думаючи про політ на літаку, відчувати страх і паніку перед польотом. Це призводить до проблем і неприємностей в повсякденному житті, від яких можна позбутися, обійшовши свідомі негативні установки і «поговоривши» з несвідомою частиною розуму в стані трансу.

У еріксонівському гіпнозі гіпнотерапевт спілкується з несвідомим розумом пацієнта дуже м'яко, не вказуючи, що робити, а що не робити, а пропонуючи різні приклади і варіанти на вибір, тим самим просто розширюючи можливість вашого вибору в певних ситуаціях [8]. В гіпнозі Елмана, також в індукціях старої радянської школи, працюють значно директивніше – різкіше вводять в гіпноз, командним голосом проводять навіювання [6]. В США сьогодні обирають саме директивність.

В стані гіпнозі клієнта занурюють в регресію – низку однотипних спогадів від дорослості до глибокого дитинства, де чітко прослідковується ключова емоція, з якою вирішено працювати саме на цьому сеансі – гнів, страх, сум, сором тощо. Терапевт суворо стежить за тим, щоб в кожному спогаді задана емоція була чіткою та сильною.

Так, рухаючись, в раннє дитинство, знаходять ситуацію-причину, де емоція зародилася. За допомогою гіпноаналізу терапевт виявляє які висновки та стратегіє поведінки заклалися тоді в клієнта у підсвідомості. Виявляє логічні помилки в глибинних переконаннях та пропонує «перезаписати» їх на нові, відповідно до запиту клієнта.

Таким чином проводять 1-4 сесії, на кожному з яких працюють над окремою емоцією. Успішність пропрацювання залежатиме від якості діагностики на першій зустрічі. Отримані результати в процесі сесій починають працювати в поведінці та самопочутті клієнта відразу, максимально повно проявляючись за 2-4 тижні, залежно від ригідності психіки.

Гіпнотерапія призводить до зростання особистості, глибоких позитивних змін всередині, які призводять до позитивних змін зовні.

Список використаної літератури

1. Гончаров Г. А. Сугестія: теорія і практика. М.: КСП, 1995.
2. Гордєєв М. М., Євтушенко В. Г. Техніки гіпнозу. 2003.
3. Гордєєв М. Н. Класичний і Еріксонівський гіпноз. 2005.
4. Гріндера Д., Бендлер Р. Формування трансу. М.: КААС, 1994.
5. Гримак Л. П. Моделювання станів людини в гіпнозі. 1978.
6. Дейв Елман. Гіпнотерапія. В-во: Психотерапія. 2014. 322 с.
7. Дячук Н. В. Азбука гіпнозу: У 2 т. М.: КСП, 1995.
8. Еріксон М. Мій голос залишиться з Вами. - Авторський збірник: XXI століття. 2003
9. Кандиба Д. В. Основи гіпнології: У 3 т. СПб.: Лань, 1999.
10. Карл Г., Бойз Д. Гіпнотерапія. Практичне керівництво. 2002. 180 с.
11. Теппервайн К. Висока школа гіпноза. Крон-Пресс. 2007.
12. Hunter, C. R. The Art of Hypnotic Regression Therapy: A Clinical Guide / Hunter, C. R., Eimer, B. N. // Crown House Publishing. 2012. P.288x
13. Banyan, C. D. Hypnosis and Hypnotherapy Basic to Advanced Techniques for the Professional / Banyan, C. D., Kein, G. F. // Abbot Publishing House. 2001. P.219.
14. <https://uk.wikipedia.org>

МАРТИНЮК Р.О

*здобувач 2-го року магістратури
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

МІЗЄВА К.В.

*здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

м.Вінниця

МОТИВАЦІЙНО–ЦІННІСНА СФЕРА СТУДЕНТІВ

Проблема формування мотиваційно-ціннісної сфери молоді має значну соціальну та наукову актуальність, яка ще очевидніша на фоні її недостатньої вивченості у психології особистості та соціальній психології.

Аналіз перспектив розвитку особистості становить особливі труднощі, оскільки її розвиток найскладніший само детермінований процес. У процесі становлення особистості, зокрема при суспільно-політичній нестабільності, трансформуються всі структури свідомості. Зміни в суспільстві, що відбуваються за часів сьогодення, демонструють процес інтеграції людства в майбутню цивілізацію. Згідно з концепцією ООН, цивілізація – це розвиток людей людьми задля людей. Індикатором цивілізованого суспільства є здоров'я населення, рівень життєвого комфорту, сутність включення особистості в соціально-пізнавальну та соціально-перетворюючу діяльність.

Мотиваційно-ціннісна сфера в широкому сенсі слова розуміється як стрижень особистості, яким опосередковуються такі її властивості: спрямованість, ціннісні орієнтації, установки, соціальні очікування, домагання, емоційно-вольові якості та інші соціально-психологічні характеристики.

Вітчизняна психологія має також низку наукових напрацювань з питань мотиваційно-ціннісної сфери особистості. Проблема цінностей і ціннісних орієнтацій у контексті спрямованості особистості ґрунтовно висвітлена у працях І. Беха, Т. Бутківської, Л. Іванько, З. Карпенко, Д. Леонтьєва, Г. Радчук, М. Слюсаревського, Т. Титаренко, Т. Тітова, Т. Яценко та інших сучасних вчених. В останніх

десятиріччях сформувався стійкий інтерес науковців до дослідження проблеми становлення духовних цінностей особистості (М. Боришевський, С. Гончаренко, В. Знаков, Г. Максимов, Е. Помиткін, М. Савчин та ін.).

Отже, можна зазначити, що мотиваційно-ціннісна сфера студентів визначається як спосіб самореалізації, що базується на особливостях мотиваційних, смисложиттєвих і ціннісних орієнтацій особистості. Мотиваційно-ціннісне ставлення до професійної діяльності може виступати чинником продуктивності регуляційного потенціалу особистості у процесі вирішення професійних завдань та визначати продуктивність його діяльності.

Аналізуючи динаміку мотиваційно-ціннісної сфери студентів було проведено дослідження мотивації початкової діяльності за допомогою оперантного мультимотивного тесту (ОМТ) Ю. Куля та Д. Шеффера.

В процесі аналізу отриманих відповідей враховувалась проблемність ситуації, яка виникла в момент повідомлення завдання. Проблемна ситуація приводить до актуалізації багатьох потреб, серед яких -пізнавальні, соціальні, а також потреби вищого рівня індивідуальності, самосвідомості, зокрема потреба збереження і підвищення самоповаги чи цінності власного «Я».

Результати дослідження свідчать про те, що домінуючими мотивами (елементами мотивів) навчальної діяльності є пізнавальні мотиви, намічений рівень мобілізації зусиль, мотив змагання, мотив самоповаги, мотив уникнення, власного потенціалу, закономірність результатів.

Оскільки різні студенти називали мотиви (елементи) навчальної діяльності, які за результатами кількісного опрацювання увійшли до різних груп, то загальний кількісний показник перевищує 100%.

До першої групи увійшли: внутрішній мотив, пізнавальний мотив, уникнення, мотив змагання, мотив зміни діяльності та мотив самоповаги.

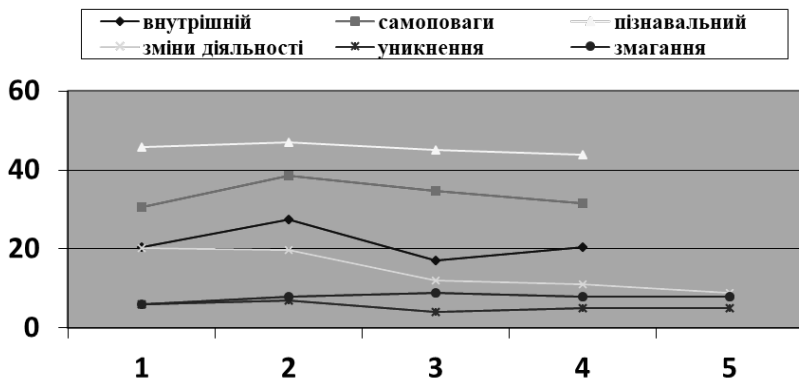


Рис. 1. Динаміка мотиваційної сфери за результатами оперантного мультимотивного тесту (ОМТ) Ю. Куля та Д. Шеффера

Головне місце серед домінуючих мотивів належить пізнавальним, які характеризують інтерес суб'єкта до результатів своєї діяльності, а також є узагальненими, позаяк вони можуть бути пов'язані з широким колом більш особистих мотивів, задоволення яких опосередковане отриманим результатом навчальної діяльності. Значення пізнавального інтересу полягає в тому, що він підсилює дієвість мотивів, пов'язаних із широкими соціальними чинниками і якостями особистості школярів, а також оптимально активізує їхню психічну діяльність.

В пізнавальних інтересах студентів різних курсів спостерігаються великі відмінності. В студентів першого курсу інтереси мають аморфний характер, характеризуються мінливістю і ситуативністю; в старшокурсників - охоплюють широке коло навчальних предметів і навчальну діяльність загалом; ще у інших яскраво проявляються стрижневі, домінуючі інтереси.

Ними були виділені наступні форми навчальних інтересів як внутрішнього стимулу до навчання: високий, сталий, мотивований інтерес, що характерний для більшості старшокурсників; невизначений, несталий, немотивований випадковий інтерес, який спостерігається більшості першокурсників; відсутність інтересу, що проявляється в незначній кількості випадків.

Внутрішній мотив безпосередньо пов'язаний із процесом діяльності. Він є узагальненим і являє собою сукупність тих елементів, які надають виконанню завдання привабливості. Цей мотив також досить важливий у навчальній діяльності, хоча лише для незначної

кількості учнів він є одним із домінуючих.

За даними експерименту, що стосуються ступеня сформованості ієрархічної структури ціннісних орієнтацій, тобто особливостей диференціації цінностей, можна стверджувати, що всі обстежувані студенти мають сформовані механізми диференціації, свідомо віддають перевагу тим чи іншим цінностям і ґрунтовно відстоюють свій вибір.

Аналізуючи змістовну структуру, яка визначалася за ранговим значенням середнього балу визначеної цінності, було отримано наступні дані.

Порівняльна характеристика вибору термальних цінностей показує, що студенти п'ятого курсу дещо вище оцінюють ціннісні орієнтири, ніж студенти першого курсу. Вагомими для старшокурсників є такі цінності як здоров'я, друзі, щаслива сім'я. Для першокурсників вагомішими є свобода і творчість.

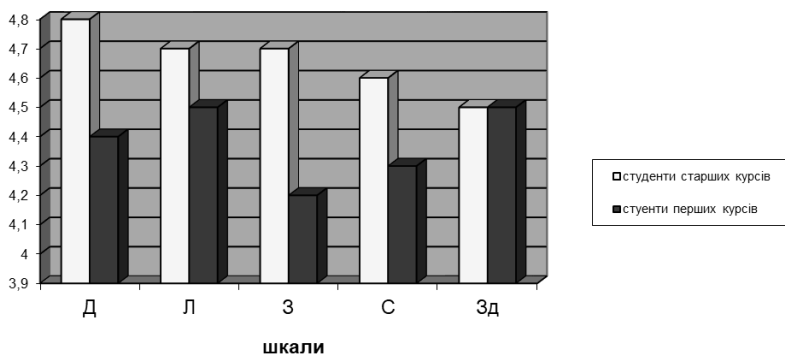


Рис. 2. Динаміка життєвих цінностей студентів-психологів за методикою М.Рокіча

Де: Д – хороші друзі, Л – любов; З – здоров'я, С – щаслива сім'я, Зд – задоволення.

У виборі інструментальних цінностей студенти першого та п'ятого курсу мало відрізняються. Такі цінності як чесність, виконавська дисципліна і життєрадісність є спільним вибором у двох вікових категоріях. Студенти старших курсів на перше місце ставлять чесність, а студенти першого курсу – дисциплінованість. У старшокурсників домінуючими є чуйність, сміливість, широта погляду, тоді як в першокурсників – дисциплінованість і життєрадісність.

Результати дослідження дають можливість зробити висновок, що формування ціннісних орієнтацій студентської молоді багато в чому залежить від активної життєвої позиції особистості. Духовна культура народу впливає на формування системи цінностей підростаючого покоління. Важливе завдання суспільства створювати психолого-педагогічний та інформаційний супровід для гармонійного розвитку молоді особистості.

Список використаної літератури

1. Волков Б.С. Психология юности и молодости: Учебник для вузов. М.: Трикта, 2006. 256с.
2. Довгань М.Б. «Особливості формування мотиваційно-ціннісної сфери студентів психологів». Деструктивні емоційні стани учнів: генеза, психологічні механізми, профілактика та корекція: зб. наук. Праць /Вінницький обласний інститут післядипломної освіти педагогічних працівників: за науковою редакцією М.І. Томчука, С.М. Томчука. Вінниця: ВОІПОПП, 2012. 128 с.
3. Занюк С.С. Психологія мотивації: Навчальний посібник. К.: Либідь, 2002. 304с.
4. Лібанова Е. Ціннісні орієнтації та соціальні реалії українського суспільства // Економіка України. 2008. № 10. С. 120–136.
5. Носенко Е.Л., Фролова Н.В. Трансформація ціннісних орієнтацій молоді на сучасному етапі розвитку суспільства (психологічний аспект): Монографія. Дніпропетровськ: Видавництво «Навчальна книга», 1999. 168 с.

ОСАДЧУК Л.В.

*здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ПОНЯТТЯ ПРО МОТИВАЦІЮ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З «Я КОНЦЕПЦІЄЮ»

Зрозуміти та досягти внутрішньої погодженості особистості, пізнати себе, розвинути позитивні якості характеру, навчитися адекватно оцінювати свої стосунки з оточуючими, уникати конфліктів та встановлювати добрі стосунки, навчити управляти своїм внутрішнім світом, сформуванати позитивний образ власного «Я».

Центральним компонентом «Я – концепції» є самооцінка. На основі механізму самооцінки розвивається самосвідомість особистості. Тісно зв'язані з «Я – концепцією» рівень домагань, успіх, самоповага, мотивація. Таким чином, адекватна, позитивна «Я концепція» забезпечує нам психологічний комфорт, самоповагу, адекватне ставлення оточуючих і врешті радість життя, навіть в умовах кризи.

Сукупність психологічних процесів, які спрямовують поведінку людини називають мотивацією. Мотиваційні процеси визначають напрям людської поведінки. Кожна людина є істотою, яка бажає, але рідко досягає повного завершеного задоволення всіх своїх потреб. Всі люди завжди чогось бажають і є мотивованими на пошук особистих цілей, однак мотиваційні процеси своєрідні й утворюють осередок структури особистості.

Основу мотиваційної сфери особистості становлять потреби, що виражають її залежність від конкретних умов існування і породжують діяльність, спрямовану на зняття цієї залежності.

Потреба - це нестаток суб'єкта в чомусь конкретному, а мотив - обґрунтування рішення задовольнити або не задовольнити зазначену потребу в даному об'єктивному й суб'єктивному середовищі. Схема переходу потреби в мотив:

Мотивом може стати усвідомлена потреба й тільки в тому разі, якщо задоволення цієї конкретної потреби, багаторазово проходячи через етап мотивації, безпосередньо переходить у дію.

В основі будь-якої дії лежить потреба, яка психологічно виявляється як мотив, що може реалізуватися у низці форм: інтересах, прагненнях, переконаннях та установках.

Мотиви відображають найхарактерніші для людини способи реагування на ті чи інші елементи зовнішньої та внутрішньої (прихованої) сфери існування. Рівень усвідомлення мотивів власної діяльності висвітлює притаманний людині спосіб реагування на окремі явища: спонтанні дії, скеровано організовані дії тощо, дає відповідь на запитання: Що я хочу і чому я це хочу?

Інтерес - це емоційний вияв пізнавальних потреб особистості. Суб'єктивно інтереси розкриваються у позитивному емоційному бажанні глибше пізнати об'єкт, зрозуміти його. Роль інтересів у тому, що вони є спонукальним механізмом пізнання, змушують особистість шукати шляхів, засобів задоволення того чи іншого бажання.

Прагнення - це мотиви, в яких виявляються потреби особистості в умовах спеціально організованої діяльності. Іноді, залежно від змісту цілі та рівня усвідомленості, прагнення може набувати вигляду потягу чи бажання. Потягові властивий невисокий рівень усвідомленості цілі. Він має вигляд емоційного пориву, незадоволення існуючим станом речей. Щось не влаштовує людину в житті, але вона ще не знає точно, що саме, бо потяг не має чітко виявленої спрямованості до цілі. Тому самі по собі потяги не спонукають особистість до цілеспрямованої активності. Бажання становлять більш або менш чітке усвідомлення цілі, вони спонукають людину до вольових дій, спрямованих на досягнення значущих цілей.

Суттєвим мотивом поведінки особистості є її переконання - це система усвідомлюваних потреб, які спонукають діяти відповідно до своїх поглядів, принципів, світогляду. Переконання є спонукальною силою поведінки, що змушує переживати свої вчинки.

Переконання - це система знань, пропущених через почуття. Переконана та людина, в якій ідеї поєдналися з почуттям і волею. Вона не здатна на вчинок, що суперечить її принципам.

Установка - це стійка схильність індивіда до певної форми реагування, за допомогою якої може бути задоволена та чи інша потреба. Установка відображає стан особистості, який виникає на основі взаємодії її потреб та відповідної ситуації їхнього задоволення, забезпечує легкість, майже автоматичність, та цілеспрямованість поведінки. Установки можуть бути як позитивними, так і негативними.

Чинником, що має мотиваційне значення та виявляє постановку людиною певних цілей, є рівень домагань особистості - прагнення досягти цілей того ступеня складності, на який людина вважає себе здатною. В основі рівня домагань лежить самооцінка.

Самооцінка – це психологічне і емоційне відчуття себе, віра в себе,

оцінювання особою самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей.

Самооцінка може бути адекватною та неадекватною залежно від того, як вона співвідноситься з реальними проявами людини. Неадекватна, в свою чергу, може бути завищеною - для неї характерна переоцінка людиною своїх позитивних якостей та заниженою, яка проявляється через применшення переваг і перебільшення недоліків.

Занижена самооцінка – одна з найчастіших причин звернення до психолога. Люди звикли пов'язувати з цим більшість своїх проблем і невдач, але часто під цим розуміють незадоволення своїми успіхами, відчуття некомпетентності, нікчемності, заздрощів, ревнощів, залежність від чужої думки, бажання всім подобатися, страх виступати перед публікою чи знайомитися з новими людьми.

Самооцінка є найважливішою складовою «Я-концепції». Психологи розглядали самооцінку як сторону самосвідомості особистості, як продукт її розвитку, породжуваний всією її життєдіяльністю (Б. Ананьєв, Л. Божович, С. Рубінштейн). Самооцінка, як і самосвідомість в цілому, має суспільний характер і зумовлена соціальними умовами.

Самооцінка — компонент самосвідомості, який має рефлексивну природу, і включає в себе такі елементи як: образ «Я — реального», «Я — ідеального», результат зіставлення цих образів і ставлення особистості до результату зіставлення.

Отже, самооцінка — це оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей. Вона є важливим регулятором поведінки особистості. Від самооцінки залежать взаємовідносини людини з оточуючими, її критичність, вимогливість до себе, ставлення до успіхів і невдач. Тим самим, самооцінка впливає на ефективність діяльності людини і подальший розвиток її особистості. Самооцінка тісно пов'язана з рівнем домагань людини, тобто ступенем складності цілей, які вона ставить перед собою. Нерідко дослідження самооцінки мають за мету установлення та аналіз зв'язку її особливостей з різноманітними особистісними характеристиками, зокрема мотивацією.

Самосвідомість особистості чутливо реєструє на основі механізму самооцінки співвідношення власних домагань і реальних досягнень. Важливим компонентом образу "Я" особистості є самоповага, яка визначає співвідношення справжніх її досягнень і того, на що людина претендує, розраховує. Американський психолог У. Джемс запропонував формулу, за якою в чисельнику представлені реальні

досягнення індивіда, у знаменнику - його домагання

Як бачимо, для збереження самоповаги є два шляхи: досягати успіхів в обраних галузях або знижувати рівень домагань.

Впевненість у собі пов'язана з адекватністю самооцінки, вірою у власний успіх, постановкою цілей та обранням об'єктивних засобів для їхнього досягнення. Впевненість та віра в успіх дає змогу не зацикловатися на тимчасових невдачах і помилках, не звинувачувати обставини чи інших людей за результати діяльності.

Я-концепція формується в діяльності і в ній же й проявляється. Конкретна поведінка і діяльність людини завжди особистісно означені, оскільки залежать від її психологічних особливостей, ієрархії мотивів та Я-концепції. Результати поведінки і діяльності містять в собі інформацію про свого суб'єкта, яка може суперечити уже наявній системі знань про себе, самооцінці й самоставленню. При цьому в людини з'являється вибір: або змінити інформацію, що поступає, або змінити себе. В першому випадку включаються механізми психологічного захисту, що дозволяють уникнути інформації, що не узгоджується з наявною Я-концепцією. В другому випадку запускаються механізми саморозвитку і самовдосконалення.

Позитивна «Я концепція» – це шлях до успіху в особистому житті, на роботі, в навчанні, в бізнесі. Адже тільки внутрішньо погоджена, стійка в поведінці, розвинута особистість може бути успішною у всіх сферах життєдіяльності.

Список використаної літератури

1. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. СПб. : Речь, 2001. 240 с.
2. Васильев И.А., Магомед-Эминов М.Ш. Мотивация и контроль за действием. М.: Изд-во МГУ, 1991. 144с.
3. Гордеева Т. О. Психология мотивации достижения. М. : Смысл : Академия, 2006. 336 с.
4. Горноста́й П.П. Личность и роль: Ролевой подход в социальной психологии личности. К. : Интерпресс ЛТД
5. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции. М., 1971
6. Макклелланд Д. Мотивация человека. СПб. : Питер

ПАНАСЮК О.О.

*здобувач 3-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: ЛЕСНІЧЕНКО Н.П.
викладач кафедри соціальних технологій*

*Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

САМОПРЕЗЕНТАЦІЯ ЯК ПОВЕДІНКОВИЙ КОМПОНЕНТ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ

Сучасні тенденції суспільного розвитку вимагають всебічного дослідження явища самопрезентації. Проблема самопрезентації особистості є предметом психологічних досліджень в останні десятиліття як наслідок посилення конкурентних відносин та зростання соціальної напруги у міжособистісних, міжгрупових та міждержавних стосунках. Тому людині важливо правильно себе поводити для досягнення цілей.

Можна стверджувати, що самопрезентація особистості завжди відбувається під час процесу спілкування та взаємодії між людьми і пов'язана з управлінням сприйняттям навколишнього соціуму завдяки приверненню і утриманню уваги об'єкта самопрезентації. Цей процес може бути як усвідомлюваним, так і неусвідомлюваним. Як правило, самопрезентація здійснюється для реалізації певних мотивів, задоволення потреб та досягнення цілей особистості. При цьому потреби, мотиви та цілі можуть бути суто індивідуальними, а можуть нав'язуватись ззовні тим середовищем, в якому людина знаходиться. Таким чином, самопрезентація особистості – це поведінковий компонент структури особистості, у якому реалізується прагнення особистості створити бажаний і водночас адекватний соціальній ситуації образ власного «Я» у сприйнятті інших людей в процесі взаємодії та спілкування з соціумом[1].

Самопрезентація – це форма особистісної представленості людини у публічних ситуаціях, в основі якої лежить прагнення суб'єкта показати себе з позитивного боку та створити певний імідж. Імідж – це емоційно забарвлений образ будь-кого або будь-чого. Іншими словами, – це самопрезентація, тобто створення людиною свого образу[4].

Психологи стверджують, що в кожній людині існує бажання справити позитивне враження на оточення. Але глибинний аналіз цього поняття дає змогу зрозуміти, що це є лише зовнішньою стороною образу, в якій зосереджені його найбільш суттєві характеристики.

Виділяють два основних види самопрезентації – природну і штучну. Природна самопрезентація властива всім людям. Процес природної самопрезентації можна описати як неусвідомлену, неконтрольовану презентацію себе соціальному середовищу. Основна особливість природної самопрезентації – це те, що людина не може свідомо контролювати і коригувати процес самопрезентації.

Далі, у процесі соціалізації, спілкуючись і взаємодіючи з іншими дітьми й дорослими людьми, дитина починає засвоювати певні шаблони поведінки та намагається себе презентувати відповідно до соціальної ситуації. Таким чином з'являється так звана штучна самопрезентація [5].

Окремо виділяють позитивну і негативну самопрезентацію особистості. Позитивна самопрезентація спрямована на створення позитивного образу «Я», а негативна – негативного образу «Я» у сприйнятті навколишнього середовища. Причому, як позитивна, так і негативна самопрезентація може бути успішною. Створення певної лінії поведінки залежить від цілей особистості. Тобто, у процесі взаємодії і спілкування людина здатна впливати на поведінку оточення у відповідності зі своїми цілями, створюючи як негативний, так і позитивний образ Я [4].

Для вивчення ефективності самопрезентації потрібно розрізнати типову самопрезентацію, яку людина проявляє у певній соціальній групі, а також ситуативну самопрезентацію, наприклад, під час публічного виступу або співбесіди, коли людині особливо важливо створити приємне враження про себе. Можна припустити, що типова самопрезентація часто є природною, неусвідомленою, а відтак завчасно не підготовленою. Ситуативна самопрезентація, наприклад, під час публічного виступу або співбесіди, як правило, є штучною, підготовленою, а тому усвідомлюваною.

Ефективну самопрезентацію можна визначити як дієву подачу особистістю себе соціальному середовищу, внаслідок якої забезпечується потрібне й бажане сприйняття образу «Я» особистості іншими людьми. Це відбувається завдяки використанню людиною відповідних ситуації взаємодії та спілкування, видів, стратегій і тактик самопрезентації.

Самопрезентація особистості є специфічним і унікальним соціально-психологічним феноменом. Поняття «самопрезентація» сьогодні використовується практично у всіх гуманітарних науках (психологія, культурологія, соціологія, соціальна філософія, психолінгвістика тощо).

Самопрезентація активно розвивається під час навчально-професійної діяльності студентів. Роль мотиваційних чинників у самопрезентації особистості студента ЗВО на сьогодні мало досліджена, але можна стверджувати, що способи самовираження, управління враженням про себе та формування іміджу нерозривно пов'язані з навчальною та професійною мотивацією студента.

Проблеми самопрезентації особистості у психологічній літературі присвячено багато уваги. Так, Г. Бороздіна зазначає, що самопрезентація – це процес управління особистістю сприйняттям реципієнта шляхом цілеспрямованого управління увагою до таких особливостей свого зовнішнього вигляду, своєї поведінки, ситуації, які включають механізм позитивного соціального сприйняття [3]

На думку М. Лірі та Р. Ковальського, самопрезентація є засобом ствердження образу власного «Я» і підтримання самооцінки; усвідомлюваним або неусвідомлюваним, залежним від ситуації, процесом, який виконується активним суб'єктом [2].

Отже, самопрезентація – це процес, за допомогою якого людина намагається сформувати у інших людей враження про самого себе. Успіх самопрезентації залежить від уміння представити себе іншим людям, уміння подати себе, привернути увагу, отримати інтерес людей до своїх якостей. Метою самопрезентації є створення і донесення свого іміджу до інших людей.

Список використаної літератури

1. Алексеева В. Г. Ценностные ориентации как фактор жизнедеятельности и развития личности / В. Г. Алексеева // Психол. журн. – 1984. – Т. 5. – № 5. – С. 63–70.
2. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2002. – 288 с.
3. Бороздина Г.В. Психология делового общения / Г.В.Бороздина. – М. : ИНФРА-М, 1999. – 224 с.
4. Михайлова Е. В. Составляющие успешности самопрезентации в публичном выступлении / Е. В. Михайлова // Объединенный научный журнал. – 2004. – № 28 (120). – С. 41–47.
5. Carron A. Self-presentation and group influence / A. Carron, H. Prapavessis // Small group research. – Vol. 28. – Issue 4. – 1997.

ПИЩИК М.В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

В осіб юнацького віку розвиток емоційного інтелекту і процес самоактуалізації є досить актуальним, оскільки проблема компетентності в розумінні й вираженні емоцій стоїть досить гостро, зараз все більше штучно насаджується культ раціонального ставлення до життя, а для особистісного саморозвитку та самоактуалізації необхідна творча діяльність. Таким чином для успішності діяльності з суб'єктивним переживанням її ефективності та задоволення потреби самоактуалізації – вершинного рівня психологічного розвитку, необхідно розвивати емоційну компетентність та емоційний інтелект в тому числі [77].

У результаті аналізу наукової літератури, було з'ясовано, що в структурі емоційного інтелекту виділяють два аспекти — внутрішньо-особистісний і міжособистісний. Перший характеризується такими компонентами, як самооцінка, усвідомлення власних почуттів, впевненість у собі, терпимість, самоконтроль, відповідальність, мотивація досягнень, оптимізм і гнучкість. Міжособистісний аспект включає емпатію, толерантність, комунікабельність, відкритість, діалогічність, антиципацію. Це і дало нам підставу для складання гіпотези та задач дослідження [38].

Самоактуалізація в поєднанні з емоційним інтелектом, як показує теоретичний аналіз, сприяє творчій діяльності, в тому числі і саморозвитку, самовдосконаленню, та емоційному збагаченні особистості. Так, згідно з результатами, отриманими А.А. Телегіним, формування потреби осіб юнацького віку у самоактуалізації дозволяє змінювати у них оцінку своїх можливостей, розвивати зацікавлене ставлення до людини і до світу, сприяє переходу потенційного в

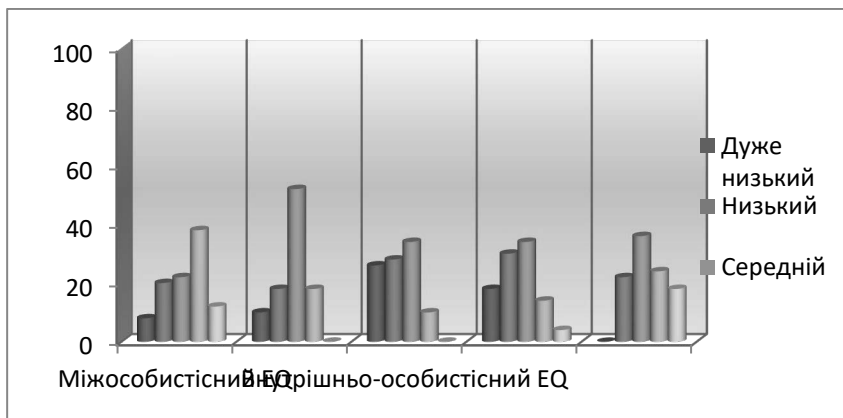
актуальний, завдяки чому знімається неузгодженість між реальним Я й ідеальним Я. Іншими словами, потреба юнаків у самореалізації, виявленні своїх можливостей, що обумовлюють реалізацію актуальних потреб в самоактуалізації сприяє їх творчості та особистому самовдосконаленню, а за рахунок емоційного інтелекту покращення емоційної компетентності [4].

На основі узагальнення праць, присвячених теоретичному та експериментальному вивченню емоційного інтелекту (І.М. Андрєєва, І.Ф. Аршава, Р. Бар-Он, О.І. Власова, Е.Л. Носенко та ін.) було виокремлено основні сфери впливу емоційного інтелекту на самоактуалізацію особистості юнака: когнітивну (уявлення про себе, інших, якість життя), емоційну (емоційне самопочуття), поведінкову (статусно-рольові позиції).

Слід зазначити, що розгляд різних аспектів феномену самореалізації й інтегральних особистісних характеристик призводить до розуміння того, що питання про соціальний складовий процес самореалізації людини не цілком осмислений сучасною наукою, і навряд чи може бути вирішений в рамках оціночної концепції. Якщо прийняти точку зору, що самореалізація може здійснюватися поза тісною соціальною інтегрованістю і навіть всупереч їй, то варто визнати, що вона може слугувати джерелом невротичних тенденцій.

Експериментальне дослідження з вивчення проблеми емоційного інтелекту проводилося на основі Опитувальника Емоційний інтелект «Емінем» (Д.В.Люсін), де вимірюється емоційний інтелект (EI), який трактується як здатність до розуміння своїх і чужих емоцій та управління ними.

Отримані результати з вивчення складових емоційного інтелекту дали можливість здійснити порівняльний аналіз (рис. 1.). Варто зауважити, що розвиток міжособистісного EQ передбачає загальну соціальну компетентність (соціальне сприйняття, управління стосунками), а внутрішньо-особистісного EQ – внутрішньо-особистісну компетентність (самоприйняття, управління собою). Таким чином, зазначені аспекти пов'язані взаємозалежним розвитком і здатні впливати один на одного.



Примітка:

1 колонка – МП, 2 колонка – МУ, 3 колонка – ВП, 4 колонка – ВУ, 5 колонка – ВС.

Рис.1. Розподіл результатів усіх досліджуваних структурних елементів емоційного інтелекту в осіб юнацького віку

З результатів дослідження за тестом Люсіна спостерігається, більша частина вибірки має середній рівень емоційного інтелекту. Усі показники емоційного інтелекту виражені більш-менш в однаковій мірі, особливо в рамках внутрішньо-особистісного емоційного інтелекту, в межах міжособистісного емоційного інтелекту спостерігається неоднорідність показників. Також варто зазначити різницю між показниками розуміння чужих емоцій та власних. Тому можна стверджувати, що особи юнацького віку краще розуміють чужі емоції ніж власні (визначаємо за відсотковим показником високого рівня шкали МП). Порівнюючи показники за шкалами управління власними емоціями та чужими, можна спостерігати значно нижчі показники міжособистісного емоційного інтелекту, проте більш стабільні – внутрішньо-особистісного емоційного інтелекту, це можна пояснити низькою соціальною компетентністю розуміння емоційних проявів та станів оточуючих, але більш гармонійною внутрішньою емоційною компетентністю, це пов'язано з віковими особливостями, так як опитувані є досить юними і малосформованими особистостями.

Отже, більшість студентів має середній рівень емоційного інтелекту про це свідчать результати інтегральної шкали загального

емоційного інтелекту ОЕІ – 40%, це пов'язано з віковими особливостями та соціальною ситуацією розвитку особистості юнацького віку.

Для вивчення особливостей прояву самоактуалізації в осіб юнацького віку було використано методику "Самоактуалізований тест Е. Шострома" (адаптація Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозмана, М. Загіка, М. В. Кроз). Аналіз отриманих результатів вимірюється за двома базовими і рядом додаткових шкалою

Усі досліджувані параметри є складовими самоактуалізації юнака. Для того, що б більш детально описати зв'язок емоційного інтелекту з самоактуалізацією, було використано зазначену методику, що дає можливість розширити фактори самоактуалізації (таблиця 1.)

Таблиця 1

Розподіл результатів в дослідження самоактуалізації юнаків

<i>Шкали</i>	<i>Рівень</i>		
	<i>Високий, %</i>	<i>Середній, %</i>	<i>Низький, %</i>
Орієнтації у часі:	40	48	12
Підтримки	36	60	4
Ціннісної орієнтації:	32	58	10
Гнучкості поведінки:	52	46	2
Сензитивності	38	50	12
Спонтанності	50	40	10
Самоповаги	56	40	4
Самоприйняття:	44	48	4
Уявленя про природу людини	54	32	14
Синергії	22	70	8
Прийняття агресії	26	60	14
Контактності	50	40	10
Пізнавальних потреб	40	58	2
Креативності	44	52	4

Таким чином, за всіма показниками самоактуалізації у більшості юнаків виявлено середні значення. Подібні дані можуть бути наслідком того, що самоактуалізація в даному віковому періоді лише бере початок свого розвитку та стає цілеспрямованим процесом, а

також те, що вони знаходяться наразі у віці коли цей процес стає можливим. Високі показники можуть бути пов'язані з неадекватністю оцінки, юнаки тільки почали жити самостійним життям, вони відчувають внутрішню задоволеність автономністю, що перебиває всі інші почуття та потреби, які задоволені не в повній мірі. Людина відчуває загальну гармонію, оскільки перебування у великій структурі соціального оточення дають людині відчуття великих можливостей, про те вони ще не до кінця можуть оцінити власний потенціал.

Отже, з результатів дослідження самоактуалізацію осіб юнацького віку було з'ясовано, що самоактуалізація на даному віковому етапі лише починає формуватися на основі потребово-мотиваційної сфери, яка в свою чергу визначає процес усвідомлення самого поняття самоактуалізації, як процес реалізації власного потенціалу. Таким чином, в цілому самоактуалізація досліджуваних респондентів характеризується середнім та високим рівнем, що є властивим для зазначеної вікової категорії. Також варто зазначити, що дані результати свідчать про формування та високий рівень розвитку особистісної та психологічної зрілості, цілеспрямованості, самовизначеності та готовності до самостійного дорослого життя юнака.

Оскільки у юнаків ще формуються ціннісні орієнтації, розумінні норм та вимог суспільства до дорослої людини, вони стають психологічно зрілими особистостями, то у їх свідомості відбувається переоцінювання своєї поведінки в суспільстві, особи юнацького віку приймають стереотипні норми поведінки, аби показати власну дорослість та типовість до інших дорослих людей, блокуючи свою творчість та креативність, аби не здаватися дивними, незрозумілими, а також щоб залишитися неосудженими.

Результати діагностування юнаків за обраними методиками показали, що рівень розвитку розуміння власних емоцій юнаків залежить від рівня загальної емоційності, яка зумовлена особистісними рисами та віковими особливостями.

Список використаної літератури

1. Андреева І.М. Поняття і структура емоційного інтелекту // Соціально-психологічні проблеми ментальності: 6-та

- Міжнародна науково-практична конференція. - Смоленськ, СГПУ, 2004. Ч.1. С. 22-26.
2. Галажинский Э.В. Системна детерміація самореалізації особи// Автореф. дисс.на соис. вченого ступеня д.псх.н. - Барнаул: 10. Програма експерименту «До вершини зростання» ліцею № 15 міста Чер-кесьська на 2006 - 2012 роки [Електрон. ресурс]
 3. Гоулман, Д. Эмоциональный интеллект. – М.: АСТ; АСТ Москва; Хранитель, 2008.-С.10-443.
 4. Дерев'янку С.П. Емоційний інтелект як чинник соціально-психологічної адаптації особистості до студентського середовища : Автореф. дис. ... канд. психол. наук / С.П. Дерев'янку. – Київ, 2009. – 20 с.
 5. Люсин Д. В. Нова методика для вимірювання емоційного інтелекту: опитувальник Емін / / Психологічна діагностика. 2006 року. № 4. С. 3-22.
 6. Люсин Д.В. Сучасні уявлення про емоційний інтелект / / Соціальний інтелект: Теорія, вимір, дослідження / Под ред. Д.В. Люсіна, Д.В. Ушакова. М., 2004.
 7. Самаль, Е.В. Самоактуалізація личности в процессе обучения в вузе [Текст]: Автореф. дис. канд. псх. Наук / Е.В.Самаль. - Ярославль, 2008.- 24 С.

РУБЕНКО Н.І.

*Магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Психологія»*

Вінницький інститут Університету «Україна»

Науковий керівник: ЛЕСНІЧЕНКО Н.П.

викладач кафедри соціальних технологій

Вінницького інституту Університету «Україна»

м.Вінниця

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ВИДІВ ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ТИПІВ АГРЕСИВНОСТІ

Для сучасного суспільства проблему толерантності робить актуальною багатонаціональний склад і поліконфесійність, а також кількість локальних конфліктів, що трапляються у зв'язку нетерпимості. Можливо, багато в чому через це держава в даний час витрачає великі зусилля на формування високої толерантності в суспільстві. Якщо ж розглядати геополітичні умови нашої країни, то необхідно відзначити її центральне положення між країнами Сходу і Заходу, і зацікавленість у підтримці добросусідських відносин як з тими, так і з іншими. В сучасних умовах толерантність по відношенню до Заходу і Сходу принципово важлива для нашої країни і з точки зору її становища на світовій арені, і в цілях здобуття свого гідного місця в динамічно змінюваному світовому співтоваристві.

В психології розвитку особистості, толерантність розглядається як особистісне утворення (Г.У. Солдатова, О.М. Байбаков, Д.В. Зинов'єв, О.Г. Виноградова, П.Ф. Комогоров, О.Б. Скрябіна та інші автори), що включає в себе наступні характеристики: адекватну самооцінку; знання себе, визнання інших; відповідальність за свої вчинки; почуття гумору; прихильність до інших; самовладання; терпіння; здатність до рефлексії; відсутність тривожності; високий рівень товариськості; вміння виражати свою незгоду, аргументувати відмову від співпраці; відсутність стереотипів, забобонів [3].

Проблематиці агресії, агресивності і толерантності присвячена велика кількість праць зарубіжних класичних та сучасних авторів, вітчизняних науковців, зокрема А.Аклаєва, А.Асмолова, Н.Бердяєва, Л.Берковиця, І.Галицького, А.Голдстейна, А.Гусейнова, Д.Джамаліяна, Д.Жмурова, Д.Ж.Локка, К.Лоренца, Ю.Оборотова, Г.Олпорта, Г.Солдатової, С.Трубецького, З.Фрейда, Е.Фрома. Більшість досліджень у даній галузі присвячені наслідкам відсутності

толерантності, зокрема видам агресії (вбивство, тілесні ушкодження, злочинні загрози, наклеп, знущання).

В умовах міжособистісної взаємодії в сучасному суспільстві з'являється необхідність, так чи інакше, проявляти терпиме ставлення до оточуючих людей. Стандарти соціальної взаємодії настійно вимагають проявляти толерантність до оточуючих людей, демонструвати лояльність по відношенню до представників різних груп населення.

Вибірка включає в себе 80 осіб. У неї входять старшокласники, з них 40 осіб – представники чоловічої статі, 40 - жіночої. Вибірка формувалася з добровольців, які погодилися допомогти проведенню дослідження. Юнаки були обрані для дослідження, тому що саме від них залежить, яке буде майбутнє у країні, якою вона стане через півстоліття.

Для діагностики загального рівня толерантності використовувалася методика Г.У. Солдатової «Індекс толерантності», [35] яка складається з трьох субшкал:

Етнічна толерантність (Е) – виявляє ставлення людини до представників інших етнічних груп і установки, що визначають міжкультурну взаємодію

Соціальна толерантність – досліджуються толерантні прояви щодо різних соціальних груп (злочинці, безробітні, біженці і т.д.)

Толерантність як риса особистості – діагностуються особистісні риси, установки і переконання, які в значній мірі визначають ставлення людини до навколишнього світу.

Для діагностики агресивності та виявлення схильності до якогось її типу була використана методика «Агресивна поведінка» Е.П. Ільїна та П. А. Ковальова. [15]

Методика розроблена Е. П. Ільїним і П. А. Ковальовим і спрямована на виявлення типів агресивної поведінки, а також загального рівня агресивності.

Типи агресивної поведінки, запропоновані авторами методики, характеризуються схильністю до певного типу агресії:

ПВА - пряма вербальна агресія,

НВА - непряма вербальна агресія,

ПФА - пряма фізична агресія,

НФА - непряма фізична агресія.

Оцінюючи отримані результати по загальній вибірці **n=80** було виділено, що 5% досліджуваних мають низький індекс толерантності,

у 85% середній рівень толерантності, 10% респондентів притаманний високий рівень.

Таблиця 1

Результати за методикою Г.У. Солдатової «Індекс толерантності»

Рівень толерантності	Жінки n=40		Чоловіки n=40		Всього n=80	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький	0	0%	4	10%	4	5%
середній	36	90%	32	80%	68	85%
високий	4	10%	4	10%	8	10%

На основі даних, представлених в таблиці 1 значень, проведемо аналіз відмінностей між видірками чоловічої та жіночої статті.

Таким чином було виділено у вибірці жіночої статті відсутність респондентів з проявом низького рівня, 10% досліджуваних характеризуються високим рівнем індексу толерантності, що характеризуються вираженими рисами толерантної особистості. Варто визначити що отримані результати знаходяться в межах адекватної оцінки без наближення до верхньої межі (більше 115 балів), що не вказує на розмивання у людини «кордонів толерантності», пов'язаному, наприклад, з психологічним інфантилізмом, тенденціями до потуранню, поблажливості чи байдужості.

Також виділено 90% досліджуваних жінок характеризуються середнім рівнем прояву толерантності, характерне поєднання як толерантних, так й інтолерантності рис. В одних соціальних ситуаціях поведінка буде толерантною, в інших можуть проявляти інтолерантність.

Щодо результатів отриманих серед вибірки чоловіків було виділено наступне: низький рівень характерний для 10% досліджуваних, середній – 80%, високий – 10%.

Отже, важливо відмітити те, що у вибірці як жіночої так і чоловічої статті переважаючим являється середній рівень прояву толерантності, що свідчить про ситуативність прояву толерантних або інтолерантних рис. Дані результати цілком доречно можна пояснити віковими особливостями досліджуваної вибірки, оскільки притаманність даному віковому періоду максималізму, бажання до соціального одобрення, а також низьким рівнем соціальної зрілості

при оцінюванні навколишньої дійсності провокує на імпульсивність та емоційність при оцінюванні тої чи іншої ситуації.

Для наочного представлення отриманих результатів було проведено порівняльний аналіз середніх значень отриманих серед вибірки жінок та чоловіків.

Проведення методики «Агресивна поведінка» Е.П. Ільїна та П.А. Ковальова допомогло у визначенні психологічних особливостей прояву агресивності в осіб юнацького віку.

Проаналізуємо показники схильності респондентів до певного типу агресивної поведінки, які подані у таблиці 2.

Отже, загалом, як свідчать отримані дані, за шкалою «Схильність до прямої вербальної агресії» чоловіки набрали - 40%, жінки – 42,5%. Це вказує на характерний тип агресивності для даної групи: агресивність скеровується на людей, що спричиняють реакцію.

Таблиця 2.

Кількісні показники схильності респондентів до певного типу агресивної поведінки за методикою діагностики «Агресивна поведінка»

(Є. П. Ільїн, П.А. Ковальов)

Рівень агресивності	Загальна кількість респондентів n=80		Вибірка жінок n=40		Вибірка чоловіків n=40	
	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%	Кіл-ть	%
Схильність до прямої вербальної агресії	33	41,25	17	42,5	16	40
Схильність до непрямой вербальної агресії	30	37,5	19	47,5	11	27,5
Схильність до непрямой фізичної агресії	10	12,5	4	10	6	15
Схильність до прямої фізичної агресії	23	28,75	7	17,5	16	40
Рівень нестриманості	8	10	4	10	4	10

Жінкам притаманна вербальна агресія, яка проявляється у роздратованості, крику на інших. Чоловіки ж більш стримані у таких проявах агресивності, проте можливе використання лайливих нецензурних висловлювань.

Отже, можна зробити висновок, що наявність схильності до прояву фізичної агресії у чоловіків вищий, ніж у жінок. Натомість рівень вербальної агресії дещо вищий у жінок. В ранньому юнацькому віці переважна кількість респондентів схильна до прямої вербальної агресії. Зростає відсоток фізичної агресії, що пов'язано з засвоєнням поведінкових норм, розвитком абстрактного мислення, широким репертуаром моделей поведінки, а також намаганням не привертати увагу оточуючих до свого внутрішнього світу, емоцій, почуттів. Рівень нестриманості спостерігається однаковий.

Розглядаючи ж рівень агресії, необхідно відзначити, що за показниками агресії не було виявлено статистично значимих відмінностей між досліджуваними виборками.

Виходячи з результатів кореляційного дослідження, можна спостерігати певний рівень взаємозв'язку між:

- Загальний рівень толерантності має зворотній кореляційний зв'язок з та прямою вербальною агресією $r = -0,316$, що свідчить про зворотню взаємозалежність одного явища від іншого, тобто зі збільшенням загального рівня толерантності рівнопропорційно зменшується прояв прямої вербальної агресії.

- Загальний рівень толерантності також має зворотній кореляційний зв'язок з та непрямою вербальною агресією $r = -0,241$, що свідчить про зворотню взаємозалежність одного явища від іншого.

- Загальний рівень толерантності також має зворотні кореляційні зв'язки з прямою фізичною агресією $r = -0,252$ та загальним рівнем агресивності $r = -0,2406$, що свідчить про зворотню взаємозалежність одного явища від іншого.

- Виділено відсутність значимих кореляційних зв'язків між видами толерантності такими як «етнічна толерантність», «толерантність як риса особистості» та типами агресії.

- «Соціальна толерантність» корелює з такими типами агресії як прямою вербальною агресією $r = -0,36$, непрямою вербальною агресією $r = -0,282$, та загальним рівнем агресивності $r = -0,301$.

Таким чином виділено взаємовплив основних видів толерантності та типів агресивності. Особливість даного взаємозв'язку побудована на зворотно-пропорційному впливі: при збільшенні толерантності

зменшується прояв агресивності, та навпаки при збільшенні агресивний проявів зменшується рівень толерантності.

Список використаної літератури

1. Асмолов А.Г. Толерантність як культура ХХІ століття // Век толерантності, №7. М., 2004.
2. Малхозова Ф.М. Социально-психологические особенности этнической толерантности в поликультурном регионе. Дисс... канд. психол. наук. - М.: Из-во МГУ, 1999.-234с.
3. Мамменді А., Агресивна поведінка // Перспективи соціальної психології, М.: Изд-во «ЕКСМО-Прес», 2001. Оллпорт Г. Толерантная личность. // Век толерантності. Випуск №6.-
4. Солдатова Г. У., Шайгерова Л.А., Прокоф'єва Т.Ю., Кравцова О.А. Психодіагностика толерантності особистості. М.: Сенс, 2008.

ТЕСЛЯ В.В.

Магістрант 2-го року підготовки

спеціальність «Психологія»

Вінницький інститут Університету «Україна»

м.Вінниця

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АГРЕСИВНОСТІ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Укорінення агресивної моделі поведінки в середовищі підлітків виступає в якості маркера деформованого способу життя і відображає одну з гострих психологічних і соціальних проблем нашого суспільства. Важливою складовою цього питання є вивчення різних факторів (внутрішніх і зовнішніх), які здійснюють вплив на виникнення агресивних форм поведінки девіантних підлітків.

Підлітковий вік є одним з найбільш складних і проблемних у житті кожної людини. Враховуючи те, що сучасний підліток живе у світі, складному за своїм змістом і тенденціям соціалізації. Це пов'язано, по-перше, з темпом і ритмом технологічних перетворень, що пред'являють до зростаючих людей нові вимоги. По-друге, з насиченим характером інформації, яка глибинно впливає на підлітка, в якого ще не має чіткої життєвої позиції. По-третє, з екологічними і

економічними кризами у суспільстві, які викликають у дітей відчуття безнадійності і роздратування. [3].

На основі аналізу методик А.Н Орел стало можливим визначити схильність до девіантної поведінки у підлітків, та виявити рівні схильностей до певних видів залежностей, було встановлено, що вони є найбільш адекватними для дослідження психологічних особливостей виникнення девіантної поведінки, а тому саме вони дадуть можливість об'єктивно оцінювати її життєвоважливі аспекти.

Таблиця 1

Результати дослідження, щодо психологічних особливостей виникнення девіантної поведінки у підлітків

	Соціально-бажані відповіді	Схильність до подолання норм і правил	Схильність до адиктивної поведінки	Схильність до самопошкоджуючої та саморуйноуючої поведінки	Схильність до агресії і насильства	Вольовий контроль-емоційних реакцій	Схильність до делінквентної поведінки	Прийняття жіночої соціальної ролі (n=15)
Невиразність тенденцій	30%	33,3%	70%	33,3%	26,6%	43,3%	76,6%	53,3%
Наявність девіантних тенденцій	46,6%	63,3%	16,6%	40%	56,6%	40%	10%	46,6%
Висока готовність до реалізації девіантної поведінки	23,3%	3,3%	13,3%	26,6%	16,6%	16,6%	13,3%	0

В ході аналізу отриманих результатів було визначено наступні особливості прояву схильності до девіантної поведінки серед підлітків - Шкала установки на соціальну бажаність (службова шкала): було виділено 46,6% виявили помірну тенденцію давати при

заповненні опитувальника соціально-бажані відповіді, 23,3% мали тенденцію демонструвати суворе дотримання навіть малозначних соціальних норм, умисному прагненні показати себе в кращому світлі, про настороженість стосовно ситуацій обстеження, 30% не схильні приховувати власні норми і цінності, коригувати свої відповіді в напрямку соціальної бажаності. Відзначено також, що підлітки не здатні тривалий час слідувати установці на соціально-бажані відповіді.

- *Шкала схильності до подолання норм і правил:* результати у 63,3% свідчать про вираженість вищезгаданих тенденцій, про нонконформістські установки, про схильність протиставляти власні норми і цінності груповим, про тенденції «порушувати спокій», шукати труднощі, які можна було б подолати, 3,3% мають надзвичайну вираженість нонконформістських тенденцій, прояв негативізму і змушують сумніватися в достовірності результатів тестування за даною шкалою, 33,3% підлітків мають прояви конформності установки, схильність слідувати стереотипам і загальноприйнятим нормам поведінки.

- *Шкала схильності до адиктивної поведінки* (готовність реалізувати адиктивну поведінку) 16,6% свідчать про схильність підлітків до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, про схильність до ілюзорнокомпенсаторного способу вирішення особистісних проблем, 13,3% мають сумнівність результатів або про наявність вираженої психологічної потреби в адиктивних станах, 70% підлітків мають невизначеність вищеперелічених тенденцій, або про хороший соціальний контроль поведінкових реакцій.

- *Шкала схильності до самоушкоджуючої і саморуйнівної поведінки* (готовність реалізувати різні форми аутоагресивної поведінки) було виділено 40% підлітків оцінки, яких свідчать про низьку цінність власного життя, схильність до ризику, виражену потребу в гострих відчуттях, про садомазохістські тенденції, у 26,6% підлітків було виділено високу готовність до реалізації девіантної поведінки, у 33,3% спостерігається відсутність готовності до реалізації саморуйнівної поведінки, про відсутність тенденції до соматизації тривоги, відсутність схильності до реалізації комплексів провини в поведінкових реакціях.

- *Шкала схильності до агресії та насильства* (готовність досліджуваного до реалізації агресивних тенденцій у поведінці) 56,6% підлітків мають наявність агресивних тенденцій, 16,6% - агресивну спрямованість у стосунках з іншими людьми, про схильність

вирішувати проблеми за допомогою насильства, про тенденції використовувати приниження партнера по спілкуванню як засіб стабілізації самооцінки, про наявність садистичних тенденцій, 26,6% визначено з проявом невиразності агресивних тенденцій, про неприйнятність насильства як засобу вирішення проблем, про нетиповість агресії як способу виходу з фруструючої ситуації.

- *Шкала вольового контролю емоційних реакцій* (схильність досліджуваного контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій) визначено 16,6% підлітків притаманно слабкість вольового контролю емоційної сфери, про небажання або нездатність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій, 40% мають схильність реалізовувати негативні емоції безпосередньо в поведінці, без затримки, про несформованість вольового контролю своїх потреб і чуттєвих потягів, 26,6% мають невиразність цих тенденцій, про жорсткий самоконтроль будь-яких поведінкових емоційних реакцій, чуттєвих потягів.

- *Шкала схильності до деліквентної поведінки*, шкала сформована з тверджень, які диференціюють «звичайних» підлітків та осіб із зафіксованими правопорушеннями, що вступали в конфлікт із загальноприйнятим способом життя і правовими нормами. Вимірюється готовність (схильність) підлітків до реалізації деліквентної поведінки, виділено 10% осіб підліткового віку, в яких є наявність деліквентних тенденцій й низький рівень соціального контролю, 13,3% мають високу готовність до реалізації деліквентної поведінки, у 76,6% досліджуваних невиразність зазначених тенденцій.

Для наочності отриманих результатів було визначено середнє значення по кожній із досліджуваних шкал і виділено середньостатистичну тенденцію схильності підлітків до девіантної поведінки.

Отже, виділено те, що підліткам притаманна схильність до зовнішнього вираження агресії, як вербальної так і фізичної, в більшості саме для вирішення своїх проблем. Вони здатні принижувати інших, оскільки це є одним із засобів стабілізації їхньої самооцінки.

Показники схильності до подолання норм і правил свідчать про те, що підлітки є надмірними нонконформістами, а отже вони здатні протистояти соціальним нормам. Дуже часто вони можуть шукати труднощі для того, щоб потім їх вирішувати, саме цим підлітки стараються самореалізувати себе.

Список використаної літератури

1. Волков Б.С. Психология подростка / Б. С. Волков. – М., 2002. – 12с.
2. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс - СПб.: Питер, 2000 – 656 с.
3. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции / Л.М. Семенюк. - Учебное пособие. — М.: Московский психолого – социальный институт: Флинта, 1998. — 96 с.
4. Сорочинська В.Є. Основи вікової психології (курс лекцій) / В.Є. Сорочинська. - Вінниця, 2006. - 149с.
5. Хоменко Г. Агресивність підлітків: причини, профілактика, корекція. Міський семінар для психологів / Г. Хоменко // Психолог.-2009.-Вересень (№35). - с.17-23.

РОЗДІЛ 2. ФІЗИЧНА ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

АРДЕЛЯН В.Г.

*Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький соціально-економічний інститут*

Університету «Україна»

ПОНОМАРЕНКО М.В

*викладач кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»*

м.Вінниця

ПОНЯТТЯ ПРО ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Згідно рекомендації ВООЗ поняття Ішемічної хвороби серця включає раптову коронарну смерть, стенокардію, інфаркт міокарда, післяінфарктний кардіосклероз, порушення серцевого ритму, серцеву недостатність.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – це гостре або хронічне ураження серця, викликане зменшенням або припиненням доставки крові до міокарда внаслідок атеросклеротичного процесу в коронарних судинах, що призводить до невідповідності між коронарним кровообігом і потребою міокарда в кисні.

Серед безпосередніх причин розвитку ішемічної хвороби серця слід назвати тривалий спазм, тромбоз або тромбемболію коронарних артерій серця і функційну перенапругу міокарда в умовах атеросклеротичної оклюзії цих артерій. Однак це лише місцева причина розвитку ішемії та некрозу серцевого м'язу і його наслідків. Ними не вичерпується етіологія ішемічної хвороби серця, генетично пов'язаної з атеросклерозом і гіпертонічною хворобою. Етіологічні фактори атеросклерозу і гіпертонічної хвороби і, перш за все, психоемоційна перенапруга, яка призводить до ангіоневротичних порушень, є також і етіологічними факторами ішемічної хвороби серця. Тому атеросклероз, гіпертонічна та ішемічна хвороби серця «йдуть поруч». Лише в рідких випадках при ішемічній хворобі серця не буває атеросклерозу коронарних артерій серця [1].

Патогенетичні фактори ішемічної хвороби, атеросклерозу і гіпертонічної хвороби також спільні. [3]

Серед них основні:

- 1) гіперліпідемія;
- 2) артеріальна гіпертензія;
- 3) надмірна маса тіла (ожиріння);
- 4) малорухливий спосіб життя;
- 5) куріння;
- 6) порушення толерантності до вуглеводів, в особливості цукровий діабет;
- 7) сечокислий діатез;
- 8) генетична схильність;
- 9) належність до чоловічої статі.

Патогенетичні фактори ішемічної хвороби епідеміологами розцінюються як фактори ризику, тобто показники можливості розвитку інфаркту міокарда як головного прояву ішемічної хвороби серця в певний проміжок часу (здебільше 10 років) у певної групи населення (як правило 1000 чоловіків). Так «передбачувальна» цінність гіперліпідемії становить 21 %, а сума таких факторів, як гіперліпідемія, артеріальна гіпертензія, куріння і надмірна маса тіла — 44 %, тобто майже у половини обстежених осіб з чотирма факторами ризику протягом 10 років розвивається ішемічна хвороба серця [2].

Отже, ішемічна хвороба серця схильна прогресувати, тому лікування та правильно підібрана профілактика ускладнень необхідні навіть при незначному порушенні коронарного кровообігу.

Список використаної літератури

1. Амосов Н.М., Бендег Я.А. «Физическая активность и сердце». Киев, 1984-232 с.
2. Виноградов А. В. Нарушения коронарного кровообращения и ишемическая болезнь сердца // Превентивная кардиология / Под ред. Г. И. Косицкого. М., 2001, с.67
3. Заболевания сердца и реабилитация / Под ред. М. Л. Поллока, О. Х. Шмидта. – Киев: Олимпийская литература, 2000. – 500 с.
4. Крюков Н. Н., Николаевский Е. Н., Поляков В. П. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы): Монография. – Самара, 2010. - 651 с.

ГАВРИШ А.О.

*здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Фізична терапія, ерготерапія»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ОЖИРІННІ

Ожиріння - це захворювання, що характеризується надмірним розвитком жирової тканини. Найчастіше ожиріння виникає після 40 років, переважно у жінок.

Основним чинником, що призводить до розвитку ожиріння, є порушення енергетичного балансу, що полягає в невідповідності між енергетичними надходженнями в організм і їх витратами. Найбільш часто ожиріння виникає внаслідок переїдання, але може відбуватися через порушення контролю витрати енергії. Безперечна роль спадково-конституціональної схильності, зниження фізичної активності, вікових, статевих, професійних факторів, деяких фізіологічних станів (вагітність, лактація, клімакс).

Ступінь дослідження: Ожиріння є гіпоталамо-гіпофізарний захворюванням, в патогенезі якого провідну роль відіграють виражені в тій чи іншій мірі гіпоталамічні порушення, що обумовлюють зміну поведінкових реакцій, особливо харчової поведінки, і гормональні порушення. Підвищується активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи: збільшуються секреція АКТГ, швидкість продукції кортизолу, прискорюється його метаболізм. Знижується секреція соматотропного гормону, що володіє ліполітичною дією, порушується секреція гонадотропінів і статевих стероїдів. Характерні гіперінсулінемія, зниження ефективності його дії. Порушується метаболізм тиреоїдних гормонів і чутливість периферичних тканин до них.

Лікувальна гімнастика для людей з надмірною вагою є найбільш доступною формою фізичних вправ, які можна здійснювати на дому під контролем лікаря поліклініки.

Причини і ступені ожиріння

Ожиріння - це захворювання, що характеризується надмірним розвитком жирової тканини. Найчастіше ожиріння виникає після 40 років, переважно у жінок.

Основним чинником, що призводить до розвитку ожиріння, є порушення енергетичного балансу, що полягає в невідповідності між енергетичними надходженнями в організм і їх витратами. Найбільш часто ожиріння виникає внаслідок переїдання, але може відбуватися через порушення контролю витрати енергії. Безсумнівна роль спадково-конституціональної схильності, зниження фізичної активності, вікових, статевих, професійних факторів, деяких фізіологічних станів (вагітність, лактація, клімакс). [2]

Ожиріння є гіпоталамо-гіпофізарний захворюванням, в патогенезі якого провідну роль відіграють виражені в тій чи іншій мірі гіпоталамічні порушення, що обумовлюють зміну поведінкових реакцій, особливо харчової поведінки, і гормональні порушення. Підвищується активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи: збільшуються секреція АКТГ, швидкість продукції кортизолу, прискорюється його метаболізм. Знижується секреція соматотропного гормону, що володіє ліполітичних дією, порушується секреція гонадотропіні в і статевих стероїдів. Характерні гіперінсулінемія, зниження ефективності його дії. Порушується метаболізм тиреоїдних гормонів і чутливість периферичних тканин до них. [6,8]

Основні причини первинного ожиріння - переїдання і малорухливий спосіб життя, а саме в тому випадку, коли загальна калорійність їжі перевищує енерговитрати. Сприятливі фактори вивчені недостатньо. Поширеність сімейних випадків ожиріння свідчить про роль генетичних і середовищних факторів. Причиною ожиріння може бути також переїдання при емоційному стресі.

Первинне ожиріння - одна з найпоширеніших захворювань у розвинених країнах. У США первинне ожиріння - найчастіше з порушень обміну речовин.

Ожиріння може початися в будь-якому віці, у дорослих частіше в 40 років, у жінок - після вагітності. [6]

Ожирінням в розвинених країнах страждають приблизно 10% дітей старшого віку і 15% підлітків. Батьки часто пов'язують ожиріння з ендокринними захворюваннями, проте насправді ожиріння у дітей, як і дорослих, зазвичай первинне. У дітей ожиріння найчастіше виникає у віці молодше 4 років або від 7 до 11 років.

Якщо хворі заперечують переїдання (що буває часто), їх просять вести щоденник, в якому вони щодня відзначають кількість з'їденої їжі і виконану фізичне навантаження. Цінну інформацію можуть надати родичі хворого.

Деякі фактори ризику первинного ожиріння: ожиріння у родичів, жіноча стать, низька фізична активність, низьке соціально-економічне становище, емоційні порушення, депресія, алкоголізм, припинення куріння, прийом трьох циклічних антидепресантів.

Первинне ожиріння слід відрізнити від вторинного, що розвивається при різних захворюваннях, наприклад порушенні функції залоз внутрішньої секреції. Вторинне ожиріння спостерігається менш ніж у 1% хворих. При вторинному ожирінні у дітей зазвичай спостерігається низькорослість чи уповільнення зростання.

Конституціональні варіанти ожиріння і пов'язаний з ожирінням ризик розвитку хронічних захворювань.

Скупчення підшкірної клітковини переважно у верхній половині тулуба називається ожирінням за чоловічим типом (тип яблуко, абдомінальне, вісцеральні ожиріння), а в області стегон і сідниць - ожирінням за жіночим типом (тип груша, периферичний ожиріння). [8]

Обчислення індексу маси тіла - це простий та інформативний метод діагностики ожиріння.

Індекс маси тіла розраховують за формулою: H/W^2 , де H - вага (кг), W - зростання (м). Індекс маси тіла в нормі дорівнює 20-25 кг/м².

Усім дорослим рекомендується один раз в кілька років зважуватися і розраховувати індекс маси тіла. Якщо індекс більше 40 кг/м², то ризик передчасної смерті збільшується в три рази.

Наслідки ожиріння обумовлені переважно не надмірною вагою як таким, а надмірною кількістю жирової тканини та її розподілом. Так, ожиріння за чоловічим типом більшою мірою привертає до атеросклерозу, ніж ожиріння за жіночим типом. Якщо відношення об'єму талії до об'єму стегон у чоловіків більше 1,0, а у жінок більше 0,9, то збільшується ризик цукрового діабету, інсульту, ішемічної хвороби серця і передчасної смерті.

Форми ожиріння і його причини

Ожиріння буває первинним і вторинним (наслідок розлади функції залоз внутрішньої секреції і нервової системи). Вважають, що причиною первинного ожиріння, до якого відносять аліментарні форми з переважно функціональними порушеннями («хвороба загального харчування»), є, як правило, систематичне переїдання. У цьому випадку надходження енергії у вигляді їжі перевищує її витрату. Виникає дисбаланс. Кількість жиру наростає, маса тіла збільшується. Про шкоду надмірного харчування відомо давно. Народне прислів'я каже: «Не в міру їжа - хвороба і біда». [8]

Ожирінню сприяє зниження м'язових навантажень, яке у зв'язку з науково-технічним прогресом зачіпає основну масу населення економічно розвинених країн. Звички ж щодо їжі більш консервативні, змінюються повільніше. Переїдання може бути пов'язано з отриманням задоволення, реакцією захисту, компенсацією невдач, зі звичкою, виробленою в дитячому віці. Цікаво, що у людей з надмірною масою тіла фізична активність значно знижується. Спеціальні дослідження показали, що особи з ожирінням в середньому знаходяться в ліжку на 65 хвилин довше, ніж худі. Гладкі тільки 22% дня бувають на ногах, а особи з нормальною масою – 36%.

Таким чином, незбалансоване харчування (систематичне переїдання при незначній чи помірному навантаженні) є основною причиною аліментарного ожиріння – найбільш поширеної форми, спостерігається приблизно у 75% хворих на ожиріння. Вторинне ожиріння настає внаслідок ендокринних і церебральних захворювань і докладно розглядається в спеціальних роботах. [2]

Збільшення кількості жирової тканини в організмі може відбуватися шляхом утворення і дозрівання нових жирових клітин і збільшення обсягу адипоцитів в результаті накопичення в них жиру. Залежно від стану адипоцитів розрізняють 2 типи ожиріння: гіпертрофічний і гіперпластичний. Гіпертрофічний тип характеризується підвищенням накопиченням трьох гліцеридів в жирових клітинах і збільшенням їх розмірів. Кількість адипоцитів при цьому істотно не відрізняється від норми. Цей тип ожиріння зазвичай відзначається у дорослих людей, раніше колишніх худорлявими.

У процесі лікування ожиріння зниження ваги відбувається в основному не в результаті зміни кількості адипоцитів, а за рахунок зменшення жиру в кожній клітині. Як тільки дієта порушується, жирові клітини, як губка, знову починають наповнюватися жиром. Ось чому лікування ожиріння – надзвичайно важке завдання. Порівняно сприятливо протікає гіпертрофічний тип ожиріння, який легше піддається дієтичному лікуванню. Гіперпластичні ожиріння характеризується більшою стійкістю.

Надмірне харчування вагітної жінки, в першу чергу зайве вживання нею жирів і вуглеводів, призводить до утворення надмірної кількості жирових клітин у плода. Те ж спостерігається і при перегодовуванні дітей у перші роки їхнього життя. Чим більше у людини жирових клітин, тим вище у нього маса тіла і ймовірність ожиріння. Встановлено також, що недостатнє харчування дитини в умовах

внутрішньоутробного розвитку і в перші роки життя перешкоджає розмноженню клітин жирової тканини.

Таким чином, провідним чинником у механізмі розвитку ожиріння є порушення балансу між інтенсивністю липогенеза і ліполізу. До надмірному відкладенню жиру може привести як посилення його освіти, так і ослаблення процесів його розщеплення нижче фізіологічного рівня. Вікові зміни регуляції ліполізу, що знижують мобілізацію жиру, також сприяють накопиченню його надлишкових кількостей у літніх. Переїдання і обмеження рухової активності найбільш поширені причини надмірної ваги.

Список використаної літератури

1. Беляя Н.А. «Лікувальна ФК і масаж» Советский Спорт Москва 2001 рік.
2. Попова С.Н. «Фізична реабілітація» «Фенікс» Ростов-на-Дону 2005.
3. Беюл Е.А. Ожиріння.- М. : «Медицина» 2006 рік.
4. Грінченко М.Ф. «Цілюща сила рухів» .2001 рік.
5. Дубровская А.В. «Лікувальний масаж» Москва 2004 рік.
6. Єпіфанов В.А. «Лікувальна фізична культура» 2006 рік.
7. Бородачова Є.С. «Методика ЛФК при комплексній терапії хворих на ожиріння», М., 1978 рік.
8. Васюкова Е.А, Грановська - Цветкова А.М. «Ожиріння». М. 1982 рік.
9. Віллард М. «Ожиріння: типи і лікування» 1993 рік.
10. Добровольський В.К. «Підручник інструктора з лікувальної фізичної культури». - М. 1974 рік.

ГРАБОВСЬКА О.В.

Магістрант 1-го року підготовки спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія" Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна» м.Вінниця

СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМУ У ПОВНОКОНТАКТНОМУ ІСТОРИЧНОМУ ФЕХТУВАННІ: СПРОБА АНАЛІЗУ

Складно переоцінити роль фізичної культури і спорту для збереження суспільного здоров'я. Поряд з цим, заняття спортом незмінно залишаються істотним фактором травматизації населення. За різними підрахунками, відсоток спортивних травм становить 2-5% [2, С. 175], або 10-17 % [7] від загальної кількості. Особливо вразливою до спортивних травм категорією є молодь. Дослідження спортивного травматизму допоможе розробити механізми попередження травматизації, а також ефективні методи фізичної реабілітації спортсменів.

У різних видах спорту сильно відрізняється як рівень, так і структура травматизму [7]. Тому доцільним є вивчення цих параметрів у кожному виді спорту окремо. Травматизм у видах спорту з тривалою історією розвитку є добре дослідженим. Поряд з цим, зростання кількості нових видів спорту провокує необхідність вивчення особливостей отримання травм і у молодих видах спорту. Сьогодні Реєстр офіційно визнаних в Україні видів спорту налічує 233 позицій, з яких 125 – неолімпійські та національні [5]. Багато із них має недостатньо відпрацьовану методичну базу підготовки спортсменів, не досконалі правила та вимоги до інвентарю і технічного забезпечення. До таких видів спорту належить і повноконтактне історичне фехтування, або «Середньовічний бій», який був офіційно визнаний Наказом Мінмолодьспорту України від 23.12.2016 № 4711[3]. Серед інших поширених назв цього виду спорту в Україні слід загадати «Історичне фехтування», у зарубіжній термінології «Історичні середньовічні бої» («Historical Medieval Battles»). Всі перелічені поняття не мають істотних відмінностей, а терміни позначають один і той самий вид спорту.

Мета роботи – окреслити структуру травматизму у повноконтактному історичному фехтуванні, встановити основні закономірності отримання травм у цьому сучасному виді спорту.

Правила «Середньовічного бою» в Україні були затверджені Наказом Мінмолодьспорту України від 12.12.2017 № 5130. Вони передбачають існування трьох версій: 1. «Середньовічний бій»; 2. «Софт»; 3. «Формальні вправи» (КАТА) [4]. Саме перша версія є найбільш травмонебезпечною, адже передбачає використання сталевих макетів середньовічної зброї, а також захисного спорядження, конструктивно подібного до середньовічних лицарських обладунків. Вага такого спорядження сягає близько 20-30 кг, що збільшує ризик отримання травм суглобів та хребта. «Середньовічний бій» може проводитись у форматі групових («3 на 3», «5 на 5», «16 на 16», «21 на 21»), або одиночних боїв.

З метою окреслення структури травматизму для «Середньовічного бою», автором було розроблено анкету, яка містила запитання, щодо характеру травм, обставин і контексту їх отримання [1]. Нижче пропонуємо короткий виклад основних результатів анкетування.

На час підготовки цієї роботи анкету заповнили 35 осіб з 5 країн (Україна, Молдова, Естонія, Росія та Ізраїль). Гендерний розподіл учасників: 68% (23 особи) – чоловіки, 32% (11 осіб) – жінки. Середній вік учасників анкетування – 32 роки. Середній стаж у повноконтактному історичному фехтуванні – 10,5 років.

Відповідно до анкетування, статистика розподілу травм виглядає наступним чином: зап'ястя – 4,4% від загальної кількості, гомілкоstop – 13,0%, колінний суглоб – 60,8%, голова – 2,2%, плече – 4,4%, тулуб – 8,6%, лікоть та передпліччя – 4,4%, інше – 2,2%. Таким чином, найчастіше спортсмени, які займаються «Середньовічним боєм» травмують нижні кінцівки – 73,8% від загальної кількості. Найбільш уразливою структурою нижніх кінцівок є колінний суглоб – 60,8% від загальної кількості травм. При цьому 50% травм колінного суглоба – це пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки, 29% – пошкодження менісків, 21% – інші травми колінних суглобів.

Виразною закономірністю травмування в «Середньовічних боях» є значне переважаєння травмування у групових боях над одиночними номінаціями. Їх співвідношення становить 85% проти 15% відповідно. Можна визначити чотири основних причини травмування колінних суглобів: 1. Невдале падіння, яке може бути викликане поштовхом, або проведеним борцівським прийомом, на цю причину припадає 39% загальної кількості травм колінних суглобів; 2. Безпосередньо під час боротьби – 33% травм; 3. удар в область коліна чи гомілки – 17%; 4. падіння суперника на нижню кінцівку постраждалого – 11%.

Якщо спробувати прослідкувати закономірності травмування

спортсменами у «Середньовічних боях» в залежності від їх стажу у цьому виді спорту. То картина буде наступною: 51% травм припадає на перші 5 років занять, 25,7% та 24,3% на друге і третє п'ятиріччя. У перші 2 роки занять кількість травм дещо переважає ніж на інших етапах, що свідчить про невиразну тенденцію більшого травмування новачками.

Таким чином, анкетування дозволило визначити, що найбільш уразливою до травмування в повноконтактному історичному фехтуванні структурою тіла є колінний суглоб. Найпоширенішими травмами – пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки та менісків. У переважній більшості випадків травмування стається в ході групових номінацій. Простежується невиразна тенденція до травмування новачків у порівнянні з досвідченими спортсменами.

Зауважимо, що ця робота є першою спробою вивчення структури травматизму в історичному фехтуванні. Вона ґрунтується на досить обмеженій джерельній базі. Слід продовжити анкетування для накопичення більшого обсягу даних. Важливо залучати й інші методи досліджень. Серед перспективних напрямків роботи відзначимо порівняння структури травматизму у «Середньовічних боях» з іншими видами спорту та поглиблене і різнобічне вивчення найбільш поширених травм. Це дозволить розробити досконаліші та безпечніші правила, покращити методику підготовки спортсменів, створити ефективну програму фізичної реабілітації «сучасних лицарів».

Список використаної літератури

1. Грабовська О.В. Профілактика травм у нових видах спорту (на прикладі «Середньовічного бою» // Інтеграція науки та практики як механізм ефективного розвитку суспільства. Матеріали науково-практичної конференції (м. Львів, 26-27 лютого 2021 р.). Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2021. Ч. 2., 180 с.
2. Кремнева В.Н., Неповинных Л.А. Анализ травматизма при занятиях сноубордом: сравнение и статистика // International Journal of Humanities and Natural Sciences, vol. 12-2 (51), 2020. С. 175-178.
3. Наказ «Про визнання, відмову у визнанні та внесення змін до Реєстру визнаних видів спорту в Україні» // Верховна Рада України. Офіційний веб-портал: URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v4711728-16#n12> (дата звернення 24.02.2021).

4. Наказ «Про затвердження Правил спортивних змагань з середньовічного бою» // Верховна Рада України. Офіційний веб-портал: URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0028-18#Text> (дата звернення 24.02.2021).
5. Наказ «Про затвердження Реєстру визнаних видів спорту в Україні» // Верховна Рада України. Офіційний веб-портал: URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0639728-15#Text> (дата звернення 24.02.2021).
6. Ніканоров О. К. Проблема травматизму в ігрових видах спорту та перспективи використання засобів фізичної реабілітації // Спортивна медицина. 2015. № 1-2. С. 82-87.
7. Статистика спортивного травматизма // Спортивная медицина : URL : https://www.sportmedicine.ru/sport_statistics.php (дата доступу: 20.04.2021)
8. Травми у повноконтактних середньовічних боях // Google Forms : URL : https://docs.google.com/forms/d/1QPDJYDgYPX5bosv5so2u115PRfMpnMIk169AwB__IaE/edit (дата звернення 24.02.2021).

ЖУЛЬЧИНСЬКА А.В.

*Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ПІЗНІЙ ВІДНОВНИЙ ПЕРІОД

Актуальність. Україна посідає одне з перших місць у Європі за показниками захворюваності на гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та смертності від інсульту. Інсульт небезпечний не лише високою смертністю, а й високою інвалідизацією. Сьогодні лише 10-20 % тих, хто переніс мозковий інсульт, повертаються до праці, з них 8 % зберігають свою профпридатність, у 60 % хворих наявні стійкі неврологічні порушення, 23% потребують сторонньої допомоги, у 25–

30 % до кінця першого року від початку хвороби розвивається деменція. Таким чином, у більшості випадків наслідком ГПМК є не смерть, а обмеження життєдіяльності та інвалідизація [2, 9].

Система надання кваліфікованої допомоги при ГПМК у різних європейських країнах має свої організаційні особливості, проте побудована за єдиними принципами і обов'язковими вимогами, серед яких можливість ранньої мобілізації хворих і проведення реабілітаційних заходів, що значною мірою визначає ступінь відновлення неврологічних функцій, вираженість інвалідності, наявність вторинних ускладнень. В США коаліцією проти інсульту (Brain Attack Coalition, USA) розроблено чіткі інструкції для інсультних центрів, розділених на два рівні – центри первинного рівня і центри остаточного лікування [9]. В Україні цей проект поки ще нереалізований у повному обсязі. Тому реабілітація хворих після ГПМК залишається недостатньо вивченою, особливо у пізній відновний період – період компенсації і функціонального пристосування до навколишнього середовища, більш повільного перебігу відновлювальних процесів. Особливістю цього періоду є стійкість неврологічного дефіциту. Пізній відновний період охоплює проміжок часу від 6 міс. після перенесеного інсульту до 1–2 років, потім резидуальний період – від 3 до 6 років. Саме в цей час пацієнти продовжують відновлювати моторні функції та втрачені навички [6, 7]. Основними залишковими явищами з постінсультними інвалідизуючими дефектами у хворих, що перенесли ГПМК, є: спастичні паралічі, порушення мови та інших вищих кіркових функцій, екстрапірамідні та мозочкові розлади, порушення статички, контрактури та інші дефекти опорно-рухового апарату. Відновлення порушених неврологічних функцій відбувається переважно в перші півроку після перенесеного інсульту, проте нерідко цей процес спостерігається і в більш пізні терміни [2].

Ступінь дослідження проблеми. Упродовж останніх років спостерігається тенденція до зниження вікового цензу осіб з ГПМК. Статистика свідчить про зростання кількості судинних захворювань головного мозку у людей молодого віку (ВООЗ до даної категорії відносить осіб від 15 до 45 років) і наразі стає актуальною проблема не лише в тому, щоб зберегти життя, а й повернути особу до попереднього рівня працездатності.

Мета дослідження – на основі аналізу, узагальнення я, порівняння даних науковометодичної літератури проаналізувати сучасні підходи до комплексної програми фізичної реабілітації осіб з гострими

порушеннями мозкового кровообігу у пізній відновний період.

Завдання дослідження: аналіз і узагальнення науково-методичної літератури, систематизація даних.

Ступінь дослідження. Питання відновлення працездатності хворих з порушенням мозкового кровообігу є предметом пильної уваги багатьох фахівців [6, 7]. При всьому різноманітті використовуваних методик та поетапній системі відновлення втрачених функцій у хворих з мозковим інсультом у ранній відновний період на сьогоднішній день немає єдиної системи диференційованого використання засобів і методів фізичної реабілітації у пізній відновний період. Згідно з думкою багатьох авторів, на другому етапі реабілітації основними завданнями є закріплення позитивних зрушень, досягнутих на стаціонарному етапі реабілітації при лікуванні основного судинного захворювання головного мозку, а також супутніх захворювань, ліквідація наслідків захворювання (парезів, паралічів, контрактур, розладів мови і т.д.) попередження повторних порушень мозкового кровообігу, подальше підвищення психологічної і рухової активності хворого до рівня, необхідного при виконанні професійних обов'язків або інших видів трудової та громадської діяльності, а також побутового обслуговування [5].

Таким чином має бути створена система, що враховує не лише особливості розвитку мозкового інсульту, а й особливості розвитку рухової функції в нормі в процесі онтогенезу, стадійність спонтанного відновлення функцій після мозкового інсульту, можливості раціонального поєднання науково обґрунтованих рекомендацій та переваг різних методів реабілітації при відновному лікуванні конкретного хворого [3, 5].

Система відновної терапії на другому етапі реабілітації в першу чергу має бути спрямована на забезпечення соціально-побутових потреб пацієнта. На основі сучасних знань про поліморфну клінічну структуру захворювання, патофізіологічні механізми її формування та спонтанну компенсацію, особливості становлення та регуляції рухової навички, має бути створена система фізичної реабілітації, спрямована на відновлення, або компенсацію рухової навички, що може сприяти більш ефективному відновленню порушеної функції [4, 9].

Висновки. Отже, представляється доцільним пошук шляхів для створення комплексної програми фізичної реабілітації для пацієнтів зі стійкими неврологічними порушеннями і залишковими явищами, що мали місце в результаті перенесення мозкового інсульту і не були усунуті на ранніх етапах відновлення. Система відновної терапії на

другому етапі реабілітації в першу чергу має бути спрямована на забезпечення соціально-побутових потреб пацієнта. Даний підхід до фізичної реабілітації є патогенетично модифікованим, що дає змогу цілеспрямовано будувати реабілітаційний процес і цим самим скоротити час відновлення, швидше повернутися хворому до попереднього місця роботи. Такий підхід до відновлювального процесу дає якісні показники реорганізації рухових систем у головному мозку. Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на дослідження рухової сфери та соціальної активності пацієнтів з судинними захворюваннями головного мозку.

Список використаної літератури

1. Бахарев А.В. Диагностика стенозирующих поражений магистральных артерий головы минимально инвазивными методами / А.В. Бахарев // Автореф. дис. дра мед. наук / Рос. НЦ радиологии и хир. технологий. — СПб., 2011. — 47с.
2. Белова А.И. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.И. Белова – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
3. Віничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту / С. М. Віничук, М. М. Прокопів, Т. М. Черенько // Український неврологічний журнал. – 2010. – № 1 (14). – С. 3–10.
4. Голик В.А. Восстановление двигательных функций после инсульта: влияние локализации патологических паттернов на прогноз / В.А. Голик // Судинні захворювання головного мозку. – 2011. –1. С. 25–32.
5. Зозуля Ю.П. Проблеми судинно-церебральної патології та шляхи їх вирішення / Ю.П. Зозуля, Т.С. Міщенко// Журн. НАМН України. – 2011. – Т.17, №1.– С. 19–25.
6. Самосюк И.З. Медицинская реабилитация постинсультных больных / И.З. Самосюк, В.И. Козьякин, В.М. Лобода. – К.: Здоров'я, 2010. – 424 с.
7. Чудна Р.В. Сучасний стан та перспективи профілактики інвалідизації засобами лікувальної фізкультури та фізичної реабілітації в Україні / Р.В. Чудна// Судинні захворювання головного мозку. – 2012. – № 4. – С. 2–10.
8. Barbay S. Delaed rehabilitative training following a small ischemic infarct in nonhuman primate primary motor cortex/ S. Barbay, E. Plautz, K.M. Friel// Soc. Neurosci. Abstr. – 2001. – Vol.27. – P. 931–937.

КОРЧИНСЬКИЙ В.С.

*Доктор медичних наук, старший науковий співробітник
професор кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»*

ВЕЧІРКО Л.С.

*Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНА ДИСТОНІЯ ЯК ПРОЯВ НЕКЛАСИФІКОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – це хронічне захворювання, в основі якого лежить зрив адаптації і порушення нейроендокринної регуляції з множинними симптомами, які виникають або посилюються на фоні стресових впливів, відзначається доброякісним перебігом і сприятливим прогнозом, не призводить до кардіомегалії та серцевої недостатності[6].

Термін «нейроциркуляторна дистонія» запропонований М.М. Савицьким (1948) і Г.Ф. Лангом (1950). Проте сьогодні науковці і практики у галузі медицини не дійшли спільної думки стосовно визначення і походження цієї патології. Так, поряд із НЦД існують терміни «вегето-судинна дистонія», «артеріальна гіпотонія» та «гіпотонічна хвороба». Розрізняють первинну та вторинну НЦД. Первинна (патологічна) НЦД як самостійне хронічне захворювання проявляється в двох варіантах – як конституціонально-спадкова або «фізіологічна» гіпотонія в зовсім здорових людей з низьким АТ та як хронічне захворювання (гіпотонічна хвороба). У частини хворих НЦД виступає як супутній синдром у поєднанні з іншими хворобами, а її ознаки зменшуються підчас ремісії (вторинна НЦД). [1,с.12-27].

НЦД традиційно відносили до функціональних захворювань, розуміючи під цим відсутність чіткого морфологічного субстрату, але останнім часом за допомогою електронної мікроскопії в нервових клітинах виявлені метаболічні і регуляторні порушення, що привело науковців до розгляду цієї проблеми як патології сполучної тканини [3,4]. Це питання важливе, оскільки саме визначення нозології

регламентує теоретичні та практичні підходи до діагностики та лікування. В кінці минулого століття Р. Бейтон (R. Beighton) запропонував визначати вроджену патологію сполучної тканини, яка проявляється зниженням її міцності, терміном «дисплазія» від грецького «відхилення в формуванні» (dysplasia – приставка dys – будь-який розлад, порушення, plasis – формування). В наш час поширення набув термін дисплазія сполучної тканини (ДСТ). За поданням Д. Саркісова, поняття ДСТ «об'єднує всі різновиди вроджених вад розвитку як органів, так і окремих тканин, передумови для виникнення якої складаються у внутрішньоутробному періоді, однак клінічне значення набувають в різні періоди життя людини, важливу стимулюючу роль у такій клінічній реалізації вад розвитку можуть зіграти різні фактори зовнішнього і внутрішнього середовища» [6]. Е.В. Земцовський запропонував термін «некласифікована дисплазія сполучної тканини» (НДСТ), яка може проявлятися диспластичними змінами як в одному, так і в декількох органах або системах. При цьому ізольованими спадковими ДСТ він запропонував називати випадки виявлення дефекту СТ, який має тільки одну чітку локалізацію. Наприклад, слід говорити про ізольовану дисплазію хребта, нирок або серця, підкреслюючи, що використання цього терміна правомірно лише в тих випадках, коли доступні методи дослідження не дозволяють виявити диспластичних змін з боку інших органів і систем. У подібних випадках ДСТ серця слід розглядати як окремий прояв системного дефекту СТ. Е.В. Земцовський вважає «синдром сполучнотканинної дисплазії» нозологічно самостійним синдромом полігенно-мультифакторіальної природи, який проявляється зовнішніми фенотипічними ознаками сполучнотканинної дисплазії в поєднанні з диспластичними змінами СТ та клінічно значущою дисфункцією одного або декількох внутрішніх органів [2]. За В.М. Яковлевим НДСТ – генетично гетерогенна група, яка частіше має ознаки аутосомно-домінантного типу успадкування без чітких клініко-генеалогічних критеріїв, з різним набором кількісних і якісних фенотипічних і клінічних симптомів, обумовлених ступенем вираженості структурно-функціональних порушень твердої і пухкої СТ і ускладненнями, що формуються в процесі онтогенезу [1]. Е.В. Земцовський і Т. І. Кадуріна вважають, що ДСТ – це спадкові порушення СТ, об'єднані в синдроми і фенотип на основі спільності зовнішніх і/або вісцеральних ознак, які характеризуються генетичною неоднорідністю і різноманіттям клінічних проявів – від доброякісних субклінічних форм до розвитку

поліорганної і полісистемної патології з прогресивним перебігом [2, 3].

Загальні клінічні прояви НДСТ умовно можна розділити на обумовлені безпосередньо НДСТ та викликані її ускладненнями і впливом на інτερкурентні захворювання. Скарги, характерні безпосередньо для НДСТ, уявити складно, так як особливості кістково-м'язової системи, шкіри звичні для пацієнта і не є предметом скарг. Вегетативна дисфункція, часто супутня НДСТ, не має специфічних проявів. Про клінічний прояв НДСТ слід думати після виключення розладів, що мають подібну клініку, - панічні атаки, депресії, тривоги, соматоформні розлади та ін. Патологія внутрішніх органів проявляється специфічними симптомами, характерними для конкретного захворювання, і описана нижче. Об'єктивні симптоми, які вказують на НДСТ, групуються на кісткові, шкірні, суглобові і вісцеральні. Основні ознаки НДСТ пропонується розділяти за їхньою органною локалізацією: очні, серцево-судинні, легеневі, органи черевної порожнини і нирок, нервова система. Наявність цих ознак верифікується за даними променевого та функціонального обстеження (Е.В. Земцовський). Вісцеральні ознаки НДСТ можна розділити на ті, що характеризують слабкість зв'язкового апарату (спланхноптоз) і по суті близькі за фенотипічними ознаками, що вказує на слабкість зв'язкового апарату. Друга група відображає аномалії формування сполучнотканинного каркасу внутрішніх органів.

Слід зазначити, що синдром ДСТ є сприятливим фоном для розвитку спектру різної патології внутрішніх органів. Зокрема І.В. Бугаєва (2010) у пацієнтів з ознаками ДСТ (1350 пацієнтів, середній вік $54,860 \pm 0,216$ року) зазначає до 22 статистично значущих кореляційних залежностей. Так, аномальні хорди лівого шлуночка серця (АХЛШ) були значимо пов'язані з аритмічним синдромом, моторно-тонічними порушеннями шлунково-кишкового тракту, аномаліями жовчного міхура, астеничним типом конституції, вісцеральними грижами, кістами нирок. Астеничний тип конституції має достовірні взаємозв'язки з наступними ознаками НДСТ: рефлюксна хвороба, АХЛШ, синдром ранньої реполяризації шлуночків, нефроптоз, розщеплення нирок, вісцеральні грижі, варикозна хвороба, міопія, що розвинулися до 40-річного віку. Ознаки слабкості СТ мають між собою достовірні кореляційні взаємозв'язки, утворюючи групи, в яких кожна з ознак значимо «зчеплена» з ознаками, що відображають наявність ДСТ різних систем організму або фенотипу [6].

Таким чином, НДСТ є сприятливим фоном для розвитку широкого спектра різної патології внутрішніх органів. Захворювання внутрішніх органів у таких пацієнтів розвиваються частіше і мають більш несприятливий перебіг.

Грунтуючись на спільності мезенхімального походження таких структур сполучної тканини, як клапани серця, судини, шкіра та її похідні, опорно-руховий апарат, лицьова частина черепа, можна припустити, що морфогенетичні відхилення від норми характерні для всіх похідних структур сполучної тканини [2,3]. Клініко-морфологічні порушення при спадкових колагенопатіях визначаються системністю ураження, так як СТ становить строму всіх органів і тканин. Морфологічні зміни в тканинах і органах неспецифічні, тому їх прояви подібні як при різних спадкових колагенопатіях, так і ДСТ, обумовлених мутаціями в генах неколагенових білків позаклітинного матриксу. Фенотипічні і органічні прояви залежать від того, яка СТ вражена більше – щільна або пухка. Цим пояснюються порушення в кістковій і хрящовій тканинах, дефекти шкіри, судин, клапанів серця, сечовидільної, нервової систем, шлунково-кишковому тракті і т.д. [6]. Так скелетні зміни проявляються астенічною статурою, арахнодактилією, кілевидною і лійкоподібною деформацією грудної клітини, сколіозом, кіфозом, лордозом хребта, плоскостопістю. Серед порушень опорно-рухового апарату – найпоширеніший симптом гіпермобільності суглобів з вивихами і підвивихами або недорозвинення суглобових поверхонь внаслідок слабкості зв'язок. Порушення зв'язкового апарату може супроводжуватися утворенням пахових і стегнових гриж [6,7]. Зміни з боку шкіри характеризуються її витончення, схильністю до легкої травматизації і утворення келоїдних рубців, гіпереластичність [9].

Часта ознака колагенопатій – зменшення м'язової маси, так звана м'язова слабкість. Гістологічні та гістохімічні, електронно-мікроскопічні дослідження виявляють зменшення розмірів м'язових волокон поперечно-смугастих м'язів. Аналогічні зміни відбуваються, ймовірно, і в серцевому м'язі, що призводить до зниження скорочувальної здатності міокарда. Патологія органів зору проявляється міопією, дислокацією кришталика, відшаруванням сітківки, дегенеративними змінами на очному дні, збільшенням довжини очного яблука, плоскою рогівкою, блакитними склерами [5]. Ураження серцево-судинної системи дуже різноманітні: анатомічні зміни клапанів серця – пролапс клапанів, порушення довжини і розриви хорд з розвитком регургітації і порушенням центральної

гемодинаміки, розширення аорти, легеневої артерії та ін. У літературі обговорюється питання про часте поєднання аномалій розвитку серця з аномаліями кістково-суглобової, сечовидільної, жовчовивідної систем, вегетососудистими дистоніями, хронічною патологією шлунково-кишкового тракту, гепатобілярної системи, нирок [2, 9].

Спостерігаються ураження артерій середнього і дрібного калібру – наявність множинних аневризмів мозкових і ниркових судин, що може призвести до виникнення геморагічних інсультів та вазоренальної гіпертензії [2]. Бронхолегеневі ураження характеризуються внаслідок підвищеної розтяжності і зниженою еластичності легеневої тканини поликистозом легких, спонтанним пневмотораксом, бронхоектазами, емфіземою, гіпоплазією легенів [3]. Більшість перерахованих вище хвороб супроводжуються зміною нервово-психічного стану і вегетосудинною дистонією, яка нерідко виступає в якості провідного синдрому НЦД.

Традиційний підхід до діагностики НЦД ґрунтується на властивих цій патології суб'єктивних і об'єктивних симптомах. Верифікувати діагноз НЦД як основну патологію можливо за умови комплексного підходу і відсутності доказів існування інших захворювань.

Список використаної літератури

1. Дисплазия соединительной ткани: основное клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конев и др. / Лечащий врач. 2008. № 2. С. 22-25.
2. Земцовский Э.В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани / Медицинский вестник. 2006. № 11 (354). С. 27–33.
3. Ионов В.А. Нейроциркуляторная дистония как патология соединительнотканного матрикса / В. А. Ионов. – К. : Книга плюс, 2008. 158с.
4. Кадурина Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб. : ЭЛБИ, 2008. 714с.
5. Мурашко Н.К. Дисплазия соединительной ткани / Н. К. Мурашко, А. С. Пянтковский / Мистецтво лікування. 2011. № 3. С.46-49
6. Нейроциркуляторная дистония. Актуальные вопросы и ответы [Текст] / Г. В. Дзяк, А. М. Василенко, В. А. Потабашний [и др.] / Здоров'я України – XXI сторіччя : мед. газета. 2015. Липень (№13/14). С. 47-49.

7. Badauy C.M., Gomes S.S., Sant'ana Filho M., Chies J.A. Ehlers-Danlos Syndrome (EDS) type IV. Review of the literature / Clin Oral Investig. 2007.
8. Bravo J.F., Wolff C. Clinical study of hereditary disorders of connective tissues in a Chilean population: joint hypermobility syndrome and vascular Ehlers-Danlos syndrome / Arthritis. Rheum. 2006. №54(2). P.515-523.
9. Comeglio P., Johnson P., Arno G., Brice G., Evans A., Aragon-Martin J., da Silva F.P., Kiotsekoglou A., Child A. The importance of mutation detection in Marfan syndrome and Marfan-related disorders: report of 193 FBN1 mutations /Hum. Mutat. 2007. №28(9). P.928.

КОРЧИНСЬКИЙ В.С.

*Доктор медичних наук, старший науковий співробітник
професор, кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»*

ПОНОМАРЕНКО М.В

*викладач кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

**ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ
ПОСТКОВІДНОМУ СИНДРОМІ**

Для чіткішого розуміння спрямованості реабілітаційних заходів і їх можливого медикаментозного доповнення доцільно докладніше розглянути морфологію та патогенез постковідних змін. Ендотеліт – один із ключових синдромів при COVID-19, а надалі й пусковий механізм постковідного синдрому. На сьогодні наявні докази прямого інфікування вірусом SARS-CoV-2 ендотеліальних клітин і спричиненого цим дифузного запалення ендотелію судин. Добре відомо, що вірус використовує для проникнення в клітину рецептор ангіотензинперетворювального ферменту-2 (АПФ2), експресований на

пневмоцитах альвеол, зумовлюючи тим самим пошкодження легень. Утім, рецептор АПФ-2 також широко експресується на ендотеліоцитах, які вистилають судини багатьох органів [9], гомеостазу [6]. Ендотеліальна дисфункція, що розвивається при COVID-19, призводить до порушень мікроциркуляції, вазоконстрикції з подальшим розвитком ішемії органів, запалення та набряку тканин, прокоагуляції [4]. Ендотеліт може пояснити системні порушення мікроциркуляторної функції в різних судинних руслах та їх клінічні наслідки в пацієнтів із COVID-19. Внаслідок ураження міокарда: в постковідний період спостерігаються аритмії; на 22% зростає ризик інфарктів; спостерігаються порушення перфузії й ішемічні зміни в міокарді [5].

У пацієнтів із COVID-19 описано багато випадків захворювань серця, включаючи серцеву недостатність (особливо часто трапляється в госпіталізованих хворих) і кардіоміопатію. Припускають, що кардіоміопатія розвивається внаслідок прямих ефектів вірусу та/або токсичних ефектів цитокінів, які утворюються під час інфекції. У багатьох хворих під час гострої фази COVID-19 розвивається протромботичний стан, який може спричинити тромбоемболію легеневої артерії, утворення внутрішньосерцевих тромбів і загострення ішемічної хвороби серця. На найбільший ризик негативних наслідків наражаються пацієнти із серцево-судинними факторами ризику – чоловіча стать, цукровий діабет, гіпертензія й ожиріння, наявні ССЗ [2].

Потрапляючи до ЦНС, SARS-CoV-2 може інфікувати астроцити й мікроглію, активуючи каскад нейрозапалення та нейродегенерації за рахунок вивільнення фактора некрозу пухлини (ФНП), цитокінів та інших медіаторів запалення. Гіпоксія головного мозку зумовлює активацію анаеробного метаболізму, наслідком чого є набряк мозку, зниження кровотоку, підвищення внутрішньочерепного тиску, розвиток нейропсихіатричних симптомів [7]. У багатьох пацієнтів розвивається виражений астенічний синдром, який значно погіршує їхню якість життя й істотно знижує працездатність. Накопичення прозапальних цитокінів, які долають ГЕБ, у ЦНС може зумовити дисрегуляцію центральних структур і спричинити вегетативну дисфункцію (підвищена температура тіла, порушення циклу сну/неспанья, когнітивні порушення, швидка втомлюваність) [5]. Найчастіше постковідний астенічний синдром проявляється психічними проблемами та загальним виснаженням пацієнта. Найпоширенішими проявами астенії при постковідному синдромі є:

швидка втомлюваність; дратівлива слабкість (підвищена збудливість, яка швидко змінюється виснаженістю); афективна лабільність із рисами примхливості та невдоволення; сльозливість; розлади пам'яті [8].

Основними ланками патоморфогенезу інтерстиціальної пневмонії при COVID-19 є дисрегуляторна активація моноцитарних фагоцитів, розвиток генералізованого тромбозу мікроциркуляторного русла, прогресивний внутрішньоальвеолярний та інтерстиціальний фіброз. Ушкодження легень унаслідок безпосереднього ураження коронавірусом і цитокінами ендотелію судин та альвеолярного комплексу (альвеолоцитів і міжальвеолярних перегородок; при цьому розвивається рентгенологічний симптом «матового скла») зумовлює розвиток інтерстиціальної пневмонії, активацію процесу фіброзоутворення, а також зниження функції легень. Виявлено особливості дифузного альвеолярного ушкодження, що дають змогу припустити 3 фази патоморфогенезу інтерстиціальної пневмонії при COVID-19: фульмінантна (до 10 діб; відповідає ексудативній і проліферативній стадіям ГРДС); персистувальна (11-20-та доба; відповідає проліферативній стадії ГРДС); фібротична (виявлена в пацієнтів, які померли на 21-45-ту добу; відповідає стадії організації ГРДС) [1].

Необхідність реабілітації після COVID-19. Ураховуючи очевидну потребу в настанові з реабілітації осіб, які перенесли COVID-19, групою експертів реабілітаційного центру Міністерства оборони в Стенфорд-холі (Велика Британія) розроблено відповідний документ – Консенсус Stanford Hall, який містить такі загальні рекомендації після COVID-19 для цільової групи активних людей: план реабілітаційного лікування має бути індивідуалізованим відповідно до потреб пацієнта з урахуванням супутніх захворювань; для хворих на COVID 19 реабілітація має бути спрямована на полегшення симптомів (задишки), поліпшення психологічного стану, фізичної форми та якості життя; пацієнти повинні періодично обстежуватися під час реабілітації; хворі мають отримувати інформацію про свій стан і про стратегії відновлення після COVID-19 [3]. Утім, це переважно загальні рекомендації, що описують обстеження пацієнтів із постковідним синдромом і догляд за ними.

Підходи до кардіологічної реабілітації в пацієнтів, які перенесли COVID 19, відповідно до Консенсусу Stanford Hall. Кардіологічні ускладнення слід передбачати в усіх пацієнтів, які перенесли коронавірусну інфекцію, незалежно від тяжкості перебігу. У таких

пацієнтів необхідно визначити кардіологічні симптоми й потенційні порушення серцевої функції. За потреби потрібно звернутися за консультацією до фахівця та пройти поглиблене обстеження. Період спокою після перенесеного захворювання може знизити ризик постінфекційної серцевої недостатності та міокардиту. За наявності кардіологічної патології мають бути розроблені спеціальні персоналізовані програми реабілітації на основі оцінки наявних ускладнень, порушень і потреб пацієнта [3].

Підходи до неврологічної реабілітації в пацієнтів, які перенесли COVID 19, відповідно до Консенсусу Stanford Hall. Усіх пацієнтів, які перенесли COVID 19, слід обстежити на наявність будь-яких неврологічних симптомів, які можуть бути виявлені під час активної фази інфекції чи протягом декількох тижнів після COVID-19. Рекомендується скринінг на наявність когнітивних порушень для пацієнтів групи ризику (пацієнти після реанімації або із залишковими когнітивними порушеннями). Слід запевнити пацієнтів, що незначні неврологічні симптоми, як-от головний біль, запаморочення, втрата нюху чи смаку, а також сенсорні порушення, ймовірно, покращаться при мінімальному лікарському втручанні, а неврологічні симптоми легкого та середнього ступеня тяжкості, ймовірно, будуть повністю нівельовані. Тяжкі симптоми потенційно можуть спричинити значні порушення, здатні суттєво вплинути на якість життя, тому для максимального одужання пацієнтам із помірними чи тяжкими неврологічними симптомами рекомендується мультидисциплінарна реабілітація в умовах стаціонару [3].

Принципи легеневої реабілітації в пацієнтів, які перенесли COVID 19, відповідно до Консенсусу Stanford Hall. Респіраторні ускладнення після COVID 19 можуть являти собою порушення й функціональні обмеження певного ступеня вираженості, в т. ч. (але не тільки) через зниження дихальної функції. •Рекомендується своєчасна первинна оцінка стану пацієнта, проведення котрої залежить від ступеня дисфункції, нормакапнічної дихальної недостатності, фізичного та психічного стану пацієнта. На початковому етапі реабілітації слід розглянути виконання вправ низької інтенсивності, особливо для пацієнтів, які потребують кисневої терапії. Одночасно необхідно контролювати життєво важливі показники (частота серцевих скорочень, пульсоксиметрія, артеріальний тиск). Поступове збільшення фізичних навантажень має враховувати вираженість симптомів пацієнта [3]. У хворих, які перенесли COVID-19, метою респіраторної реабілітації є зменшення проявів задишки, полегшення

занепокоєння та депресії, запобігання дихальній дисфункції, зниження частоти інвалідизації, збереження дихальної функції в максимальному обсязі, а також поліпшення якості життя. Рекомендації з респіраторної реабілітації містять фізичні вправи: аеробні: ходьба, швидка ходьба, біг підтюпцем, плавання тощо, починаючи з низької інтенсивності, поступово збільшуючи інтенсивність і тривалість; силові тренування: прогресивні тренування з ваговими навантаженнями; тренування дихання: за наявності задишки, хрипів, труднощів із відходженням мокротиння слід застосовувати тренувальні техніки дихання для покращення відходження мокротиння, режим дихання, включаючи регулювання ритму дихання, тренування активності грудної клітки та мобілізацію певних груп м'язів [3]. Подальше спостереження за станом респіраторної системи має вирішальне значення для оцінки функції легень, альвеолярно-артеріального газообміну та толерантності до фізичного навантаження в пацієнтів, які видужали від COVID-19. Про віддалені респіраторні ускладнення у хворих на COVID-19 наразі нічого не відомо [10].

Висновки. Після перенесення гострих симптомів COVID-19 потрібен обов'язковий моніторинг дихальної функції, кардіальних симптомів, стану нервової системи та психічних функцій, а також синдромно-патогенетичний підхід до реабілітації пацієнтів, спрямований насамперед на усунення системного фонового запалення, покращення ендотеліальної функції та зменшення проявів в астенії. Для максимального одужання пацієнтам із середніми та тяжкими постковідними симптомами рекомендується мультидисциплінарна реабілітація в умовах стаціонару.

Список використаної літератури

1. Коваленко С.В. Досвід застосування методів синдромно-патогенетичної терапії при пневмонії, спричиненій COVID-19, в умовах пульмонологічного відділення. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2020. № 13-14. С.14-17.
2. Akhmerov A., Marban E. COVID-19 and the heart. *Circ. Res.* 2020; 126: 1443-1455.3-5. Barker-Davies R., O'Sullivan O., Senaratne K. et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br. J. Sports Med.* 2020. 54. P. 949-959.
3. Barker-Davies R., O'Sullivan O., Senaratne K. et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br. J. Sports Med.* 2020. 54. P. 949-959
4. Carvalho-Schneider C. et al. Follow-up of adults with noncritical

- COVID-19 two months after symptom onset. Clin. Microbiol. Infect. 2020 Oct 5. doi: 10.1016/j.cmi.2020.09.052 [Epub ahead of print].
5. Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. Aging Clinical and Experimental Research. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01616-x>.
 6. Hasichaolu, Zhang X., Li X. et al. Circulating cytokines and lymphocyte subsets in patients who have recovered from COVID-19. Biomed. Res. Int. 2020 Nov 26; 2020: 7570981.
 7. Levison M.E. Commentary: what we know so far about post-COVID syndrome. <https://www.msmanuals.com/professional/news/editorial/2020/09/23/20/17/post-covid-syndrome>
 8. Najjar S., Najjar A., Chong D. et al. Central nervous system complications associated with SARS-CoV-2 infection: integrative concepts of pathophysiology and case reports. Journal of Neuroinflammation. 2020. 17. P. 231.
 9. Varga Z., Flammer A., Steiger P. et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. The Lancet. 2020. 395 (2) P. 1417-1418.
 10. Zhang W., Zhao Y., Zhang F. The use of anti-inflammatory drugs in the treatment of people with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): the perspectives of clinical immunologists from China. Clinical Immunology. 2020. 214 P. 108393.

КОШКА К.

*Магістрант 1-го року підготовки
спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ (ІХС)

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) — захворювання, яке виникає внаслідок абсолютного або відносного порушення кровопостачання міокарду через ураження коронарних артерій серця.

В основі ішемічної хвороби серця лежить порушення кровотоку в коронарних судинах, що призводить до недостатнього

кровапостачання серцевого м'яза. Переважно ішемічну хворобу серця зумовлює атеросклероз. Внаслідок утворення атеросклеротичної бляшки просвіт судини звужується. Слід зазначити, що атеросклероз може розвинути не тільки в коронарних, але й в будь-яких інших судинах людського організму.

Ступінь дослідження проблем. Проблему захворювання ішемічної хвороби серця вивчав Г.Ф.Ланг

Метою нашого дослідження було вивчення ефективних шляхів комплексного застосування засобів фізичної реабілітації при ішемічній хворобі серця на стаціонарному етапі реабілітації.

Завдання:

1. Дослідити патофізіологічні особливості захворювання.
2. Дослідити особливості завдань та організації сучасної фізичної реабілітації при ішемічній хворобі серця на стаціонарному етапі реабілітації.
3. Вивчити ефективні методи фізичної реабілітації при ішемічній хворобі серця на стаціонарному етапі реабілітації.

Сутність дослідження. Захворювання серцево-судинної системи відносяться до числа найбільш розповсюджених і частіше інших призводять до інвалідності і смерті. Для багатьох з них характерний хронічний перебіг з поступово прогресуючим погіршенням стану хворого. Однією з причин збільшення кількості захворювань серцево-судинної системи є зниження рухової активності сучасної людини. Тому для попередження цих хвороб необхідні регулярні заняття фізкультурою, включення в режим дня різної м'язової діяльності. При наявності захворювання заняття фізичними вправами справляють лікувальний ефект і припиняють подальший його розвиток. Суворо дозовані, поступово зростаючі фізичні навантаження підвищують функціональні можливості серцево-судинної системи, служать важливим засобом реабілітації. При хронічних захворюваннях, після того як досягнуте стійке поліпшення і подальше удосконалювання функцій серцево-судинної системи неможливе, фізичні вправи застосовуються як метод підтримуючої терапії. Таким чином, фізичні вправи, лікувальна фізична культура (кінезитерапія) є важливим засобом профілактики, лікування, реабілітації і підтримки досягнутих результатів.

Захворюваннями серцево-судинної системи є: ендокардит, міокардит, перикардит, дистрофія міокарда, вроджені і набуті вади серця, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, гіпер- та гіпотонічна хвороби, облітеруючий ендартеріїт, тромбофлебіт, варикозне розширення вен. Виникненню захворювання сприяє ряд чинників

зовнішнього і внутрішнього середовищ: переїдання, вживання алкоголю, паління, гіподинамія, фізичні і нервово-психічні перевантаження, інфекції, інтоксикації, спадковість тощо.

Захворювання серцево-судинної системи проявляються болем у ділянці серця, порушенням його ритму, серцебиттям, задишкою, набряками, синюшністю (ціаноз). Вони супроводжуються недостатністю кровообігу різного ступеня. Ішемія міокарда, як вияв ішемічної (коронарній) хвороби серця, є наслідком зменшення його перфузії кров'ю і недостатньої доставки кисню, які поєднуються з порушенням відтоку продуктів обміну речовин.

Виникнення ішемії міокарда може обумовлюватись:

- наявністю стенозу коронарної артерії;
- зміною тонуусу або появою спазму артерії.

Нерідко обидва чинники відіграють роль в розвитку епізодів ішемії, які можуть супроводжуватися появою симптомів, частіше у вигляді болю, або бути безболівими.

Збереження балансу між потребою і доставкою кисню забезпечується за допомогою існуючих механізмів саморегуляції тонуусу артерій, об'єму коронарного кровотоку. Потребу міокарда в кисні визначають наступні чинники:

- а) частота ритму серця;
- б) скоротливість міокарда;
- в) систолічне напруження стінки шлуночків.

Зокрема, збільшення цих показників підвищує потребу в кисні.

Тонус коронарних артерій залежить від інтенсивності метаболізму, нейрогуморальних впливів і величини екстравааскулярного стиснення. На величину коронарного кровотоку впливає тривалість діастолі. Крім того, доставка кисню може порушуватися у зв'язку із зміною транспортних властивостей крові (наприклад, через анемію або метгемоглобінемію і т.п.).

Потреба міокарда майже повністю забезпечується шляхом аеробних процесів. Екстракція кисню з крові максимальна, тому зменшення його доставки дуже швидко змінює тонус коронарних артерій. При збільшенні потреби кровотік починає зростати в межах 1 с. і максимум його досягається до 15-20-ї секунди, що пов'язується з судинорозширювальною дією аденозину, оксиду азоту (NO), простагландинів, іонів водню. Зокрема, вміст аденозину і його метаболітів (інозину, гіпоксантину) наростає паралельно тривалості ішемії і призводить до розвитку реактивної гіперемії метаболічного походження.

Ендотеліальна дисфункція. Ендотелій також продукує

вазодилатуючі і вазоконстрикторні субстанції. Вазодилатуючий вплив здійснює в основному ендотелій - залежний фактор, що є молекулою NO. При атеросклерозі коронарних артерій у відповідь на навантаження, дію холоду, прискорення серцевого ритму або підвищення викиду катехоламінів не відбувається посилення синтезу ендотелій-залежного чинника і розширення коронарного русла, а в протилежність цьому можливе виникнення вазоконстрикції.

При ендотеліальній дисфункції речовини, що утворюються під час агрегації тромбоцитів і тромбоутворення, зокрема серотонін, здатні викликати звуження просвіту коронарних артерій. Крім того, ендотелій продукує вазоконстрикторні чинники - ендотеліни.

Більш потужною дією в порівнянні з іншими ендотелінами володіє ендотелін-1, який також здійснює найбільш тривалу дію (від декількох хвилин до декількох годин). В той же час дія ендотелій-залежного чинника триває лише декілька секунд. Синтез ендотеліна посилюється під впливом тромбіна, ангіотензину II, адреналіну і вазопресина. Концентрація ендотеліна в плазмі крові збільшена при атеросклерозі, інфаркті міокарда, артеріальній гіпертензії і застійній серцевій недостатності. Ендотелін-1 також продукується також макрофагами, що є в бляшках, особливо при гострому коронарному синдромі, тобто при надриві або розриві бляшок.

Тонус коронарних артерій контролюється адренергічною іннервацією, наприклад стимуляція альфа-адренорецепторів може викликати коронарний спазм і призвести до появи ішемії міокарда, що клінічно кваліфікується як вазоспастична стенокардія (стенокардія Принцметала).

Наявність бляшки в артерії може обмежувати кровотік. Проте вираженість порушення залежить від ступеня звуження просвіту судини і його протяжності, а також від ступеня розтяжності або ригідності стінки артерії, наявності на ній агрегованих тромбоцитів або тромбозу.

Негативний вплив стенозу на величину кровотоку може бути зменшений компенсаторною дилатацією артеріол, розташованих дистальніше звуження, і зменшенням опору току крові, тому у спокої при невеликому або помірному ступені стенозу кровотік не страждає. Проте величина максимального кровотоку починає знижуватися при зменшенні просвіту судини на 30-45 %. Можливість збільшення кровотоку при збільшеній потребі повністю зникає при стенозі, що звужує просвіт на 90% і більше. При цьому має значення також і геометрична характеристика стенозу, зокрема його ексцентричне

розташування, крутизна підйому бляшки, її довжина.

При атеросклерозі коронарних артерій в найбільшому ступені знижується кровопостачання субендокардіальних шарів міокарда за рахунок перерозподілу кровотоку на користь субепікардіальних шарів.

Зниженню кровотоку сприяє синдром обкрадання, що викликається аденозином, а також підвищений тиск кінцевої діастолі в лівому шлуночку, що спостерігається при артеріальній гіпертензії або серцевій недостатності.

Перехідна ішемія міокарда (больова або безбольова її форма) виникає при стенозі основної гілки (або гілок) коронарної системи кровообігу в межах 70 % від діаметра просвіту судини. Тільки при стенозі основного стовбура лівої коронарної артерії, що досягає 50 %, можлива поява епізодів ішемії.

Протипоказання до призначення ЛФК: наявність частих нападів стенокардії, передінфарктного стану, гострого інфаркту міокарда; серйозні порушення ритму і провідності серця з вираженою серцево-судинною недостатністю; тромбоемболічні ускладнення, неадекватні реакції серцево-судинної системи на навантаження та негативна динаміка на ЕКГ, гострі запальні захворювання, загострення супутніх хвороб (висока гіпертензія, цукровий діабет та ін.).

У стаціонарі хворим призначають ЛГ, РГГ. Дозовану ходьбу по рівній місцевості в повільному або середньому темпі, заняття на тренажерах з урахуванням толерантності до фізнавантаження, теренкур. Після виписування зі стаціонару хворі продовжують заняття в кабінетах ЛФК поліклініки, кардіологічного диспансеру, центру реабілітації. Призначають дозовану ходьбу по рівній місцевості, заняття на тренажерах, рухливі та спортивні ігри, прогулянки, їзду на велосипеді, оздоровчий біг підтюпцем, поєднуючи його з ходьбою, лікувальний масаж, загартовування повітряними і водними процедурами. ЧСС після навантажень не повинна збільшуватись понад 20 уд. за 1 хв. порівняно зі станом спокою, термін реституції - 6-8 хв. У разі неадекватної реакції на навантаження в хворого може з'явитись біль за грудиною, слабкість, пітливість, запаморочення, задишка, виражена тахікардія, значне коливання артеріального тиску, збільшений період відновлення, на ЕКГ ознаки ішемії міокарда. Заняття ЛФК із хворим на ішемічну хворобу серця (ІХС) ІV ФК проводять у кардіологічному стаціонарі, призначаючи навантаження малої інтенсивності - 50% від індивідуальної порогової ЧСС. Під час занять ЛФК із хворим на ІХС ІІІ ФК („слабка" група) ЧСС може сягати 100-105 за 1 хв., на пік навантаження припадає 125-135 скорочень за 1 хв. У хворих на ІХС І та ІІ ФК Лікувальна фізична

культура Осіпов В.М. 38 („сильна група) ЧСС під час навантажень може сягати 105-110 за 1 хв. та 135- 145 припадає на „пік“ навантаження. До закінчення перебування в стаціонарі хворі на ІХС мають можливість засвоїти ходьбу в темпі 3-4 км/год, тренування на велотренажері. Щоб уникнути перевантажень, користуються тренувальним рівнем ЧСС, який становить 70-90 % від індивідуальної порогової ЧСС. До початку заняття проводять опитування хворого, його огляд, визначають ЧСС, артеріальний тиск, знімають ЕКГ, оцінюють функціональні можливості. Заняття ЛФК припиняють, якщо з'являється напад стенокардії. Про ефективність занять ЛФК свідчить поліпшення загального стану хворого, ліквідація нападів стенокардії або їх зменшення, відсутність ознак серцевої недостатності, оптимізації реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження, відновлення працездатності і можлива відмова від коронаророзширювальних засобів або зменшення їх дози. Хворі повинні поступово збільшувати рухову активність та регулярно займатися фізичними тренуваннями в кабінеті ЛФК - самостійно або в групах здоров'я. Хворі щодня виконують РГГ, здійснюють прогулянки до 8-10 км у середньому і повільному темпі, їздять на велосипеді, займаються на тренажерах. Ведення здорового способу життя, боротьба зі шкідливими звичками, регулярні заняття фізичними вправами значно поліпшують здоров'я хворих та їх фізичну працездатність. Покращення фізичного стану і поновлення працездатності хворих є необхідною умовою профілактики прогресування атеросклерозу та виникнення його ускладнень.

Список використаної літератури

1. Амосов Н.М. Моя система здоров'я. - Киев: Здоров'я, 1997. - 54 с.
2. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии. - 2-е изд. - Киев: Здоров'я, 1990. - 288 с.
3. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. - Киев: Зйоров'я, 1984.- 232 с.
4. Апанасенко Г.Л., Волков В.В., Науменко Р.Г. Лечебная физкультура при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. - Киев: Здоров'я, 1987. - 120 с.
5. Брегг П. Как сохранить ваше сердце здоровым: Путеводитель к предупреждению и контролю сердечных проблем: Пер. с англ. - К.: Сьенас, 1996. -90с.
6. В. Зотов, М. Белов. Введение в оздоровительную реабилитацию: В 2 кн. - Кн. 1. - К.: Медекол, 1995.–181с.

7. Гасилин В.С., Куликова Н.М. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда. - М.: Медицина, 1984. - 174 с.
8. Готовцев П.И., Субботин А.Д., Селиванов В.П. Лечебная физкультура и массаж. - М.: Медицина, 1987. - 304 с.
9. Грейда Б.П., Завацький В.І. Лікувальна фізична культура. – Луцьк, 1993. – 88с.
10. Журавлева А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура / Руководство.- М.: Медицина, 1993.- 432 с.

МАЗУР Д.

*здобувач 5-го року підготовки
спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ НЕВРОЗАХ.

Актуальність. Неврози - це група захворювань, що виникають внаслідок впливу психічної травми і супроводжуються порушенням загального самопочуття, нестійкістю настрою та сомато-вегетативними проявами. Невротичний зрив, можливий у будь-якої людини, однак, його характер і форма визначаються цілою низкою чинників. З одного боку, формування неврозу знаходиться в безпосередній залежності від особистісних особливостей людини, її спадкової витривалості, зовнішніх впливів, рівня пристосувальних можливостей організму. З іншого боку, виникнення того чи іншого неврозу визначається характером психічної травми, яка може бути гострою, одномоментною (наприклад, раптова смерть близької людини) або довгостроково існуючої несприятливою ситуацією (конфліктна напружена обстановка в сім'ї, на роботі). Проте, в будь-якому випадку, психогенна ситуація повинна бути емоційно значущою для хворого, мати певну життєву цінність. Крім цього, неврози частіше виникають у осіб, які перенесли психічну травму в дитячому віці, які виховувалися у несприятливих сімейних умовах, які часто хворіють соматичними хворобами.

Ступінь дослідження проблем.

Біологічними передумовами неврозів є зниження біотонусу

організму, соматична обтяженість, невротія, в основі якої Є.І. Кириченко і Л.Т. Журба знаходять функціональну недостатність вегетативної регуляції.

У роботах С.В. Лебедева встановлено статистично достовірний зв'язок невротії з невротами. У дітей з уродженою і придбаною фізичною неповноцінністю часто виявляються психогенні реакції і патологічні зміни характеру чи патологічний розвиток особистості. Невротичні реакції можуть також виникати на тлі затримки психічного розвитку і резидуальної церебральної органічної недостатності. Останнім часом зростає інтерес до проблем порушення сну при невротизації у дітей. Існує думка, що ці захворювання завжди супроводжуються розладами сну.

Вікові особливості виникнення невротів вивчали Г.Е. Сухарева і Л.С. Юсевич. Автори вказують на наростання з віком конфліктів внутрішнього порядку, обумовлених розвитком самооцінки, вимогливості до себе і здатності до інтрапсихічної переробки. За В.Н. Мясіщевим, сутність невротизації полягає в невідповідності між можливостями, що знаходяться в розпорядженні особистості, і тими обов'язками, що виникають з наявності визначених соціальних відносин. Для його виникнення необхідне сполучення 3 ланок: психічної травми, особливого складу особистості і її невротичного розвитку під впливом травми. Автор вважає центральним у генезі невротизації порушення контактів з оточуючими, а саме захворювання розглядається як більш-менш компенсований зрив особистості при її розвитку і спробах ствердження в деяких позиціях.

Проблема захворювань нервової системи завжди була дуже гострою. Це пов'язано з соціальними умовами суспільного життя, які постійно змінюються, ускладнюються, і висувають підвищені вимоги до адаптації та соціалізації особистості. Останнім часом все більше утверджується реабілітаційний напрям, стрижнем якого є етапне, відновне комплексне лікування захворювань і ушкоджень, зокрема, й нервової системи. Вона поліпшує якість лікування, запобігає можливим ускладненням при захворюваннях і травмах, прискорює відновлення систем і органів, тренує і загартовує організм, повертає працездатність, зменшує ймовірність інвалідизації.

Немає у людини цінності більшої за здоров'я. Здоров'я людини характеризується на основі об'єктивних даних, анатомічних, фізіологічних, біохімічних та клінічних досліджень. Про здоров'я можна судити і по кількісних показниках. Мова йде про здібності організму пристосовуватись до змін навколишнього середовища.

Схильність організму до адаптації тісно пов'язано зі ступенем його тренуваності, але при цьому необхідно враховувати спадковість і конституційні особливості, соціальну та інші сфери, мають значення також і вік людини - по мірі старіння послаблюється пристосування організму.

Хвороба розвивається тоді, коли порушені функції органу, фізіологічні системи або всього організму, або ж втрачено їх взаємна погодженість. В результаті хвороби порушується рівновага між організмом і навколишнім середовищем.

Неврози являють собою захворювання, які виникають внаслідок гострого або тривалого перенапруження нервової системи, перевтоми, порушення режиму праці і відпочинку, перенесених психічних травм та інших захворювань.

Найчастіше стресові ситуації є причиною неврозів. За даними всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на неврози сьогодні хворіє 85% населення земної кулі, однак кількість їх постійно зростає. Невроз - це хвороба адаптації, наслідок зриву пристосувальних механізмів нашого організму після того, як вичерпалися всі резерви протидії стресу. Неврози є зворотними патологічними порушеннями, які пов'язані з функціональними, а не органічними порушеннями в організмі. Для неврозів характерні розлади сну, головний біль, що виникає при розумовому, фізичному і емоційному напруженні, може виникати запаморочення або нудота. Згодом може виникнути прискорення частоти пульсу, або його зниження, короткочасне підвищення або зниження артеріального тиску, підвищення або зниження пітливості.

В процесі еволюції при зіткненні організму з труднощами, було доведено, що він виробляє такі основні типи реагування: активний – це боротьба; пасивний – це втеча; компромісний – це терпіння. Незалежно від того, який тип реагування вибере організм, перша реакція буде однотиповою – мобілізація функціональних можливостей для подолання надто високих потреб. Часто при цьому виникають так звані реактивні стани.

Реактивними станами називаються тимчасові оборотні розлади психічної діяльності, що виникають як реакція у відповідь на вплив психічної травми.

Термін "реактивні стани" прийнятий переважно у вітчизняній психіатричній літературі. У західно-європейській і американській літературі аналогічні стани описуються різними авторами під різними назвами: аномальні реакції, психогенні реакції, стрес-реакції і т.п.

Реактивні стани становлять дві основні підгрупи:

- 1) неврози;
- 2) реактивні (або психогенні) психози.

Основною клінічною ознакою другої підгрупи є продуктивна психотична симптоматика, що відсутня при неврозах. Неврози розвиваються найчастіше під впливом тривалого впливу психогенних факторів, у той час як реактивні психози - у результаті гострої, сильної психічної травми. Виходячи з теми нашої роботи, зупинимося на характеристиці неврозів.

Неврози належать до захворювань і травм центральної нервової системи. Це захворювання нервової системи, обумовлені тривалим психічним перенапруженням. Проявляються різноманітними нейропсихічними розладами. Останнім часом неврози стали досить поширеними захворюваннями. Вони частіше виникають в осіб з уродженою або набутою слабкістю нервової системи. Неврози можуть розвиватися й на ґрунті перенесених захворювань і травм.

За І.П. Павловим, в основі розвитку неврозів лежать зрив вищої нервової діяльності, зумовлений перенапруженням подразнюючого або гальмівного процесів, порушення їхньої рухливості. Головною причиною неврозів є гостра або хронічна психічна травма. Вони можуть виникати також унаслідок травми голови, хронічної інтоксикації, тривалих інфекційних захворювань, патології залоз внутрішньої секреції, неправильного виховання.

Перенапруження подразнюючого процесу виникає внаслідок різних тяжких переживань, складних життєвих ситуацій, як результат мікросоціальних конфліктів, постійного відчуття страху та небезпеки, безвихідних, на думку пацієнтів, життєвих обставин. Перенапруження гальмівного процесу спричиняє необхідність постійно і тривалий час стримуватись, не виявляти своїх думок, почуттів, бажань.

Отже, як фактор ризику неврозів варто назвати:

- фізичне перенапруження;
- соматичні хвороби;
- травми;
- неблагополуччя в родині;
- професійну незадоволеність;
- зловживання алкоголем;
- безконтрольне вживання снодійних засобів.

Розглядаючи етіологію неврозів варто зазначити, що найбільше визнання отримала поліфакторна модель, заснована на комплексній оцінці ролі біологічних (спадковість, конституція, вагітність і пологи)

психологічних (преморбідні особливості особистості, психічні травми в дитячому віці, психотравмуючі ситуації, їх актуальність і тривалість) і соціальних (батьківська сім'я, освіта, професія, умови виховання та ін.) факторів.

З точки зору сучасних дослідників, існує генетична схильність, з одного боку, до розвитку певних рис особистості, з іншого - до вибіркової нетерпимості деяких впливів, а також генетичний контроль за формуванням нейрофізіологічних функцій. При виникненні неврозів мають значення і ускладнення вагітності у матері хворого, патологічні пологи, стать і вік особи, яка страждає на невроз. Вивчення хвороб і захворювань неврозами показало, що невротичні розлади переважають у чоловіків і жінок старших 30 років. Невротичні розлади у жінок протікають тяжче і закінчуються інвалідизацією значно частіше, ніж у чоловіків.

Психопатія або акцентуація характеру може слугувати джерелом для виникнення неврозів в несприятливій психічній ситуації. Неврози виникають швидше тоді, коли нервова система послаблена інфекційними захворюваннями, інтоксикацією (особливо алкоголізацією), черепно-мозковою травмою, перевтомою. Роль супутніх соматичних хвороб характерна для сучасних неврозів, які виникають в умовах постійного психоемоційного напруження. В кризові періоди життя (пубертатний і клімактеричний) особистість більш вразлива до неврозів.

В основу патогенезу неврозів лягло розроблене І.П. Павловим вчення про типи вищої нервової діяльності з визначеними співвідношеннями першої і другої сигнальних систем, кори і підкірки. Під неврозом І.П. Павлов розумів тривале порушення вищої нервової діяльності, викликане перенапруженням нервових процесів в корі півкуль великого мозку дією неадекватних за силою або тривалістю зовнішніх подразників. Для даної концепції неврозів характерне, по-перше, психогенне виникнення зриву вищої нервової діяльності, що створює кордони між неврозами і зворотніми розладами не психогенної природи; по-друге, зв'язок клінічних форм неврозів з типами вищої нервової діяльності, що дозволяє розглядати класифікацію неврозів не тільки з клінічної, але й з патофізіологічної точки зору. Неврози розвиваються частіше у людей, яких за типом темпераменту можна віднести до холериків та меланхоліків.

Загальний патогенез неврозів можна представити в такий спосіб:

1) зниження біотонусу і зміна реактивності в результаті дії захисних сил організму, що послабляють пері - і постнатальних факторів;

2) своєрідність преморбідного розвитку у виді головним чином сензитивності і латентності, що подовжують процес соціалізації і підсилюють сприйнятливність до дії стресових факторів. Наявність важкосумісних сполучень деяких рис темпераменту і характеру, що порушують баланс взаємодії внутрішніх сил розвитку;

3) загострення конституціонально-генетичних особливостей під впливом стресових факторів;

4) формування невдалого особистісного досвіду, переломлюваного занепокоєнням, напругою й афективно-захисним типом реагування;

5) виникнення внутрішнього нерозв'язного конфлікту під впливом невдалого і драматично пережитого досвіду міжособистісних відносин і обумовлена цим дезінтеграція процесу формування особистості;

6) перенапруга психофізіологічних, адаптаційних можливостей організму і критичне наростання емоціональної напруженості під впливом стресових умов розвитку, подавленого зовнішнього вираження переживань і невіршеної особистої та сімейної ситуації;

7) "зрив" вищих нейрорегуляційних функцій з появою розгорнутої клінічної картини неврозу. У якості "пускового" фактора виступає гостра психічна травма. Під впливом дисстресу, що підриває захисні сили організму, декомпенсуються "місця найменшого опору" на органічно-дефіцитарному і конституціонально-генетичному рівні, у ще більшому ступені знижуються біотонус, життєва активність і віра в себе, зникає самобутність і припиняється процес творчого саморозвитку.

Список використаної літератури

1. Александров А.А. Современная психотерапия / Александров А.А. - К., 1997. - 334 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Александровский Ю.А. - М.: Медицина, 1995. - 400 с.
3. Алексеев А.В. Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических расстройствах / Алексеев А.В. - К.: СПб., 1998. - С.21-24.
4. Анастаси А. Психологическое тестирование / Анастаси А. - М., 1995. - 318 с.
5. Асагиани Н.М. Клиническая динамика неврозов и психопатий / Асагиани Н.М. - К., 1997. - 187 с.
6. Балун О.А. Влияние повторных курсов восстановительного лечения на эффективность реабилитации больных неврозами / Балун О.А., Триумфова Е.А. - М.: СПб. 2000. - 20 с.

МОВЧАН А.В.

*Здобувач 2 го року підготовки
Спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **ГОРОДЕЦЬКА О.О.***

*Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри соціальних технологій*

*Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»*

м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ВИВИХАХ ПЛЕЧА

Діагностика пошкодження і вибір подальшого методу лікування при первинному травматичному вивиху плеча залишається актуальною і не вирішеною проблемою сучасної ортопедії і травматології. Дослідження останніх років, особливо західних науковців, свідчать, що несвоєчасне і тим більше недостатньо правильне лікування вивихів в подальшому приводить до розвитку нестабільності плечового суглоба і є однією із причин розвитку НПС.

За даними літератури, на долю вивиху плеча припадає 50–60% усіх вивихів у суглобах людини [4]. Близько 70% усіх передніх вивихів плеча відбувається у віці до 30 років [1]. Ушкодження нервів, особливо аксиллярного, зустрічається в 10–25 % випадків [2,5]. Передньоверхні вивихи становлять до 75% усіх вивихів у плечо-вому суглобі. Серед них найчастіше трапляються піддзобоподібні і дуже рідко підключичні. Передньонижні вивихи становлять до 24%, і серед них розрізняють пахвовий та підсуглобовий. Вивих плеча, який триває більше трьох тижнів, складає 23,7–25% усіх вивихів плеча [1,2].

Через кілька тижнів після вивиху відбуваються рубцеві зміни в капсулі плечового суглоба. Проте, незважаючи на високу частоту випадків вивиху плеча, немає чітко розмежованої концепції для діагностики при первинному травматичному вивиху плеча і адекватного вибору методу подальшого лікування. На сьогодні все вищезазначене потребує вивчення, подальшої розробки і вдосконалення, особливо застосування методів фізичної реабілітації при травматичному вивиху плеча.

Настільки високий відсоток пошкоджень плечового суглоба

обумовлений його анатомічними особливостями та високими функціональними вимогами, що пред'являються до даного суглоба в процесі фізичної активності людини. Особливістю даного суглоба є те, що його стабільність в більшій мірі забезпечується за рахунок м'якотканих компонентів, а не кісткових. Саме в силу анатомо-фізіологічних особливостей цього суглоба, його пошкодження відрізняються значною важкістю та різного роду ускладненнями, що призводять до більш тривалого періоду непрацездатності, а в 4% випадків – до інвалідності [2, 3, 5].

Тяжкість травматичних вивихів плеча додатково ускладнюється відривом хрящової губи від суглобової западини лопатки та плечесуглобових зв'язок від кісткових структур, що спостерігається майже у 90,0% випадків [3].

Велику роль в етіології звичного вивиху плеча відводять пошкодженням зв'язкового апарату плечового суглоба та порушенням м'язової рівноваги між внутрішніми та зовнішніми ротаторами плеча, суттєвим дефектам хрящової губи, переломам лопатки та головки плечової кістки, збільшенню суглобового об'єму капсули суглоба, різним варіантам будови плечового суглоба та дисплазії суглоба [5]. При цьому варто враховувати й чималу роль утrogenних факторів розвитку: недостатня анестезія при усуненні первинного травматичного вивиху, неправильний вибір способу усунення вивиху, недостатні терміни іммобілізації, відсутність необхідного фізіотерапевтичного лікування та необґрунтовано ранне функціональне навантаження [6].

Залежно від положення голівки плеча після вивиху розрізняють передній вивих, що трапляється у переважній більшості випадків, а також нижній і задній вивихи. Після вправлення вивиху головки плечової кістки здійснюють іммобілізацію гіпсовою лонгетою або пов'язкою Дезо на 3-4 тиж.

В іммобілізаційному періоді, крім дихальних і загальнорозвиваючих вправ, проведених у вихідному положенні стоячи, і рухів у суглобах здорової руки, застосовують із перших днів після травми активні рухи в суглобах пальців ушкодженої кінцівки. Скорочення м'язів у периферичних відділах верхньої кінцівки поліпшує умови кровообігу, що сприятливо позначається на розвитку репаративних процесів у зоні ушкодження. Дуже важливим завданням відновного лікування є підвищення тону розтягнутих періартикулярних тканин (капсули суглоба, м'язів і зв'язкового апарату). З цією метою використовують фізичні вправи в умовах

ізометричного режиму роботи м'язів — ритмічне напруження м'язів передпліччя, і особливо плеча, через спроби зробити рух у променево-зап'ястковому, плечовому і ліктьовому суглобах. Протидія гіпсової пов'язки спричинює більш інтенсивне напруження м'язів. Ізометричне напруження м'язів відбувається одночасно і поперемінно з активними рухами в суглобах здорової кінцівки. Завдяки співдружності рухів і рефлекторних реакцій підвищується ефективність вправ.

Постімобілізаційний період. Основне значення має відновне лікування, проведене після зняття гіпсової пов'язки. Руку на 2-3 тиж укладають на широку косинку, яка добре підтримує плече (це сприяє притисненню головки плеча до суглобової западини і перешкоджає розтяганню капсули плечового суглоба). У перші дні після зняття іммобілізації у заняття включають піднімання надпліч, зближення лопаток, кругові рухи у плечових суглобах з невеликою амплітудою, згинання і розгинання, які виконують, не знімаючи руки з косинки. Для збільшення рухливості руки і зменшення загальної скутості рухів припустимі протягом перших 3-4 днів легкі погойдування у плечовому суглобі при положенні руки на косинці. Також можна застосовувати рухи із самопомогою в ліктьовому і плечовому суглобах: хворий піднімає напівзігнуту руку, підтримуючи її здоровою рукою, відводить плече, спираючись пальцями на грудну клітку, робить вправи в суглобах кисті та пальців. У міру опанування вагою кінцівки і зниження болісності у травмованому суглобі деякі вправи можна виконувати без косинки за допомогою здорової руки. Однак складність їх повинна зростати поступово. Протягом 10-14 днів не можна вводити в заняття коливальні та махові рухи рукою, тому що при цьому відбувається перерозтягнення капсули суглоба і періартикулярних тканин, які на цей час ще не достатньо зміцніли. У цьому періоді лікування через 3-4 тиж після травми основними вправами, виконуваними у положенні лежачи на спині, є активне відведення плеча з опорою на поліровану пластмасову панель, відведення і згинання у плечовому суглобі з підтримкою хворої руки здоровою, вправи з гімнастичною палицею, рухи у плечовому суглобі напівзігнутою і зігнутою рукою (при опорі кисті на ділянку плечового суглоба). Протягом наступного періоду лікування доцільно додавати вправи, спрямовані на поступове зміцнення м'язів, що оточують плечовий суглоб: відведення руки при опорі, здійснюваному методистом, подолання маси різних предметів, розтягування закріпленого гумового бинта та ін. Зміцненню суглоба шляхом

підвищення силової витривалості оточуючих його м'язів сприяють також рухи, виконувані хворим під час самообслуговування й у побуті, трудотерапія.

У відновному періоді головну увагу слід звернути на відновлення сили і витривалості м'язів, що зміцнюють плечовий суглоб, а також м'язів верхньої кінцівки і лопатки. З цією метою, крім спеціальних вправ на блокових апаратах, з гантелями, еспандерами і гумовими бинтами, слід широко використовувати трудотерапію[1,2].

Список використаної літератури

1. Підручник «Ортопедія і травматологія» для лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, лікарів, що навчаються на циклах підвищення кваліфікації, спеціалізації й інших видах післядипломної освіти / О.М.Хвисьюк, М.І.Хвисьюк, М.О.Корж, Г.Г.Голка [та ін.]; – 2-ге вид.,переробл. і доповн. – Харків: Оригінал, 2018. –720 с
2. Литвин Ю.П., Чабаненко И.П., Пивень Ю.М. Современные принципы диагностики и лечения травматического вывиха плеча. Вестник ортопедии, травматологии и протезирования. 2006;(1):25-28.
3. Матвеев Р.П., Асланов В.А. Анализ результатов лечения первичного травматического вывиха плеча. Травматология и ортопедия России. 2011;(1(59)):96-100.
4. Матвеев Р.П., Асланов В.А. Новый взгляд на лечение первичного травматического вывиха плеча. Врач-аспирант. 2010;(6.2(43)):248-254.
5. Матвеев Р.П., Асланов В.А. Новые шаги в консервативном лечении первичного травматического вывиха плеча. Врачаспирант. 2012;(6.2(43)):213-217.
6. Неверов В.А. Современный взгляд на лечение больных с травматическим вывихом плеча. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2007;(2):51-54.

НАСТАВНА Т.В.

*Здобувача 2 го року підготовки
Спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»
Науковий керівник: **ГОРОДЕЦЬКА О.О.**
Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОЖИРІННІ

Ожиріння, що призводить до значного погіршення рівня здоров'я населення, до зростання ризику багатьох хронічних захворювань, є однією з найгостріших проблем як в Україні так і у світі [4, 5]. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейський Союз назвали ожиріння відвертим викликом для охорони здоров'я ХХІ ст.

Ожиріння є одним з найпоширеніших у світі хронічних захворювань не тільки дорослих, а й молоді. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ще в 1997 р оголосила цю патологію глобальною епідемією, яка і на сьогоднішній день залишається однією з найбільш значущих проблем медицини. У черговій доповіді комітету ВООЗ з ожиріння відзначено, що «надмірна маса тіла і ожиріння в даний час настільки поширені, що впливають на здоров'я населення більше, ніж традиційні проблеми охорони здоров'я, зокрема, голодування і інфекційні захворювання» [1,4]. Так, за оцінками експертів цієї міжнародної організації, в 2008 році більше 1,4 мільярда дорослих людей від 20 років і старше мали зайву вагу. З них більше 200 мільйонів чоловіків і близько 300 мільйонів жінок страждали ожирінням. У 2012 р абсолютна чисельність пацієнтів з цією патологією становила вже близько 1,7 мільярда чоловік [1].

Згідно з даними численних досліджень сучасна людина займається фізичними вправами при наявності сформованої потребно-мотиваційної ланки, де не останню роль відіграє соціальний статус особистості [2].

У культурологічному аспекті фізичного розвитку людини можна виділити два рівня. Перший рівень є власне культурний, на якому розробляються моделі і норми поведінки, а потім засвоюються в

готовому вигляді з конкретної культури [5]. Він має двосторонню проявленість в змістовному і виразному планах, що дозволяє йому бути репрезентованим в деяких стандартах краси, пропорційності та естетики, а також володіти культурним змістом сучасності: відповідати здоровому способу життя, формувати культуру здоров'я, зміцнювати адаптаційні можливості організму, виконувати функції біологічного відтворення. Другий рівень включає сприйняття людиною власного тіла, чуттєве забарвлення цього сприйняття і те, як, на його думку, оцінюють його оточуючі [2,4]. Серед основних шляхів досягнення формуванню культури здоров'я і мотиваційних установок на здоровий спосіб життя студентів, фахівці [2] наголошують на необхідності вирішення наступних завдань:

- культурологічних (пов'язаних з формуванням культури здоров'я, організацією дозвілля студентів, популяризацією здорового способу життя);

- екологічних (адекватне для здорового способу життя навколишнє середовище і раціональне природокористування);

- особистісних (орієнтація конкретного студента на формування, збереження і зміцнення свого здоров'я, що встановлює відповідальність особистості за своє здоров'я) [3].

Необхідно констатувати той факт, що питанню розробки та впровадження інформаційних технологій, які використовуються для підвищення рівня теоретичних знань студентської молоді, щодо основ здорового способу життя, формування культури здоров'я, останнім часом присвячені праці багатьох фахівців.

Для підвищення теоретичних знань студентської молоді М.А. Колос [4] розроблено інформаційно-методична систему (ІМС) «Гармонія тіла».

Як зазначає вчений ІМС дозволяє активно залучати студентів у діалоги зі своїми однолітками, з якими вони можуть обмінюватися досвідом і знаннями з досліджуваного питання. Використання інформаційних технологій значно розширює діапазон дидактичних можливостей викладачів і тих, хто займається керуванням процесу фізичного виховання у ЗВО.

Групу інтерактивних методів концепції формування здорового способу життя (ЗСЖ) студентів в процесі фізичного виховання з використанням інноваційних технологій становили: міні- лекція, інформаційне повідомлення, презентація, «мозковий штурм», обговорення і дебати, рольова гра, метод проєктів. Як зазначає фахівець [1] ефективному їх включенню в процес фізичного виховання

сприяли інформаційні технології, які дозволили якісно забезпечити студентів інформацією, сформувати стійкий інтерес і підвищити мотивацію до занять з фізичного виховання. У даному цільовому напрямі запропоновано до використання технологію електронної аудіо- і відеопрезентації; технологія веб-проектування та технологія електронного портфоліо. Технологія електронної аудіо- і відеопрезентації розглядалася автором [3] з метою забезпечення динаміки взаємин візуальних і вербальних елементів і застосовувалася під час проведення міні-лекцій, інформаційного повідомлення, презентації та методу проєктів. Метод проєктів був задіяний в рамках годин самостійної роботи і запропонований для студентів експериментальних груп як конкурс за темами «Життя проти наркотиків» і «Роль рухової активності та природних сил природи в житті сучасної студентської молоді» [1,5].

Технологія веб-проектування застосовувалася фахівцем [3] для створення зовнішнього мережевого ресурсу – розробленого освітнього веб-порталу «Здоровий спосіб життя», який за своїм змістом включав систематизовані теоретичні відомості про ЗСЖ, його користь, переваги та мотиваційної складової, комплексами фізичних вправ, спрямованих на зміцнення здоров'я [2].

«Здоровий спосіб життя», «В здоровому тілі, здоровий дух», «Моніторинг». Модуль «Практика» включає інформацію щодо використання засобів атлетичної гімнастики з урахуванням типу тілобудови і стану біогеометричного профілю постави студентів.

Мультимедіа інформаційно-методична система «Perfectum corpus» дозволяє інтегрувати різні середовища подання інформації – текст, статичну і динамічну графіку, відеозаписи – в єдиний комплекс, що дозволяє студенту стати активним учасником процесу фізичного виховання. Бонусний модуль мультимедійної інформаційно-методичної системи включає: «Цікаві відео», «Інтернет ресурси», «Види рухової активності» [2,4].

З огляду на низьку ефективність традиційних засобів фізичного виховання у підвищенні рівня теоретичних знань. Зазначений підхід дозволив фахівцю підвищити ефективність засвоєння теоретичних знань, які подавалися студентам доступно, у цікавій формі, з урахуванням сучасного темпу життя молоді людини. Було запропоновано ведення електронного щоденника здоров'я – програма Microsoft Corporation «MSN Здоров'я та фітнес», яка встановлювалася на операційну систему мобільного телефону. У щоденнику здоров'я студенти мали змогу самостійно розширити систему знань щодо

формування, збереження та зміцнення здоров'я особистості, ознайомитися з методиками самоконтролю та самокорекції [3]. У ньому студенти фіксували показники фізичного стану, доповнювали знання з організації рухової активності.

Частиною авторської технології спрямованої на корекцію фізичного стану студентів спеціальності «Музичне мистецтво» у процесі професійно-прикладної фізичної підготовки для підвищення є «Теоретичний блок» [2], важливою складовою якого являвся став інформаційно-методичний проект

Системний аналіз опрацьованих сучасних джерел вітчизняного та іноземного походження, дозволив встановити, що проблема надмірної ваги та ожиріння за останні десятиріччя набула масштабів світової епідемії. Близько 95% ожиріння має екзогенний характер та виникає у зв'язку з низькою соціальних факторів та малорухливим стереотипом життя. Але дуже гостро стоїть питання стрімкого розвитку надмірної ваги та ожиріння серед осіб молодого віку, оскільки наслідки призводять до значних порушень фізичного та психічного здоров'я.

У фаховій літературі представлено значну кількість інформації стосовно програм корекції надмірної ваги та ожиріння. Авторів об'єднує думка стосовно комплексного підходу, але спостерігається вельми суперечлива думка стосовно використання фізичних навантажень.

Можна зробити узагальнюючі висновки про те, що до сьогодні не обґрунтовані методичні підходи до застосування засобів фізичної реабілітації у хворих на ожиріння і метаболічний синдром. Рациональна організація діагностичної та лікувально-профілактичної роботи з такими пацієнтами, у поєднанні з освітніми заходами, є необхідною для досягнення найбільшої ефективності реабілітації, максимального зниження ризику ускладнень.

Зазначене обумовлює необхідність поглибленого вивчення впливу кінезітерапії у комплексі з іншими засобами фізичної реабілітації на показники здоров'я осіб з ожирінням і метаболічним синдромом в динаміці відновного лікування. Тому, розробка комплексної програми фізичної реабілітації для осіб молодого віку є оптимальною та своєчасною

Список використаної літератури

1. Котельников Г.П., Миронов С.П., Мирошніченко В.Ф. Травматология и ортопедия: учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 400 с.

2. Навчально-методичний посібник: Поперековий хребетний біль / О.М.Хвисяк, Г.Г.Голка та ін. - Харків: Планета-Прінт, 2017
3. Олекса А.П. Травматологія і ортопедія – К.; Вища Школа, 1993. – 511с.
4. Ортопедія і травматологія / За ред. проф. О.М.Хвисяка. – Х., 2013. 656 с.
5. Підручник «Ортопедія і травматологія» для лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, лікарів, що навчаються на циклах підвищення кваліфікації, спеціалізації й інших видах післядипломної освіти / О.М.Хвисяк, М.І.Хвисяк, М.О.Корж, Г.Г.Голка [та ін.]; – 2-ге вид.,переробл. і доповн. – Харків: Оригінал, 2018. –720 с

НАСТАВНА Т.В.

Здобувача 2 го року підготовки

Спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"

Вінницький соціально-економічний інститут

Університету «Україна»

*Науковий керівник: **ГОРОДЕЦЬКА О.О.***

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,

доцент кафедри соціальних технологій

Вінницького соціально-економічного інституту

Університету «Україна»

м.Вінниця

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ
СИНДРОМІ**

Значне підвищення поширеності ожиріння в останні 30 років – результат культурних і середовищних впливів. Збільшення дисбалансу між спожитими і витраченими калоріями дослідники пов'язують з висококалорійним харчуванням, порушенням харчової поведінки, збільшенням розмірів порцій, сидячим способом життя, низькою фізичною активністю [1].

Ожиріння негативно впливає на якість життя і всі сфери діяльності людини, часто приводячи до розвитку важких супутніх захворювань, втрати працездатності та інвалідності. Більшість людей з надмірною

масою тіла та ожирінням відчують об'єктивні труднощі внаслідок наявності серйозних відхилень в стані здоров'я, фізичних обмежень і психологічних проблем [4].

В останні роки увага широкого кола дослідників прив'язана до вивчення ролі ожиріння у розвитку метаболічного синдрому, який являє собою кластер чотирьох кардіометаболічних факторів ризику: ожиріння, дисліпідемії, артеріальної гіпертензії, порушення толерантності до глюкози або цукрового діабету 2 типу. Відзначено, що окремі складові МС можуть бути наявні або відсутні у кожному окремому випадку, але будь-який з них є незалежним фактором ризику серцево-судинних захворювань [3].

Сучасне розуміння механізмів розвитку метаболічного синдрому виглядає так: нездоровий спосіб життя і нераціональне харчування призводять до збільшення маси вісцерального жиру, зниження чутливості периферичних тканин до інсуліну та гіперінсулінемії (ГІ), які у свою чергу спричинюють розвиток АГ, порушень ліпідного, вуглеводного і пуринового обміну [13, 21].

Незважаючи на те, що патогенез метаболічного синдрому і окремих його компонентів носить складний характер і до кінця не вивчений, в даний час центральне ожиріння і резистентність до інсуліну визнані важливими причинними факторами цього синдрому [3]. Все більша кількість доказів вказують на те, що вісцеральна жирова тканина відіграє значну роль у розвитку метаболічного синдрому, і, відповідно, центральне ожиріння визначається як важливий предиктор розвитку цього синдрому [2,5].

Хронічний і прогресуючий характер захворювань, які спостерігаються у пацієнтів з МС, висока частота розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) і ускладнень, що призводять до інвалідизації населення, визначають необхідність створення нової стратегії фізичної реабілітації даної категорії хворих. До теперішнього часу єдиною стратегією фізичної реабілітації осіб молодого віку з ожирінням та МС не існує. Наявність у пацієнтів великої різноманітності модифікованих і немодифікованих факторів ризику обумовлює існування численних фенотипічних варіантів МС, які потребують індивідуального підходу до підбору фізичної реабілітації окремих його складових. У той же час, у багатьох дослідженнях було показано, що клінічно значиме зниження маси тіла супроводжується зниженням інсулінорезистентності (ІР), поліпшенням показників вуглеводного обміну, ліпідного спектра, позитивними змінами в системі гемостазу, зниженням артеріального тиску (АТ) [1].

Переважає більшість фахівців щодо тактики лікування МС висловлюють єдину думку про те, що терапією першого вибору є модифікація способу життя. Однак за результатами Кокранівського огляду, опублікованого в 2011 р, показано, що проводиться консультування і навчання пацієнтів щодо зміни способу життя не дозволяють домогтися зниження загальної смертності та смертності від ССЗ в загальній популяції. Зміна способу життя для більшості пацієнтів є досить проблематичним, а отриманий результат по зниженню маси тіла не утримується протягом тривалого періоду часу, в зв'язку з чим ефективність даної терапевтичної стратегії, на жаль, виявляється досить низькою. Для досягнення довгострокових переваг від зниження маси тіла вкрай важливо утримання досягнутого результату.

Корекційно-відновлювальні заходи, основою яких є засоби і методи фізичної реабілітації, знаходять широке застосування на всіх етапах лікування жінок з ожирінням у відділеннях ендокринології, медичних та лікувально-профілактичних закладах [2].

Основною метою дієтотерапії при лікуванні надмірної ваги та ожиріння є створення негативного енергетичного балансу або дефіциту калорій. В залежності від ІМТ ці значення будуть відрізнятися. В дієті пацієнтів з надлишковою масою тіла, що мають 2 або більше фактори ризику виникнення кардіоваскулярної патології та пацієнтам з ожирінням I ступеню, слід зменшити енергетичну цінність продуктів, що вони споживають, на 500 ккал/добу. Такий енергетичний дефіцит дозволяє зменшити масу тіла, приблизно на 0,5 кг на тиждень і втратити біля 10 % від початкової маси тіла за 6 місяців. Пацієнтам з ожирінням II – III ступеню слід використовувати більш агресивну дієту з енергетичним дефіцитом в 500–1000 ккал/добу, що дозволить втратити, приблизно, 1 кг маси тіла за тиждень та 10 % від початкової маси тіла за 6 місяців [1,2].

Багато авторів підкреслюють важливість застосування немедикаментозних засобів у відновному лікуванні хворих на ожиріння та метаболічний синдром – насамперед, фізичних навантажень, дієтотерапії та психотерапії, але ретельний аналіз вітчизняних та закордонних літературних джерел виявив лише поодинокі роботи, присвячені застосуванню засобів фізичної реабілітації у хворих з коморбідними станами. Науковцями наголошується, що кінезіотерапія відіграє незамінну роль в реабілітації хворих на ожиріння, однак не вирішені лишаються питання належних характеристик фізичного навантаження для осіб молодого віку.

Дослідниками зазначається, що комплексний підхід є обов'язковим у відновній терапії хворих на ожиріння і ризик метаболічного синдрому, однак в літературі не зустрічаються рекомендації щодо застосування комплексних програм фізичної реабілітації для цього контингенту хворих.

Враховуючи негативний вплив ожиріння на здоров'я людей, високий ризик виникнення численних захворювань та ускладнень, що загрожують інвалідністю і смертністю, необхідно виробити адекватний підхід до стійкого зниження маси тіла. Особливо це стосується молодих людей, у яких неправильно сформовані моделі поведінки (соматичної, психічної, харчової), в майбутньому можуть стати основою виникнення та прогресування різноманітних патологічних станів [5].

Список використаної літератури

1. Артымук Н.Е. Лептин и репродуктивная система женщин с гипоталамическим синдромом. *Акушерство и гинекология*. 2003;(4):36-9.
2. Балаболкин М.И, Клебанова ЕМ. Роль окислительного стресса в патогенезе сосудистых осложнений диабета. *Проблемы эндокринологии*. 2000;46(6):29-34.
3. Жукова Т.А. Влияние занятий гидроаэробикой на уровень развития физических качеств женщины зрелого возраста. В: Об эффективности тренировочной и соревновательной деятельности в спорте (научно-педагогическая школа Т. П. Зиневича): материалы Междунар. науч.-практ. конф. Минск; 2008. с. 219-21.
4. Івановська О, Жарова І. Методичні основи побудови та компоненти програми фізичної реабілітації жінок другого зрілого віку з ожирінням. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2017;28:151-6.
5. Медицинская реабилитация. Руководство / под ред. В. М. Боголюбова : в 3 т. – М. : Медицина, 1999. –Т. 1. – 684 с.

ПАНАСЮК О.П.

Здобувача 2 го року підготовки

Спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"

Вінницький соціально-економічний інститут

Університету «Україна»

Науковий керівник: ГОРОДЕЦЬКА О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,

доцент кафедри соціальних технологій

Вінницького соціально-економічного інституту

Університету «Україна»

м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ РОЗРИВУ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ

Серед всіх пошкоджень опорно-рухового апарата травми нижніх кінцівок займають понад 50 % [2,4]. Упродовж життя людини до сухожильно-м'язового апарату нижніх кінцівок пред'являються високі біомеханічні вимоги, що підвищує ймовірність його пошкодження. Сучасні наукові дослідження демонструють, що розрив ахіллового сухожилля є найчастішим пошкодженням великих сухожиль людини, особливо при заняттях спортом [1,3]. Регенерація тканин після таких пошкоджень триває роками. Від 4 до 9 % пацієнтів з розривом ахіллового сухожилля мають повторні пошкодження через 3-12 місяців після первинної травми [5].

Зміни, що відбуваються у травмованому сухожиллі безпосередньо впливають на стан м'язової тканини пошкодженої гомілки. У м'язах прогресують трофічні порушення і розвивається спайковий процес, що посилює дисфункцію та призводить до погіршення прогнозу повного відновлення рухової функції нижньої кінцівки [3,4]. Розрив ахіллового сухожилля різко знижує фізіологічний натяг м'язів, порушує пропріоцептивну іннервацію, призводить до грубих функціональних порушень нервово-м'язового апарату, що знаходить відображення у зниженні збудливості, тонуусу, біоелектричної активності і хронаксії [1, 2, 4].

За даними досліджень, традиційна методика ведення післяопераційного періоду передбачає іммобілізацію на 4-6 тижнів (гіпсова пов'язка від верхньої третьої стегна до пальців стоп з помірним згинанням у колінному та гомілковому суглобах), що призводить до різкого зниження тонуусу м'язів гомілки і їх атрофії, значного обмеження амплітуди руху у гомілковому та колінному

суглобах [4]. Це обумовлює постановку задачі відновлення функції триголового м'язу гомілки, об'єму руху у суглобах. Окрім того рішення цього завдання вимагає значно більших зусиль і часу, ніж було витрачено за весь період іммобілізації [1,3].

Іммобілізація укороченими лонгетами, що використовується при хірургічному лікуванні розривів ахіллового сухожилля, застосовувалася не завжди, а її попередником була іммобілізація високими лонгетами і гомілкового суглобу у положенні плантарної флексії, і колінного у зігнутому положенні з метою зниження натягу сухожилля. Проте з часом укорочені лонгети витіснили свого попередника за відсутності доказів переваг високої фіксації [1]. Наряду з цим відзначається відсутність впливу кута у колінному суглобі на кінцівці після хірургічного з'єднання ахіллового сухожилля на рівень його натягу, як це спостерігається на непошкодженій кінцівці. В основу цього факту дослідники поклали можливість елонгації сухожилля при зшиванні і зміни у тонусі знерухомленого м'язу [6].

Встановлено, що при тривалому виключенні функції м'язів в них розвиваються деструктивні і проліферативні зміни у вигляді коагуляційного некрозу, зернистого і восковидного переродження волокон, розростання сполучної тканини [4, 5,6].

Порівнюючи чутливість до іммобілізації при розривах ахіллового сухожилку, дослідники констатують, що на камбаловидний м'яз іммобілізація впливає більш суттєво. Якщо іммобілізація проводиться до колінного суглоба то, двоголовий м'яз гомілки зазнає менших змін за рахунок збереження певної рухової активності у колінному суглобі, оскільки бере свій початок від стегнової кістки. Наряду з цим впливають і особливості м'язової тканини: камбаловидний м'яз має більший відсоток м'язових волокон І типу [1,2], котрі при іммобілізації являються більшою мірою схильними до атрофії, оскільки такого типу волокна переважають у поступальних м'язах і відповідають за постуральний контроль, працюючи переважно за умови статичного положення тіла [2]. Враховуючи відсутність участі у постуральному балансі, за рахунок іммобілізації, веретена постуральних м'язів гомілки розслабляються, а зменшення гравітаційного навантаження на кінцівку, інтенсивності пропріорецептивної імпульсації, припинення аферентної імпульсації, що є необхідним для функціонування м'язових волокон 1-го типу, призводить до більш значних змін серед червоних тонічних м'язів. Зміни у іммобілізованих м'язах відбуваються внаслідок перемін нейротрофічного впливу аферентно- еферентної інтегративної діяльності [2].

Дослідження приводять дані щодо впливу горизонтального положення на морфо-функціональний стан триголового м'язу гомілки: через п'ять тижнів сила зменшується на 26 %, а площа поперечного перерізу на 12 %, тильні згиначі зазнають незначних змін [3,5]. Довготривале зниження гравітаційного навантаження призводить до зниження маси камбаловидного м'язу, частки м'язових волокон першого типу [1], дезорганізації скорочувального апарату м'язових волокон [2], зменшення відносної кількості капілярів до числа м'язових волокон і розвитку стінках судин і м'язах склеротичних змін [3] наряду з пригніченням біосинтезу м'язових білків [1].

Виконання короточасних фізичних вправ при зниженні гравітаційного навантаження не попереджає повною мірою атрофію, але може зменшити її вираженість.

Консервативне лікування вимагає більш тривалої іммобілізації, а за умови відкритої операції чи черезшкірного шву можливе підтримання більш високого натягу м'язів і сухожиль литково-камбаловидного комплексу, проведення більш ранньої і адекватної фізичної реабілітації з поступовим підвищенням функціональних запитів. Таким чином рівень натягу виявляється ще одним важливим фактором, що впливає на швидкість та ступінь атрофії м'язів гомілки [1]. В свою чергу дослідження підтверджують наявність кореляції площі поперечного перерізу литково- камбаловидного комплексу з силою, котру м'яз може розвинути [1,2]

Науковці відзначають, що проблемам післяопераційної реабілітації спортсменів з розривами ахіллового сухожилля присвячено порівняно небагато робіт [4]. Враховуючи це та той факт, що у спорті скорочення тривалості відновлення та повернення до попереднього рівня рухової активності, тренувань має більшу вагу для спортсмена ніж для пацієнта-неспортсмена, а також результати аналізу спеціальних літературних джерел та досліджень, можна зробити висновок, що тема фізичної реабілітації після оперативного лікування розривів ахіллового сухожилля у аспекті дотримання комплексності, етапності та наступності розглянута недостатньо незалежно від контингенту хворих.

З іншого боку фізичні фактори, раціональний руховий режим і відносяться до головних чинників повноцінного відновлення ахіллового сухожилля та його зміцнення [1].

Наявні знання з анатомії сухожилля та механізмів його регенерації мають провідне значення у хірургії та фізичній реабілітації. Однак необхідно враховувати ряд факторів, що впливають на цей процес: інтенсивність

травми, тип пошкодження, період надання допомоги, стан сухожилля і організму пацієнта до травматичного пошкодження, вік, наявність метаболічних змін в організмі, застосування лікарських препаратів, а також особливості хірургічного лікування та реабілітації – з'єднання кінців сухожилля, стабілізація, навантаження і рух. Результатом може бути відновлення оригінальної тканини сухожилля, формування рубцевої тканини, «надмірна» регенерація або її порушення [1, 5].

Проведення післяопераційного відновлення є важливою складовою досягнення оптимального рівня функціонування суглоба та відновлення рухової функції травмованої кінцівки. Проте дуже важливо враховувати взаємопротилежні вимоги: з одного боку – необхідність захисту та щадіння зшитого сухожилля від перевантажень, а з іншого – можливість мінімізації негативного впливу тривалої іммобілізації на стан м'язів, зв'язок та суглоб [1,4].

Такі конкуруючі ризики повинні бути збалансовані, щоб забезпечити оптимальну клінічну допомогу [3].

У проаналізованій нами вітчизняній та зарубіжній спеціальній літературі відсутній єдиний підхід до тактики відновлення пацієнтів після оперативного лікування ахіллового сухожилля [4].

Список використаної літератури

1. Раад Абдул Хаді Мохаммад Альвальван. Розрив ахіллового сухожилля у фізичній реабілітації при пошкодженнях опорно-рухового апарату / Раад Абдул Хаді Мохаммад Альвальван, В.В. Вітомський // Сучасний стан та шляхи розбудови фізичної реабілітаційної медицини в Україні згідно світових стандартів: Збірник тез доповідей XVI Міжнародної науково-практичної конференції, 15-16 грудня 2016 року. – К., 2016. – С.114- 115.
2. Головаха М.Л., Горелов А.М., Шишка И.В., Банит О.В., Титарчук РВ. Ранняя функциональная нагрузка после восстановления поврежденной ахиллова сухожилля. Вісник ортопедії, травматології та протезування. 2011;1:54-8.
3. Копысова В.А., Каплун В.А., Герасимов О.Н. Хирургическое лечение тяжелых повреждений области голеностопного сустава. Новые технологии в медицине : тез. науч.-практ. конф. Ч. 1. Курган; 2000. с. 141-2.
4. Корж О.О., Хохол М.І., Бур'янов О.А. Методологічні та організаційні проблеми реабілітації при ураженнях опорно-рухової системи. Ортопедия, травматология и протезирование. 2009;1:5-9.

5. Миронов С.П. Функциональное послеоперационное лечение подкожных разрывов ахиллового сухожилия. Ортопедия, травматология и протезирование.1994;3:51-4.
6. Орджоникидзе З.Г., Гершбург М.И., Арьков В.В., Саенко Л.Д. Реабилитация спортсменов после сшивания ахиллова сухожилия : метод. рекоменд. М.; 2012. 38 с.

ПЕЛИХ Д.В.

Магістрант 2-го року підготовки спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія"

Вінницький соціально-економічний інститут

Університету «Україна»

Науковий керівник: ГОРОДЕЦЬКА О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,

доцент кафедри соціальних технологій

Вінницького соціально-економічного інституту

Університету «Україна»

м.Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМ КИСТІ У БОКСЕРІВ

Характерною тенденцією розвитку сучасного спорту в цілому та професійного зокрема є підвищений травматизм, що пов'язаний із високими вимогами до результативності та великою конкуренцією на міжнародній арені [1]. Кількість травм у професійному спорті постійно зростає й складає 9–18 % у загальній структурі травматизму [3].

Спортсмени через професійні захворювання та травми змушені пропускати 7–45 % тренувальних занять і 5–35 % змагальних стартів [1, 3]. Унаслідок цього кількість постраждалих, яким потрібне стаціонарне лікування в результаті отриманої травми, становить близько 10 %, а оперативне втручання потребує 5–10 % спортсменів [1].

Для кожного виду спорту характерні певні специфічні травми. Головною специфікою боксу є швидка перебудова рухових дій у відповідності із швидкою зміною ситуації та необхідність розвитку сили та швидкості в їх специфічних проявах. При цьому, як правило, спортсмени суворо контролюють масу тіла, особливо в легких вагових

категоріях [1]. Показники загального травматизму в боксі виглядають наступним чином: травми голови – 70%; ушкодження верхніх кінцівок – 17%; ушкодження тулуба – 7%; травми нижніх кінцівок – 6%. Незадовільні результати лікування відмічають у 38 % хворих з травмою сухожиль та нервів кисті [2], що зумовлено стійкою тенденцією до підвищення тяжкості травми кисті, недостатнім та неякісним лікуванням [2,3].

Ефективне та якісне відновлення спортсмена після травми та повернення до повноцінної професійної діяльності більше ніж наполовину залежить не лише від проведених медичних заходів, але й від грамотно спланованої та реалізованої комплексної програми фізичної реабілітації [1].

Якщо травма не потребує хірургічного втручання або тривалого використання шини, тренування діапазону рухів в зап'ястку може починатися як тільки зменшиться набряк і біль – як правило не пізніше, ніж через 48 годин після ушкодження, а іноді і після 24 годин. Після хірургічного втручання, тренування діапазону рухів починається на 5-й день після операції, але не пізніше ніж через 2-3 тижні. Шину або лонгету накладають таким чином, щоб її можна було знімати під час виконання вправ [4]. Програма фізичної реабілітації боксерів з травмами кисті складається з ЛФК, механотерапії, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур, методу ІХТ (інформаційно-хвильової терапії) та психотерапевтичної корекції [3].

Заняття з ЛФК проводять з урахуванням характеру травми і способу іммобілізації, починають з перших днів і поділяють на 3 періоди:

У період іммобілізації (від 10 - 14 днів до 3 тижнів) – ЛФК спрямована на стимуляцію процесів видалення продуктів запалення, поліпшення трофіки травмованих пальців і попередження атрофії м'язів, ригідності м'язово-зв'язкового апарату і профілактику спайок в сухожилках.

У періоді після іммобілізації (тривалість від 2 до 2,5 місяців) – завдання ЛФК вирішують в 2 етапи: перший етап – відновлення рухливості в вільних від іммобілізації суглобах, боротьба із малорухливістю і контрактурами, укріплення атрофічних м'язових груп; другий етап – відновлення функцій кисті і пальців; відновлювальний період – окрім виконання спеціальних вправ, показані полегшені трудові процеси, які не потребують значного м'язового напруження з включенням в трудові операції пошкоджених пальців [1, 2, 4].

Лікувальний масаж починають разом з ЛФК і роблять на двох ділянках тіла – сегментарно-рефлекторний масаж по паравертебральним зонам шийного відділу хребта та масаж м'язів передпліччя і кисті. З перших днів травми використовують масаж льодом – кріомасаж [1].

Використання методу інформаційно-хвильової терапії (ИХТ) при травмах кисті у боксерів має наступні переваги: дозволяє швидко зняти больовий синдром, значно прискорює консолідацію місця перелому в 1,5-2 рази, набряк і гематоми розсмоктовуються значно швидше. Використання методу ИХТ з перших днів значно підвищує ефективність масажу та лікувальної фізичної культури і дозволяє відмовитись від сильнодіючих протизапальних та знеболюючих засобів, що значно пришвидшує одужання. В результаті використання методу ИХТ строки повної реабілітації скорочуються на 30-40% [3].

Використання тейпів (функціональних пластирних пов'язок) дозволяє лікувати травми кисті у боксерів за допомогою рухів, що значно прискорює строки зрощення тканин. Відновлення тренувань з тейпами дозволяється при зникненні набряку тканин, болю і гіпертонусу м'язів. Раннє поновлення тренувань без використання тейпів призводить до повторних травм та до їх переходу в хронічні. Професійне використання тейпів сприяє профілактиці травм і сприяє ранньому відновленню тренувань [4].

Профілактика травм кисті в боксі. Велике значення має відповідний професійний рівень підготовки рефері та лікарів, які обслуговують змагання. В останні роки відбулися значні зміни в правилах проведення поєдинків і це позитивно відбилосся на стані здоров'я спортсменів. Крім цього зменшенню травматизму сприяють бинтування кисті та правильно підібрані боксерські рукавички.

Бинтування кисті переслідує наступні цілі: захищає кисть при ударі і є амортизатором; стягує численні кістки кисті і зап'ястка та стабілізує їх, зменшуючи навантаження на зв'язування кисті; фіксує зап'ястя, закріплюючи кисть щодо передпліччя; потовщує кулак, завдяки чому рукавичка краще сидить на руці. Бинти всмоктують піт і продовжують термін служби рукавичок. Бинтувати руки треба бавовняним бинтом, сама зручна ширина бинта 40-50 мм, довжина – від 3,0 до 4 м. Руку бинтують щільно, але не перетягують, щоб не пережати судини [2].

Боксерські рукавички існують 2-х типів – власно боксерські рукавички та снарядні рукавички. Для тренувань потрібні рукавички більшої ваги, щоб було якнайменше травм. Кращим варіантом зовнішнього матеріалу є натуральна шкіра, але вони коштують

дорожче і не стійкі до зношування. До форми рукавички є одна головна вимога – чим далі іде великий палець під подушку рукавички – тим краще, тому що це знижує імовірність травми великого пальця і можливість потрапити великим пальцем в око супротивникові. Існують рукавички із застібною на липучці та зі шнурівкою. Для тренувань кращим варіантом є рукавички на липучці, бо вони швидко одягаються і знімаються, а шнурівка може стати причиною порізів і розсічень і травмувати око партнера.

Снарядні рукавички використовують для роботи з мішками і грушею, вони мають меншу вагу і розмір, в них значно менше наповнювача. Ці рукавички мають підвищену стійкість до зношування, але не призначені для спарингу, тому що занадто травмонебезпечні для супротивника [3].

Отже, відновленню функції кисті сприяють післяопераційна іммобілізація і цілеспрямоване планомірне, якомога раннє відновлення рухів за допомогою методів реабілітації. Ефективними методами фізичної реабілітації, які сприяють швидкому відновленню функцій є лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія та механотерапія.

Список використаної літератури

1. Гайко Г.В. Причина і структура інвалідності внаслідок травм верхньої кінцівки / Г.В. Гайко, С.С. Страфун, І.М. Курінний // Матеріали наук. - практ. конф. з міжнар. участю «Лікування травм верхньої кінцівки та їх наслідків». – К., 2007. – С. 15-16.
2. Інвалідність при наслідках травм верхньої кінцівки / Гайко Г.В., Страфун С.С., Курінний І.М. [та ін.] // Тези наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Актуальні питання хірургії верхньої кінцівки». –К.,2010.С.19 – 20.
3. Науменко Л.Ю. Восстановительное лечение больных с деформациями кисти вследствие повреждения нервов верхней конечности / Л.Ю. Науменко, В.Н. Хомяков // 2-я юбилейная науч.-практ. конф. «Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации поврежденных и заболеваний кисти»:тез. докл. – М., 2005. – С.337–339.
4. Нікульніков П.І. Хірургічне лікування хворих множинними та поєднаними ураженнями судин верхніх кінцівок: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Київ. – 2001. – 41 с.

ПЕРЕКОС Т.А.

Магістрант 2-го року підготовки спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія"

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **ГОРОДЕЦЬКА О.О.***

*Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри соціальних технологій*

*Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ

Остеоартроз (ОА) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань суглобів, яке характеризується прогресуючим перебігом, деформацією суглобів, втратою їх функцій та погіршенням якості життя хворих. Найчастіше і найраніше ураження зазнає колінний суглоб, що обумовлено його роллю опорного суглоба, на який припадає основне осьове навантаження. Звіт ВООЗ щодо глобальної поширеності хвороби (EULAR, 2013) засвідчив, що остеоартроз колінного суглоба (первинний гонартроз, ПГА) посідає четверте місце серед основних причин непрацездатності у жінок і восьме – у чоловіків. Суттєво зростає поширеність і захворюваність на первинний гонартроз.

Епідеміологічні дослідження свідчать, що у 2011 році захворюваність на указану патологію в Україні становила 227 661 осіб (605,6 випадків на 100 тис. населення), поширеність – 1 290 509 (3432,7). Серед осіб працездатного віку на первинний гонартроз хворіє 413 801 особа (1511,9), а вперше його виявлено у 109 403 (399,7). Проте це не відображає реальної картини, оскільки багато пацієнтів вперше звертаються до лікаря тільки при появі симптомів артропатії.

За останні десятиліття досягнуто значного прогресу в розумінні патогенетичних механізмів дегенерації суглобового хряща. Однак дотепер недостатньо вивчена роль пошкодження внутрішньосуглобових структур у виникненні, розвитку, прогресуванні та підтримці запальної реакції синовіальної оболонки колінного суглоба (та розвитку м'язової дисфункції при первинному гонартрозі. Сучасним поглядам на патогенетичні механізми кісткової резорбції при остеоартрозі притаманні багатofакторність та

різноспрямованість. Залишається нез'ясованим зв'язок зі зниженням мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) окремих клінічних, сонографічних, рентгенологічних та томографічних структурних проявів суглобової патології при ОА, не вивчена прогностична значимість остеодефіциту щодо темпів прогресування артрозних змін. Потребує вдосконалення і програма медичної реабілітації пацієнтів з первинним гонартрозом, залежно від варіантів його перебігу, коморбідності, вікових особливостей пацієнтів, періоду лікування.

Аналізуючи дані літератури про застосування преформованих фізичних чинників в лікуванні ОА можна зробити висновок про те, що виділення найбільш ефективних методів фізіотерапії при даному захворюванні не є можливим, так як у дослідників різна методологія оцінки результатів лікування і відсутні єдині підходи до формування критеріїв ефективності.

В разі недостатньої ефективності нефармакологічних засобів рекомендується включати в програму лікування пацієнтів з остеоартрозом медикаментозної терапії [3].

Прості анальгетики, найбільш часто використовувані при ОА, проте, малопрійнятні, так як не діють на патогенетичні ланки синовіту, що нівелює їх ефект. Крім того, прості і опіюїдні анальгетики викликають феномен «анальгетичною особистості»: хворий, не відчуючи болю, надмірно підвищує свою рухову активність, що посилює як вторинне запалення, так і клініку хвороби [1,3,4]. Призначення міорелаксантів при ОА, патогенетично обумовлене, загрожує у літніх хворих погіршенням координації рухів.

В останніх рекомендаціях з лікування ОА, які були підготовлені експертами Європейського товариства з клінічними та економічними аспектами остеоартрозу і остеопорозу (ESCEO), починати медикаментозну терапію пропонується з призначення повільно діючих симптоматичних засобів – глюкозаміну (ГКА) і хондроїтину сульфату (ХС) [4]. Для пацієнтів з ОА або ризиком ОА, застосування глюкозаміну і хондроїтинсульфату може служити неоперативним засобом для захисту суглобового хряща і затримки прогресування остеоартриту. Результати досліджень у цьому аспекті були узагальнені в численних оглядах і мета-аналізах [1, 3].

Щодо застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), то призначення їх при остеоартрозі можливо, а нерідко навіть необхідно [4, 5], однак слід пам'ятати про те, що вони відносяться до тих лікувальних засобів, які не слід призначати особам похилого та старечого віку без вагомих підстав, особливо протягом тривалого періоду, оскільки

тривале застосування таких препаратів становить серйозну клінічну проблему з точки зору не тільки вибору оптимального препарату, його дозування, але і забезпечення безпеки [2].

На сьогоднішній день є дослідження про позитивний вплив різних класів антиостеопоротичних препаратів на перебіг ОА [1,3].

Упровадження в клінічну практику препаратів гіалуронової кислоти розглядається як новий якісний стрибок в лікуванні ОА, хоча внутрішньосуглобові ін'єкції гіалуронової кислоти показали змінну ефективність [2].

Таким чином, одним з найважливіших завдань сучасної фармакотерапії остеоартрозу у пацієнтів геронтологічного профілю є вибір ефективних і безпечних підходів до індивідуальної раціональної медикаментозної терапії з урахуванням вікових особливостей старіючого організму.

Численні дослідження показують, що на сприятливий прогноз у реабілітації пацієнтів похилого віку впливає освіта хворого і рівень його інтелекту. Розуміння того, що з хворим суглобом треба якісно жити, що з захворюванням треба рахуватися, має призвести до зміни способу життя хворого, в якому висока рухова активність повинна розумно поєднуватися із режимом розвантаження суглоба.

Необхідність пробудження мотивації до рухової активності, до здорового способу життя, виховання необхідних рухових якостей, навчання пацієнта методикам кінезіотерапії для самостійного застосування піднесе проведення реабілітації на якісно новий рівень [2, 3].

Схема сучасного підходу до реабілітації пацієнтів похилого віку з ПГА залежить насамперед від стадії захворювання, однак потрібно враховувати й інші показники: наявність факторів ризику (вік, супутні захворювання, поліпрагмазія, ожиріння, небажані механічні фактори, підвищена або знижена фізична активність); ступінь вираження больового синдрому та функціональної недостатності суглобів; наявність ознак запалення (наприклад синовіту, бурситу); локалізацію і ступінь структурних порушень, тривалість захворювання тощо.

Список використаної літератури

1. Гайко Г.В. Остеоартроз – новий підхід до його профілактики // Вісн. ортопедії, травматології та протезування. – 2005. - № 2. – С. 5-11.
2. Гросс Дж. Физикальное исследование костно-мышечной системы: Руководство. – М.: Бином, 2011. – 472с.

3. Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы. Кн. 2. Остеоартроз / А.А. Корж, В.П. Черных, В.А. Филиппенко и др. – Харьков: Основа, 2007. – 88с.
4. Диференційоване застосування лікувальних фізичних чинників у хворих на остеоартроз за санаторно-курортних умов: Метод. рекомендації. – К., 2010. – 19с.

РЕДЬКО В.В.

*Магістрант 2-го року підготовки спеціальність "Фізична терапія, ерготерапія"
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **ГОРОДЕЦЬКА О.О.**
Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ СКОЛІОЗАХ

За останні роки намітилась чітка тенденція до збільшення кількості порушень постави в молоді, що навчається, як у нас у країні, так і за кордоном [2]. За даними МОЗ України близько 90 % студентів мають порушення постави, з них 20 % діагностуються як сколіоз, 30 % як остеохондроз різних відділів хребта [1].

Одночасно з викривленням хребетного стовпа збільшується деформація грудної клітки, змінюється положення та форма тазу, з'являється асиметрія частин тіла хворого, відбувається порушення функцій основних органів і систем, що є найважливішою патогенетичною ланкою сколіозу [1; 5].

В останні роки питанням порушення постави та викривлення хребта приділяється велика увага, оскільки правильна постава, за висновками науковців (Г.Л. Апанасенка, 1998; Г.А. Горяної, 1995; Б.М. Мицкана, 2000 та інших), є важливим показником здоров'я.

У сучасній науково-методичній літературі значна частина досліджень із проблем постави у студентів присвячена корекції

постави, виявленню характеру порушень, розробці комплексів фізичних вправ, які сприяють попередженню можливих і виправленню наявних порушень. Разом із тим, проблема комплексного підходу до процесу формування постави з використанням різноманітних засобів фізичного виховання в умовах ВНЗ залишається до кінця не вивченою. Недостатньо обґрунтовані методичні положення щодо використання фізичних вправ для розвитку фізичних якостей з метою раціонального впливу на поставу студентів.

Перехід освіти на сучасний рівень вимагає розробки передових педагогічних технологій.

Для сколіозу характерна деформація хребта – його бічне викривлення і торсійні зміни (скручування), що є найбільш раннім і точним діагностичним симптомом сколіозу. Безпосередньою причиною, що призводить до розвитку сколіозу, є зміщення загального центру ваги тіла в бік від вертикальної осі хребта. Серед причин, що спричиняють появу сколіозу, зазначено різні фактори навколишнього середовища та індивідуального розвитку. Найбільш поширеними причинами сколіозу є недоліки рухової активності та гіподинамії і, як наслідок, недостатній розвиток зв'язкового-м'язового апарату: слабкість м'язів тулуба, спини та черевного преса. Визначено негативний вплив сколіозу на працездатність окремих органів і систем людини, в першу чергу, на серцево-судинну, дихальну, центральну і вегетативну, травну системи.

Ступінь асиметрії закономірно збільшується з тяжкістю захворювання.

За результатами дослідження доведено, що деформації хребта функціонального характеру поширені серед дошкільнят у 25–30% випадків, кількість випадків цієї патології значно зростає у вікових групах 7–9 років (41%) та 13–15 років (63%), тобто в періоди інтенсивного зростання. Деформації хребта структурного характеру часто виявляються у старших школярів у 18–20% випадків. У всіх вікових групах спостерігається переважання фронтальних порушень у дівчаток і сагітальних у хлопчиків [3].

Сколіоз зазвичай характеризується тривимірною деформацією хребта, зокрема кривизною в сагітальній, фронтальній і поперечній площині [1]. Існує думка, якщо початкові форми сколіозу не виявлені вчасно фахівцями-ортопедами, або в деяких випадках хворі не звертаються за допомогою, то це призводить до встановлення діагнозу лише через роки, коли деформація починає значно прогресувати [4].

У спеціальній літературі тривають дискусії про причини

виникнення сколіозу, що остаточно не вивчені, але серед основних причин, на підставі численних експериментальних досліджень і клінічних спостережень, багато дослідників основною ланкою в патогенезі вважають дві основні групи – вроджені та набуті причини сколіозу [1,5].

Найбільш раціональною є запропонована класифікація, в якій автори розподіляють усіх хворих на сколіоз на дві групи: з природженими та набутими формами. До природжених форм відносять ті сколіози, які формуються внутрішньоутробно. Вони виникають у результаті глибоких розладів регіонального диференціювання хребта в ембріогенезі. Зсув сегментів у ранній період внутрішньоутробного життя, порушення процесів окостеніння або недорозвинення ядра тіла хребця призводять до аномалії розвитку хребців (дефект дужок, розщеплювання тіл хребців, синостоз ребер, клиновидні хребці та напівхребці, до-даткові ребра, недорозвинення дисків із подальшим синостозом тіл на їх рівні, пороки розвитку нервової трубки, люмбалізація) [1,2].

Загальна точка зору свідчить, що наявність одного фактора, не є достатньою для виникнення та прогресування сколіозу [3], тому клініцисти визначають комплекс факторів, що призводять до торсійних змін у хребетному стовпі: первинний патологічний фактор (диспластичні зміни в спинному мозку, хребцях, дисках); 2) обмінні або гормональні порушення, що зумовлюють прояви первинного фактора в цілому сегменті хребта; 3) стато-динамічні порушення – фактор, необхідний для формування структуральних змін хребців [4].

Виникнення сколіозу і розвиток сколіотичної хвороби слід уважати багатофакторним процесом з точки зору біомеханіки – результатом взаємодії впливів, що порушують вертикальне положення хребта та спрямовані на підтримання вертикальної статури [2].

Зростання хребта в різні періоди відбувається з неоднаковою швидкістю. Особливо інтенсивне зростання помітне на першому році життя. Надалі відбувається деяке уповільнення зростання хребта. У процесі формування хребта утворюються чотири фізіологічних вигини. Два вигини, звернені до переду, називають шийним і поперековим лордозами, а два вигини, звернені до заду, – грудним і крижовим кіфозами [2].

Організм дитини постійно перебудовується як морфологічно, так і функціонально. У молодшому шкільному віці, 7–12 років, кісткова система нероків, кісткова система не стійка, адже в ній багато м'якої хрящової тканини.

У цьому віці діти більш збудливі й рухливі. Через слабкість і незакінченість розвитку кісткової системи при непомірному та нерациональному навантаженні розвиваються різні патологічні зміни й особливо часто – бічне викривлення хребта. Ці особливості хребта пояснюють легкість розвитку в дітей різноманітних викривлень (сколіоз, кіфоз), що виникають у них переважно в період найбільш швидкого зростання. У старшому шкільному віці кістки стають більш міцними і товстими, але процеси окостеніння ще тривають.

Хребет стає більш стійким і може витримувати значні навантаження. Помітно збільшується сила м'язів. Формування сколіозу завершується і виниклі порушення її насилу піддаються виправленню [3].

Сколіоз, розвиваючись у дітей, прогресує до тих пір, поки триває зростання дитини. У цей час прогресування найбільш виражено в препубертатному періоді за рахунок асиметрії зростання, на відміну від дорослих, у яких сколіоз розвивається внаслідок дегенерації дисків і явищ остеохондрозу [5].

До 90% кісткової маси формується до кінця підліткового та початку юнацького періоду, у хлопчиків – до 18 років, у дівчаток – ще раніше [3]. Юнацький вік і перші роки зрілого віку характеризуються закінченням ростових процесів і остаточним формуванням морфофункціональних компонентів основних систем життєзабезпечення [1].

Розвиток сколіотичної деформації супроводжується міоадаптивними постуральними реакціями, що сприяють підвищенню тонусу та вкороченню м'язів одного боку і гіпотонії, розтягуванню симетричних м'язів з іншого боку [1,5].

В основі розвитку форм структуральних сколіозів, що прогресують, – механізм замкнутого патологічного кола – викривлення хребта створює асиметричний тиск на хребці, зрештою, розвивається клиноподібна деформація тіл хребців, що посилює викривлення, і призводить до ще більшої асиметрії навантаження.

Вважається, що наявність кифотичної або асиметричної постави є одним з провідних факторів, що призводять до виникнення викривлення хребта або його прогресування.

Серед фахівців існує думка, що спочатку є ротаторна торсія, що утворюється за рахунок деформації міжхребцевих хрящів, а далі, в міру прогресування захворювання, змінюється кісткова структура хребців і з'являється деформаційна торсія. Доведено, що асиметричне тривале статичне навантаження на хребет, що зростає, може спричинити розвиток істинного сколіозу зі структурними змінами

хребців [1]. Ранніми клінічними ознаками сколіозу є асиметрія плечей, відхилення лінії остистих відростків від середньої лінії, асиметрія висоти стояння лопаток і асиметрія відстаней між кутом лопаток і лінією остистих відростків, асиметрія «поперекових» трикутників, м'язовий «валик», асиметрія розташування крил клубових кісток.

На початку формування сколіозу, в разі появи невеликого бокового викривлення хребта, на опуклому боці рефлекторно розвивається компенсаторне підвищення функціональної активності глибоких паравертебральних м'язів: довгих і коротких.

Такий процес збільшує навантаження на глибокі паравертебральні м'язи опуклого боку викривлення та зменшує навантаження на м'язи увігнутого боку. У разі прогресування сколіозу відбуваються дистрофічні зміни перевантажених м'язів опуклого боку сколіотичної дуги і нефункційних м'язів увігнутого боку, що посилює сколіотичне ураження. У першу чергу уражаються як поверхневі, так і глибокі м'язи спини [5].

Як складна патологія опорно-рухового апарату в дітей і підлітків з багатоплощинною деформацією хребта, грудної клітки й тазу, сколіоз призводить до морфологічних змін, у яких до захворювання залучаються серце, легені, органи черевної порожнини: характеризується функціональними порушеннями в багатьох інших органах і системах: кардіо-респіраторної, нервово-м'язової, травної, сечовидільної, що супроводжується порушенням дихання та гемодинаміки, появою болу [3].

Виникнення больового синдрому, причиною якого є напруження екстензорів стегна та м'язів спини з метою встановлення балансу у вертикальному положенні, пов'язують із поперековим лордозом, що знижує амортизаційні властивості хребта та згодом призводить до раннього розвитку дегенеративно-дистрофічних змін [1].

Сколіотичне викривлення зі значним обертанням може призвести до косметичних деформацій. Крім того, великі сколіотичні викривлення можуть впливати на легеневу функцію і в найважчих випадках можуть призводити до серцевої недостатності [5].

Консервативне лікування сколіозу ставить за мету створення компенсаторних викривлень і виправлення первинного викривлення. Методи консервативного лікування сколіозу багато в чому залежать від величини деформації і її стабільності. У випадках, коли при динамічному спостереженні наголошується прогресування сколіозу, дітей потрібно направляти в спеціалізовані школи-інтернати, де лікування поєднують з навчанням. У цих школах лікувальні заходи

проводять протягом всього дня: діти вчаться, лежачи на спеціальних тапчанах, велике місце займають фізичні вправи, зокрема плавання в басейні [3,4].

Застосовують коригуючі гіпсові ліжечка, знімні ортопедичні корсети. Перевага ортопедичних корсетів в тому, що хворі при коригуванні можуть вільно ходити в них. Діти знімають корсет тільки на ніч і сплять в гіпсових ліжечках з деторсіонними подушками. Фахівці у області ортопедії, рекомендують дітям, хворим на сколіоз, спати на жорсткому ліжку з маленькою подушкою під головою і підкладенням подушки під дугу викривлення при положенні дитини на боку. Найбільшу увагу необхідно приділяти школярам, оскільки в 7-9 і 12-14 літньому віці відзначають максимальне прогресування сколіозу. Якщо сколіоз не прогресує, то можливо амбулаторне лікування [2].

Діти зі сколіозом I ступеня звичайно лікуються у поліклініці, де й займаються фізичними вправами, або в школах в спеціальних медичних групах. При сприятливому перебігу хвороби їм дозволяється займатися деякими видами спорту: плаванням (стиль брас), лижним спортом (класичний хід), академічним веслуванням, спортивними іграми (волейбол).

Лікування сколіозів II ступеня проводять спеціалісти у кабінетах ЛФК, лікарсько-фізкультурних диспансерах, а при прогресуванні захворювання дітей слід направляти до спеціалізованих шкіл-інтернатів. У них пелєбувають і хворі з III - IV ступеннями сколіозу. В цих закладах лікування поєднують з навчанням: діти вчаться, лежачи на спеціальних тапчанах; проводять фізкультпаузи на кожному уроці та 45-хвилинні заняття з лікувальної гімнастики, а зранку - гігієнічну гімнастику. Використовують лікувальне плавання, елементи спортивних ігор. Застосовують коригуючі гіпсові ліжка, з'ємні ортопедичні корсети [2].

Останнім часом з'явилися рекомендації по застосуванню мануальної терапії при сколіозі, засновані на узагальненні тих, що є, на сьогодні відомостей і аналізі практичного досвіду авторів. Проте питання про використання мануальної терапії в цьому виді патології все ще залишається відкритим [3].

Лікування сколіотичної хвороби складається з трьох взаємозв'язаних ланок: мобілізація викривленого відділу хребта, корекція деформації і стабілізація хребта в положенні досягнутої корекції. Крім того, лікування направлене на усунення патологічних змін інших органів і систем організму хворого. Основним і найбільш важким завданням, рішення якого визначає успіх лікування в цілому, є

не мобілізація і корекція викривлення, а стабілізація хребта в коригованому положенні. Корекція деформації, не підкріплена заходами, що забезпечують стабілізацію хребта, неефективна. Дійсне лікування сколіотичної хвороби, тобто зменшення структурної деформації хребців, може бути досягнуте тільки тривалими наполегливим лікуванням впродовж всього періоду зростання хребта з обов'язковим комплексним використанням ортопедичного лікування. Цей процес вельми складний і незавжди успішний [3,6].

У системі заходів профілактики, лікування і реабілітації при сколіозі продовжують переважати традиційні засоби лікувальної фізичної культури (ЛФК), такі як: гімнастичні комплекси вправ лікувальної і коригуючої спрямованості, фізичні вправи у водному середовищі і елементи способів плавання, корекції положенням і використання ортопедичних фіксуєчих корсетів, використання масажу і фізіотерапевтичних процедур, які на сьогодні стають все менш дієвими у порівнянні з більш перспективними методиками [3,4].

Список використаної літератури

1. Виленский М. Я. Физическая культура студента: Учебн. для студ. вузов. – М.: Гардарики, 2001. – 448 с. 3. Гавердовский Ю. К. Техника гимнастических упражнений. Популярное учебное пособие. – М.: Terra-Спорт, 2002. – 512 с.
2. Кашуба В.А. К вопросу использования инновационных технологий формирования здорового образа жизни студентов в процессе физического воспитания / В.А. Кашуба, С.М. Футорный, М.В. Дудко // Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова : зб. наук. пр./ ред. Г. М. Арзютов ; МОН України, НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2015. – Вип. 8(63). – С. 28-32.
3. Медицинская реабилитация (руководство) /Под ред. акад. РАМН, проф. В.М. Боголюбова. - Москва - Пермь: ИПК "Звезда", 1998. - Т. 1. - 697 с.
4. Мартыновец Л.В., Севашко Т.И., Потапова Л.М., Марасич Г.Я. Опыт лечения сколиотической болезни по материалам детского санатория им. Н.К. Крупской //Актуальные вопросы лечебно-профилактической, диагностической и учебно-воспитательной работы. - Одесса. -1991. - С.130.
5. Попова Е. Г. Общеразвивающие упражнения в гимнастике. – М.: Terra-Спорт, 2000. – 72 с.

ЧУТА І.О.

Магістрант 2-го року підготовки спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія"

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **ГОРОДЕЦЬКА О.О.***

*Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри соціальних технологій*

*Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»*

м.Вінниця

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У СПОРТСМЕНІВ З ФІБРОМІАЛГІЧНИМ СИНДРОМОМ

Біль в спині є актуальною проблемою сучасної клінічної медицини, рішення якої здійснюється з допомогою ряду спеціальностей - неврології, педіатрії, терапії, травматології та ортопедії та ін. Не зважаючи на високу актуальність даної проблеми, походження фіброміалгічного болювого синдрому розпочинається в дитячому та підлітковому віці, переростаючи в подальшому в медико-соціальну проблему. Поширеність даного захворювання у дорослого населення по даних різних досліджень досягає 60-70 % [2].

Актуальність проблеми вивчення болю у спортсменів підтверджується тим, що алгоритми діагностики і схеми терапії даного захворювання не розроблені в повному обсязі і, зокрема, фіброміалгічного болювого синдрому у групах людей з підвищеними силовими навантаженнями.

Показники поширеності болю у спортсменів, за даними різних досліджень, взяті в широкому діапазоні - від 8% до 60%, що багато в чому визначається неоднозначним методичним підходом до інтерпретації клінічної картини болі в спині .

Недоцільним є прийняття та розповсюдження стандартизованих діагностичних критерій для спортсменів , так як при цьому не враховуються надмірні аеробні та анаеробні фізичні навантаження. Клінічні та психологічні аспекти захворювання, що грають першочергову роль, є недостатньо вивчені, а можливості сучасних методів аналізу фізіологічних особливостей спортсменів використані далеко не в повному об'ємі.

Важливою складовою програми комплексної фізичної реабілітації

було реабілітаційне обстеження, яке проводилося для визначення рівня рухових порушень та обмежень у пацієнтів, їх психологічного стану та якості життя. Одержані результати дозволили індивідуалізувати подальші реабілітаційні заходи.

Основні завдання фізичної реабілітації хворих з ФМБС □ це поліпшення якості життя хворих і повернення їх до суспільно активного життя. Для цього поставили низку спеціальних завдань:

- зниження міофасцікулярного гіпертонусу;
- зменшення больового синдрому;
- інактивація міофасціальних тригерних пунктів;
- усунення нейром'язової дисфункції;
- відновлення амплітуди рухів та сили уражених м'язів;
- поліпшення лімфо- та кровообігу, трофічних процесів;
- відновлення оптимального динамічного стереотипу;
- поліпшення психологічного стану.

Враховуючи виявлені порушення та основні аспекти генезису міофасціальної дисфункції, визначили три етапи реабілітаційного втручання: міорелаксація, міокорекція, міотонізація, які проводилися відповідно до режимів рухової активності для умов амбулаторно-поліклінічного лікування.

Фізична реабілітація в щадному режимі передбачала міорелаксацію, зниження больових відчуттів та попередню підготовку м'язово-зв'язкового апарату до фізичного навантаження. Для зменшення патологічної больової імпульсації, вирівнювання тонусу та релаксації спазмованих м'язів застосовувалися дихальні вправи, загальнорозвивальні, вправи на розтягування та довільне розслаблення м'язів, лікувальний масаж за седативною методикою, ортезування та фізіотерапія, яка включала деактивацію тригерних пунктів за допомогою ударно-хвильової терапії, лазеротерапії та електрофорезу з 0.5% лідокаїну.

Седативний масаж проводили для психорелаксації в ділянці комірцевої зони за заспокійливою методикою в положенні пацієнта сидячи. Масаж не передбачав різкі рухи і прийоми переривчастої вібрації. Тривалість процедури становила 5□7 хв.

Щадно-тренуючий режим передбачав міокорекцію і був спрямований на інактивацію міофасціальних тригерних пунктів і створення оптимального рухового стереотипу. Завданнями цього етапу були відновлення нормального крово- і лімфообігу в ділянці патологічного вогнища, стимуляція регенеративно-репаративних процесів, усунення патобіомеханічних змін хребта і зміцнення м'язів.

Засобами фізичної реабілітації на зазначеному етапі були фізичні вправи різного спрямування (загальнорозвивальні, на релаксацію, ізометричні, ізотонічні, коригувальні), лікувальний масаж, вправи постізометричної релаксації (ПІР), ішемічна компресія з точковим масажем МФТП, фізіотерапія.

Тренуючий режим (міотонізація) стосувався закріплення нових стато-кінематичних установок. Завданнями цього етапу було □ подальше зміцнення уражених м'язів для стабілізації хребта й відновлення оптимального динамічного стереотипу. До засобів фізичної реабілітації додавалися спеціальні фізичні вправи з дозованим опором і обтяженнями, з гімнастичними предметами, коригувальні вправи, вправи на Fitt-ball.

Окрім проведення фізичної реабілітації в лікарні, пацієнтам рекомендували виконувати спеціальний комплекс вправ під час самостійних занять удома чи на робочому місці, що доповнювало основні процедури та сприяло закріпленню їхнього ефекту[1,3].

Список використаної літератури

1. Григорьева В.Н. Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине, цереброваскулярной патологией и фибромиалгией/ В.Н. Григорьева// Журн. невро. и псих. им. Корсакова. -2002.- №12.-С.3-9.
2. Калачева И.О. Психогенные расстройства у детей и подростков (вопросы диагностики и реабилитации) / И.О. Калачева, Е.Н. Карнаухова, А.Г. Мазур // Псих. и психофармакотер. -2003.-Т.5, №1.- С.1-6.
3. Хабилов Р.А., Ахмеров Р.М., Волкова Э.Р. Миофасциальные болевые синдромы при заболеваниях суставов и их коррекция миорелаксантами // Науч.-практ. ревматол. конф. – 2000. - №4: Тезисы Всероссийской конференции с международным участием «Медико-социальные проблемы костно-мышечных заболеваний в XXI веке». – С. 105.

ЯКОВИШЕН Р.О.

Магістрант 2-го року підготовки спеціальності "Фізична терапія, ерготерапія"

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **ГОРОДЕЦЬКА О.О.***

*Кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри соціальних технологій*

*Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»*

м.Вінниця

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА

Захворювання периферичної нервової системи в Україні за поширеністю посідають друге місце серед хвороб нервової системи (після цереброваскулярної патології). Показники захворюваності становлять 520 випадків на 100 тис. населення. Їм також належить провідне місце серед хвороб з тимчасовою втратою працездатності[3].

Серед етіологічних чинників, що зумовлюють розвиток болювих синдромів у нижній ділянці спини, найчастіше виникають дегенеративні зміни в кістковій і хрящових тканинах — остеохондроз попереково-крижового відділу хребта. Це прогресуюче дегенеративне ураження міжхребцевого диска з реактивними змінами тіл суміжних хребців. Насамперед страждає пульпозне ядро диска. Поступово дегенеративні зміни поширюються і на фіброзне кільце, волокна якого випинаються і через його щілини випадають фрагменти драглистого ядра; випинання змінюється пролапсом — грижею диска. Розвиток корінцевого болювого синдрому здебільшого зумовлюють задні випадання міжхребцевих дисків.

Відновлення здоров'я пацієнта слід розглядати як синергетичний ефект впливів різних професіоналів, об'єднаних у мультидисциплінарну команду. До її складу належить фахівець з фізичної реабілітації (фізичний реабілітолог) [2].

Фізична реабілітація при порушеннях опорно-рухового апарату, яка здійснюється під керівництвом відповідних фахівців, має на меті відновлення рухових функцій та активності як складників здоров'я.

Для вивчення структури системи, окреслення складу її підсистем та елементів, їх зв'язків застосовують морфологічний опис. Одним з його перших кроків є декомпозиція – розділення системи на частини. Таке

виокремлення підсистем та елементів спрощує формальний опис та полегшує дослідження всієї системи [4].

Морфологічний опис системи залежить від зв'язків, які необхідно брати до уваги, їх важливості (зв'язки між головними підсистемами, між другорядними підсистемами, між елементами), характеру (позитивні, негативні), структури (лінійна, ієрархічна, мережева, матрична, змішана), типу (прямий зв'язок, зворотний зв'язок) [1].

Морфологічний опис системи може слугувати основою для функціонального (опис за-конів функціонування та еволюції системи) та інформаційного (опис інформаційних зв'язків системи з навколишнім середовищем та зв'язків її підсистем) [3].

На певних етапах функціонування системи один із структурних компонентів активізується та підпорядковує собі дію решти компонентів. Взаємодія структурних компонентів проявляється через функціональні, які визначають на основі функціонального опису.

Інформаційним (інформаційно-логічним або кібернетичним) називають опис інформаційних зв'язків системи із зовнішнім середовищем (або метасистемою) і підсистем системи [2].

Обстеження пацієнта з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату умовно складається із спостереження, суб'єктивного та об'єктивного оцінювання [1, 4].

Спостереження необхідно здійснювати впродовж первинного обстеження та усього курсу реабілітації. Фізичний реабілітолог візуально оцінює поставу та рухи пацієнта. Розрізняють формальне (коли пацієнт знає) та неформальне (коли пацієнт не знає) спостереження.

Роль пацієнта полягає у тому, щоб під час формального спостереження не приховувати та не симулювати симптоми, діяти невимушено.

Суб'єктивне оцінювання, або опитування, має за мету виявити основну скаргу пацієнта та її зв'язок з фізичними навантаженнями, динаміку симптомів, попередній руховий статус. Також важливо з'ясувати думку пацієнта про ефективність попередніх реабілітаційних заходів, якщо такі були. Для збору необхідної інформації застосовують відкриті та закриті запитання. Результатом опитування повинен стати план подальшого обстеження – об'єктивного оцінювання. Неточна або неправильна інформація, яку надав пацієнт, спричинить помилкові висновки фахівця з фізичної реабілітації.

Завершальна частина обстеження – об'єктивне оцінювання – полягає в послідовному виконанні окремих тестів та вимірювань.

Пацієнт приймає певні положення та виконує рухи на вимогу реабілітолога. Вісь та площина руху, амплітуда, швидкість, кількість повторень визначає фахівець. У такий спосіб пацієнт надає можливість реабілітологів оцінити відповідність заданого руху нормі. Під час виконання тестів пацієнт повинен чітко інформувати про наявність та динаміку симптомів.

Планування, або створення програми фізичної реабілітації, виконує фізичний реабілітолог за участю пацієнта. Найвідповідальнішою частиною їх взаємодії є формулювання індивідуальної мети фізичної реабілітації, яка повинна бути декомпонована в завдання. Індивідуальну мету доцільно описати доконаним видом дієслова і максимально чітко: відновити професійну діяльність, повернутися до занять конкретним видом спорту на заданому рівні, досягнути визначеного рівня незалежності (якщо повне відновлення неможливе) [1].

Постановка завдань може відбуватися у SMART форматі з урахуванням специфіки реабілітаційного процесу при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату [3]. Відповідно до мети та завдань фізичний реабілітолог добирає реабілітаційні технології [2]. Усі складники програми повинні бути узгодженими з пацієнтом, що сприятиме його свідомій та активній участі в реабілітаційному процесі.

Список використаної літератури

1. Героева И. Б. Вертеброгенный болевой синдром / И.Б. Героева // Медицинская реабилитация / под ред. В.А. Епифанова. - М., 2006. - С. 191 -200
2. Герцик А.М. К вопросу построения реабилитационного процесса и контроля за его эффективностью /А.М. Герцик // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. / под ред. Ермакова С.С. -Х., 2 0 0 7 , - № 5 . - С . 55 - 6 2 .
3. Двухэтапная реабилитация больных после оперативного лечения гриж межпозвонковых дисков на поясничном уровне / Гершбург М.И., Ходневич А.А., Хованцева Е.А., Саенко Л.

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

ГЛАДУН І.Ю.

*Здобувач 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.**
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

НЕБЛАГОПОЛУЧНА СІМ'Я ЯК ОБ'ЄКТ СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ

В наш час, на фоні негативних суспільних процесів, суттєво зростає кількість неблагополучних, конфліктних сімей. Значно поширилися такі явища, як соціальне сирітство, бездоглядність, безпритульність дітей. Відтак, особливо актуальним стає таке поняття як «неблагополучна сім'я».

Поняття «неблагополучна сім'я» досить широке. Зазвичай до неблагополучних відносяться сім'ї, які повністю або частково втратили свої виховні можливості через ті чи інші причини. У результаті цього в таких сім'ях об'єктивно чи суб'єктивно складаються несприятливі умови для виховання дітей. Ці сім'ї характеризуються певними негативними проявами:

- батьки зловживають спиртними напоями, наркомани, ведуть аморальний спосіб життя, вступають у конфлікт із морально-правовими нормами суспільства, тобто припускають різні види правопорушень;

- низьким морально-культурним рівнем батьків;

- неповні сім'ї;

- постійними конфліктами дітей і батьків;

- зовні благополучні сім'ї, які допускають серйозні помилки, прорахунки в системі родинного виховання внаслідок низької педагогічної культури та неосвіченості. Причому, такі помилки та прорахунки мають не ситуативний, а стійкий характер. Це означає, що в таких сім'ях постійно порушуються педагогічні вимоги.

Робота з неблагополучними сім'ями передбачає психологічну підготовку вчителя, критичний аналіз життєвих ситуацій, творчий пошук, усвідомлення педагогічного впливу. При роботі з сім'єю, коли встановлено певний тип порушень сімейних взаємин, соціальний працівник розгортає поступове психологічне консультування сім'ї, надання їй інформації та впливає на неї задля досягнення бажаних змін.

Основними напрямками взаємодії в роботі з неблагополучними сім'ями мають бути такі:

- підвищення педагогічної освіти і культури батьків;
- організація суспільно корисної і культурної діяльності батьків і дітей з неблагополучних сімей;
- використання національних звичаїв та сімейних традицій у вихованні дітей, корекція системи взаємин батьків у неблагополучних сім'ях;
- залучення до корекційної роботи висококваліфікованих соціальних педагогів та психологів, які мають певний досвід роботи з такими сім'ями і володіють відповідними методиками.

Обслуговування неблагополучної сім'ї реалізується через: організацію змістовного дозвілля, відпочинку, оздоровлення сім'ї, сімейну просвіту, навчання сімейному бізнесу, розробку планів розвитку сім'ї для удосконалення внутрішньо-сімейних стосунків, життєдіяльності і розвитку сім'ї і кожного її члена, консультування сім'ї, корекція сімейних стосунків. Обслуговування ґрунтується на цілісності і збалансованості державних, громадських та приватних соціальних програм, на координації функцій соціальних працівників, суб'єктів соціальної роботи

Метою діяльності соціального працівника є позитивна адаптація сім'ї до життя, що включає як звичні засоби соціальної допомоги (матеріальна підтримка, професійна перепідготовка, працевлаштування), так і спеціальну роботу з набуття людиною відповідальності за себе і свій спосіб життя, формування позитивної — Я-концепції. Основною формою повинен стати спеціально організований процес соціально-педагогічного супроводу сім'ї та її членів.

Таким чином, вище викладений матеріал дає підстави зробити висновок, про важливість своєчасної допомоги та підтримки дитини з неблагополучної сім'ї та необхідності надання такої допомоги.

КОНДРАТЕНКО Л.В.

*здобувач 4-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.

*к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту*

Університету «Україна»

м.Вінниця

СТАНДАРТИЗОВАНІ ВЕРСІЇ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ ТА ЇХ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Відтоді, як англійська мова стала справді інтернаціональною, науково-педагогічні працівники, що викладають її іншомовним студентам, змушені часто запитувати себе, яку ж англійську мову слід викладати студентам. Відповідь на це питання не така вже й проста. Адже існує шість варіантів англійської мови: британський, американський, канадський, австралійський, ірландський та ново-зеландський.

У професійній літературі всі ці різновиди вважаються рівноправними, тобто є однаково вартими того, щоб їх викладати студентам. І немає проблеми, який з варіантів вибрати для вивчення як другу мову в країні, де цією мовою розмовляє більшість населення. До прикладу, американський варіант буде звичним і природним для викладання в Америці, британський - у Великобританії, і т.д. Проблема, яку ми досліджуємо, виникає тоді, коли англійська мова викладається як іноземна в тих країнах, де люди не розмовляють англійською. Тому що в цьому випадку вибір варіанту залежить від існуючих потреб студентів, тобто, з якими носіями мови вони найбільш імовірно будуть контактувати, і які англійські тексти професійного спрямування вони будуть опрацьовувати і т.д.

Проблема ускладнюється тим, що сьогодні різні варіанти англійської мови існують не тільки в тих країнах, де англійська мова є рідною. Професійна література поділяє всі країни, в яких розмовляють або викладають англійською мовою, на три категорії. Перша категорія включає країни, де англійська мова домінує і є рідною для більшості населення. Друга категорія охоплює країни, де англійська є другою

мовою для великого прошарку населення і має статус офіційної мови. Третя категорія складається з країн, де англійська мова не має офіційного статусу, але все більше використовується для міжнародного спілкування. Для вирішення проблеми було введено таке поняття, як міжнародна англійська мова. Основна ідея полягає в тому, щоб позбутися необхідності вибору якогось окремого варіанту англійської мови для викладання здобувачам вищої освіти.

Науковцями було проведено опитування в ході якого студенти мали відповісти на питання: який варіант англійської мови вони бажають вивчати: британський, американський, канадський, австралійський, новозеландський, ірландський. Їхні відповіді підтвердили, що перевага - на боці британського й американського варіантів.

Таким чином, результати опитування продемонстрували, що перевага при викладанні англійської мови в Україні повинна надаватися як британському, так і американському варіантам.

Все сказане в цій статті дозволяє нам зробити такі висновки стосовно того, який варіант англійської мови слід викладати в Україні.

1. І британський, і американський варіант повинні викладатися для українських студентів у школах та вищих навчальних закладах. Це означає те, що викладання одного варіанту англійської мови (британського) треба замінити іншим підходом - викладанням двох варіантів англійської мови - британського й американського одночасно.

2. Обидва варіанти мови можна викладати за однією програмою, дотримуючись умов, які згадані вище, якщо не переслідується мета досягти володіння мовою на рівні рідної. Отже, такий підхід є достатнім для більшості освітніх установ України (різноманітних комерційних курсів, середніх шкіл, університетів), де англійська мова викладається не як основна спеціальність, а як засіб для використання її в їх основній роботі. Йдеться, зокрема, про курси бізнес-англійської, англійської для науки й технологій і т.д.

3. Коли метою вивчення англійської мови стає вивчення її на професійному рівні, то кращий варіант був би викладати якийсь один варіант по одній мовній програмі. Для таких студентів слід буде пізніше запропонувати додатково другий варіант по іншій мовній програмі, яка не була б пов'язана з першою. Тоді студенти матимуть змогу вивчати другий варіант таким чином, щоб він не був тісно пов'язаний і не перешкоджав вивченню першого варіанту.

4. Одно-варіантні мовні програми можуть бути достатніми лише за

специфічних умов - коли аналіз потреб учнів показує, що студенти повинні вивчати лише один варіант англійської мови.

5. Для таких специфічних і вузьких умов можуть бути також розроблені окремі програми, за якими викладається якийсь один варіант англійської мови.

Отже, економічний розвиток країн дуже залежить від знання громадянами англійської мови. В цьому сучасному глобальному світі, який пов'язується економічними стосунками, науковими стосунками в різних сферах, які говорять між собою англійською мовою в різних країнах зростає важливість знання англійської мови спеціалістами в усіх галузях.

МАРЧУК М.В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.**
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ЯК ОСНОВНИЙ СУБ'ЄКТ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ЛЮДЯМ ПОХИЛОГО ВІКУ

Створення системи соціального обслуговування покликане допомогти зняти багато проблем, пов'язаних з конфліктністю самотніх літніх людей у міжособистісних відносинах, яка знижує здібність до самозабезпечення, сприяє маргіналізації і іншим асоціальним явищам. Поряд з цим установи соціального обслуговування повинні сприяти координації зусиль в цьому напрямі державних органів і різних соціальних структур, включаючи недержавні, приватні, добродійні, церковні і т.п. організації, що здійснюють ^ соціальну допомогу.

Найбільш популярною формою соціального обслуговування людей похилого віку являються територіальні центри соціального обслуговування.

Територіальний центр соціального обслуговування утворюється для надання соціальних послуг громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, за місцем проживання, в умовах стаціонарного, тимчасового або денного перебування [6].

Центр утворюється для здійснення соціального обслуговування та надання соціальних послуг громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, за місцем проживання, в умовах стаціонарного, тимчасового або денного перебування [6].

Одним з основних завдань Територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) є виявлення та облік самотніх непрацездатних громадян, громадян похилого віку та інвалідів.

Центр провадить свою діяльність на принципах адресності та індивідуального підходу, доступності та відкритості, добровільного вибору отримання чи відмови від надання соціальних послуг, гуманності, комплексності, максимальної ефективності використання бюджетних та позабюджетних коштів, законності, соціальної справедливості, забезпечення конфіденційності, дотримання стандартів якості, відповідальності за дотримання етичних і правових норм [3].

Територіальні центри мають у своїй структурі:

- відділення соціальної допомоги вдома, відділення соціально-побутової реабілітації;
- відділення гуманітарної та благодійної допомоги;
- відділення організації харчування;
- відділення денного перебування;
- лікувально-оздоровчий комплекс;
- відділення медично-соціальної реабілітації;
- стаціонарне відділення для постійного або тимчасового проживання;
- спеціальні житлові будинки для самотніх непрацездатних громадян;
- лікувально-виробничі майстерні, спеціальні цехи, ділянки, підсобні сільські господарства, у тому числі на госпрозрахунковій основі;
- дієтичні їдальні.

Напрямами роботи територіального центру є [2]:

- якісне надання різних видів (до 40) побутових, медично-

соціальних послуг громадянам похилого віку відповідно до висновків лікарів про ступінь втрати здатності до самообслуговування;

- придбання та доставка товарів з магазину або ринку за рахунок обслуговуваних громадян, приготування їжі, доставка гарячих обідів, годування, у тому числі у пунктах харчування, їдальнях тощо;

- виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів, відвідування хворих в закладах охорони здоров'я, здійснення лікувально-оздоровчих, профілактичних заходів та соціально-психологічної реабілітації, госпіталізація, консультування у лікарів та інших спеціалістів;

- створення умов для посильної праці, у тому числі навчання і трудової перекваліфікації громадян похилого віку;

- надання платних послуг через пункти побуту (хімчистка, прання білизни, ремонт одягу, взуття і побутової техніки, перукарські послуги тощо);

- оплата платежів;

- читання вголос преси;

- обробіток присадибних ділянок;

- оформлення документів на санаторно-курортне лікування, влаштування до будинку-інтернату, будинку для ветеранів тощо;

- організація надання різних видів протезно-ортопедичної допомоги;

- оформлення замовлень та організація контролю за своєчасним і якісним обслуговуванням підприємствами торгівлі, громадського харчування, побуту, зв'язку, службами житлово-комунального господарства, закладами культури, колективними сільськогосподарськими підприємствами тощо;

- встановлення і підтримання зв'язків з підприємствами, установами та організаціями, де колись працювали підопічні, для надання їм допомоги [1].

Територіальний центр утримують за рахунок коштів, виділених з місцевого бюджету на соціальний захист населення, інших надходжень, у тому числі у вигляді прибутку від діяльності підсобних сільських господарств, спеціальних цехів і дільниць центру, а також коштів благодійних фондів, пожертвувань тощо.

Основними принципами надання соціальних послуг в Територіальному центрі є [5]:

Доступність соціальної послуги вдома: суб'єкт, що надає соціальну послугу, вживає заходів щодо інформування отримувачів соціальної послуги та/або їх законних представників про соціальну

послугу догляду вдома, порядок звернення за її наданням та порядок і умови її надання. Інформація для отримувачів соціальної послуги розміщується на спеціальних стендах у доступному місці приміщення суб'єкта, що надає соціальну послугу, висвітлюється в засобах масової інформації тощо [4].

1. Незалежність отримувача соціальної послуги:

- надавачі соціальної послуги застосовують індивідуальний підхід (з урахуванням фізичного та психічного стану отримувачів соціальної послуги) та з повагою ставляться до раси, національності, культури, релігії, віку, статі отримувачів соціальної послуги;

- отримувачі соціальної послуги та/або їхні законні представники повинні бути поінформовані про свої права, обов'язки, а також про державні й громадські організації, до повноважень яких належить здійснення захисту прав людини, шляхом розміщення інформації на інформаційних стендах, вручення інформаційних листівок, буклетів тощо [7].

2. Захист та безпека отримувача соціальної послуги:

- надавач соціальної послуги провадить свою діяльність з повагою до гідності отримувачів соціальної послуги та з недопущенням негуманних і дискримінаційних дій щодо них;

- отримувачам соціальної послуги або їхнім законним представникам надається інформація про порядок оскарження непрофесійних дій надавача соціальної послуги;

- отримувачі соціальної послуги та/або їхні законні представники інформуються про відповідальність згідно з чинним законодавством у разі застосування ними фізичного чи іншого насильства щодо надавача соціальної

послуги;

- надавачу соціальної послуги забороняється використовувати речі отримувачів соціальної послуги, отримувати від них кошти, подарунки тощо.

3. Конфіденційність інформації:

- суб'єкт, що надає соціальну послугу, вживає заходів щодо захисту персональних даних відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних”, конфіденційної інформації щодо отримувачів послуги та/або їхніх законних представників;

- отримувачі соціальної послуги та/або їхні законні представники в обов'язковому порядку ознайомлюються із заходами щодо дотримання принципу конфіденційності;

- надавачі соціальної послуги інформують отримувачів соціальної

послуги та/або їхніх законних представників щодо нерозголошення отриманої ними конфіденційної інформації.

Основними формами соціальної роботи Територіального центру з людьми похилого віку є матеріальна допомога та соціальне обслуговування.

Матеріальна допомога надається самотнім людям похилого віку у вигляді грошової та натуральної допомоги: продуктів харчування; засобів санітарії і особистої гігієни; засобів догляду; одягу, взуття та інших предметів першої необхідності; технічних і допоміжних засобів реабілітації.

Соціальне обслуговування у територіальному центрі соціального обслуговування населення здійснюється шляхом надання низки соціальних послуг, а саме:

- Соціально-побутові послуги - забезпечення продуктами харчування, м'яким та твердим інвентарем, гарячим харчуванням, транспортними послугами, засобами малої механізації, здійснення соціально-побутового патронажу, виклик лікаря, придбання та доставка медикаментів, тощо.

- Соціально-медичні послуги - консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально- оздоровчих заходів, працетерапія.

- Соціально-правові послуги - надання консультацій з питань чинного законодавства, здійснення захисту прав та інтересів осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, сприяння застосуванню державного примусу і реалізації юридичної відповідальності осіб, що вдаються до протиправних дій щодо цієї особи (оформлення документів, адвокатська допомога, захист прав та інтересів особи, тощо).

- Інформаційні послуги - надання інформації необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги); розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги); поширення об'єктивної інформації про споживчі властивості та види соціальних послуг; формування певних уявлень і ставлення суспільства до соціальних проблем (рекламно-пропагандистські послуги). Та інші соціальні послуги [8].

В сферу соціальних послуг, що надаються територіальним центром самотнім людям похилого віку також входить проведення соціальної адаптації і реабілітації самотніх людей похилого віку, а саме: сприяння організації змістовного відпочинку, надання першої медичної

допомоги, проведення культурно-масових заходів; створення для самотніх громадян похилого віку сприятливих умов перебування у територіальному центрі; задоволення інтересів самотніх людей похилого віку в сфері дозвілля (лекції, диспути, колективне читання газет).

Таким чином, практична соціальна робота з самотніми людьми похилого віку полягає в тому, щоб зробити роки життя людини в цьому віці гідними й благополучними.

Список використаної літератури

1. Коленіченко Т. І. Особливості адаптації людей похилого віку до умов нового соціального середовища [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM==2&
2. Компетентність соціального працівника в роботі з людьми похилого віку та інвалідами [Електронний ресурс]. - Режим доступу : http://ukrbukva.net/!_09018-Kotr^eПью8E80cia1-ш^o-гаБойпка^-гаБо1e-8-1уис1-mi-pozhilogo-vozrasta-i-invalidami.html
3. Конституція України. - Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996.-№30.- 141 с.
4. Котуков О. А. Соціальний розвиток як концептуальний підхід до забезпечення соціального благополуччя / О. А. Котуков, Н. А. Копилова // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. - Х. : Вид-во ХарРІНАДУ „Магістр”, 2010. - № 1. - С. 44-50.
5. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика): [підручник] / Т. В. Семигіна, М. П. Лукашевич. - К. : Каравела, 2011. - 368 с.
6. Мінсоцполітики : Подальші практичні кроки будуть спрямовані на забезпечення гідного рівня життя літніх людей [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_icK249373327.
7. Методика роботи практичного психолога [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://allreferat.com.Ua/uk/psuhologiya/kontrolnaya/3109/page/3>
8. Методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса-Р. Даймонда [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://um.co.ua/14/14-5/14-55250.html>

МАРЧУК М.В.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.

*к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту*

*Університету «Україна»
м.Вінниця*

ПРОФЕСІЙНІ ОBOB'ЯЗКИ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА ТЕРИТОРІАЛЬНОГО ЦЕНТРУ В РОБОТІ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

Основним суб'єктом надання соціальних послуг людям похилого віку в Територіальному центрі є соціальний працівник, права та обов'язки якого визначаються відповідно до Закону України „Про соціальні послуги”, на них також поширюються пільги для працівників відповідної галузі, до якої вони залучені [3].

Соціальний працівник - це посередник між суспільством, соціальною групою, сім'єю та індивідом. Він має відповідну професійну підготовку для надання соціальної допомоги для вирішення різного роду соціальних проблем [7].

Головна задача соціального працівника - в тому, щоб допомогти громадянам, сім'ї, соціальним групам, що опинилися у скрутному становищі, у тому числі і людям похилого віку, розібратися в ситуації і знайти вихід, використовуючи особисту ініціативу, власну працю та наявні ресурси.

Соціальна робота - діяльність, яка вимагає не тільки управлінського професіоналізму, педагогічних, юридичних і психологічних знань, вивчення соціальної філософії та етики, але найголовніше, чим повинен володіти соціальний працівник, - це високі морально-етичні засади [8].

Професіонал, що займається соціальною роботою, знаходиться в густи соціального життя, несе тяжкість величезної відповідальності, як за конкретну людину, так і за стан співтовариства, в якому він працює, і суспільства в цілому. При цьому соціальні умови і стан суспільства впливають не тільки на характер проблем, які покликаний вирішувати

у своїй діяльності фахівець, але і на його особистісні особливості. Він сам не може не відчувати гніт соціальних проблем, на собі самому не відчувати втрату ідеалів і суспільних орієнтирів, ерозію особистої та соціальної відповідальності. У той же час він не має права множити і поглиблювати проблеми своїх підопічних (осіб похилого віку) власної безпорадністю, невмінням, а іноді і неможливістю в силу особливостей емоційної сфери налагодити продуктивний міжособистісний контакт. Тому особистісні особливості так важливі.

Соціальна робота не приносить великих капіталів, вона дуже важка, оскільки полягає в постійному спілкуванні з людьми, у яких горе, які страждають. І, тим не менш, навіть часом, не претендуючи на зарплату, у вільний від основної роботи час представники різних соціальних верств суспільства здобувають професійну освіту соціальних працівників, беруть участь у діяльності різних організацій, що займаються соціальною допомогою.

Найважливішою характеристикою особистості фахівця є його гуманістичний потенціал - орієнтація на людину як на найвищу цінність, як „міру всіх речей”.

Специфіка професійної діяльності в галузі соціальної роботи з людьми похилого віку така, що в основі цієї діяльності повинна бути потреба допомогти людям, полегшити їхнє існування, підтримати почуття власної гідності людини і розвивати його особисту і соціальну відповідальність.

Дослідники виділяють три групи якостей соціального працівника [2]:

- психологічні характеристики, які є складовою частиною здатності до даного виду діяльності;
- психолого-педагогічні якості, орієнтовані на вдосконалення соціального працівника як фахівця-професіонала;
- психолого-педагогічні якості, спрямовані на створення ефекту особистої чарівності.

У першу групу якостей включаються вимоги, що пред'являються професійною діяльністю до психічних процесів: сприйняття, пам'яті, увазі, мисленню, психічним станам (втоми апатії, стресу, тривожності, депресії, увазі як станом свідомості); емоційним (стриманість, індиферентність) і вольовим (наполегливість, послідовність, імпульсивність) характеристикам. Деякі з цих психологічних підстав є головними, без яких взагалі неможлива якісна професійна діяльність. Вони входять в структуру задатків. У роботі з людьми, як правило, психологічні вимоги гуртуються на зібраності й уважності, розумінні

іншого, прояві таких вольових якостей, як терпіння, самовладання і т.д. Без цих, провідних для даної професії характеристик психіки, неможлива ефективна робота [1].

До другої групи якостей відносяться психоаналітичні якості, спрямовані на вдосконалення фахівця як особистості, як працівника. Це такі якості, як самоконтроль, самокритичність, а також стресостійкі якості - фізична тренуваність, самонавіюваність, вміння переключитися і керувати емоціями.

До третьої групи якостей належать: комунікабельність, емпатичність, візуальність (зовнішня привабливість особистості), красномовність та ін. Зокрема, третя група якостей пов'язана і базується на деяких психологічних теоріях комунікацій (самопред'явленіє або самопрезентація). Умінням правильно (адекватно ситуації) подати себе повинен володіти фахівець у будь-якій сфері соціальної взаємодії [5].

Соціальний працівник професійно допомагає людям похилого віку, тому він повинен мати навички педагогічної діяльності. Знання, вміння і навички соціальної роботи складають фундамент педагогічної культури фахівця соціальної сфери [6]. До числа її структурних елементів також відносять психолого-педагогічну спрямованість особистості, педагогічні здібності і майстерність, мистецтво ділового спілкування і культуру службової поведінки.

Не кожна людина придатна для соціальної роботи; основним визначальним фактором тут є система цінностей кандидата, яка, в кінцевому рахунку, визначає його професійну придатність і ефективність практичної діяльності. Багато з тих, хто збирається стати фахівцем у цій галузі, можуть виявити серйозні „розбіжності в поглядах” між своїми установками і системою цінностей соціальної роботи як професії і як покликання. У цьому випадку їм доведеться присвятити себе якійсь іншій діяльності.

Саме тому, наявність особистісних властивостей, необхідних у професійній діяльності, дозволяють соціальному працівнику бути професійно тактовним (викликати симпатію у клієнтів, їхню довіру, дотримуватися професійну таємницю, проявляти делікатність в інтимних питаннях життя клієнта і т.д.); володіти емоційною стійкістю при всіх колізіях, невдачах, складнощі роботи, сумлінно виконувати свій обов'язок, проявляючи спокій, доброзичливість і увага до клієнтів; наявність професійної компетентності фахівця соціальної роботи дозволяє йому більш ефективно здійснювати свою професійну діяльність.

Соціальний працівник повинен докласти всіх зусиль до того, щоб стати і залишатися фахівцем-експертом у своїй професійній практиці і у виконанні своїх професійних обов'язків. Співробітник соціальної служби повинен нести персональну відповідальність за якість своєї роботи.

Соціальний працівник не має права використовувати свої професійні знання, навички та вміння, а також відносини з клієнтом в особистих цілях [2]. Вони повинні уникати зв'язків і відносин, які йдуть на шкоду клієнтам.

Крім того, соціальна робота із людьми похилого віку відноситься до тих рідкісних видів професійної діяльності, де часто не професійні знання та навички, а особистісні якості спеціаліста визначають успішність і ефективність роботи [7].

Соціальний працівник і людина поважного віку зустрічаються вперше в найважчі моменти життя клієнта, коли людині реально загрожує нещастя чи воно вже відбулося. Саме звернення клієнта у соціальну службу є свого роду випробуванням, оскільки означає не тільки появу або відродження надії на благополучне вирішення проблеми, а й визнання власної неспроможності, яка, як би людина не виправдовувала зовнішніми, не залежними від неї самої, обставинами, завжди є для особистості визнанням обтяжливим. У цьому випадку від моральних якостей особистості соціального працівника залежить, чи зможе його клієнт подолати невіру в самого себе і свої сили, чи знайде впевненість у собі, чи збереже почуття власної гідності і повагу з боку свого оточення [6].

Кожна професія формує у її носіїв не тільки професійні навички, а й певні риси особистості і відношення до змісту своєї діяльності.

Соціальна робота з людьми поважного віку, як особливий вид професійної діяльності, володіє специфічною, тільки їй властивою сукупністю ідеалів і цінностей, що склалися в процесі становлення принципів і норм поведінки фахівців [4].

Для цієї професійної діяльності характерне прагнення до благополуччя, соціальної справедливості та гідності людини. Етика соціальної роботи - це поєднання моральних прав і обов'язків, свободи і відповідальності, індивідуальної волі і суспільної необхідності. Вона відображає основні можливості морального вибору соціального працівника, визначає його моральну поведінку по відношенню до клієнтів.

Основною метою етичного кодексу соціальної роботи є визначення незаперечних принципів роботи в інтересах клієнта. Кодекс професійної етики ґрунтується на загальних етичних нормах, специфічних обов'язках і

чітких правилах. Члени професійної групи мають зобов'язання перед своїми клієнтами, роботодавцями, один перед одним, колегами з інших професійних груп і перед суспільством [9].

Підсумовуючи все вищесказане, можна виділити основні етичні стандарти соціального працівника. До головних його положень відносяться:

- бути зразком особистої поведінки, у роботі керуватися в першу чергу інтересами клієнта;
- робити все, щоб сприяти максимальній самостійності клієнта;
- поважати приватне життя клієнта і тримати в таємниці всю інформацію, отриману в ході роботи з ним;
- у відносинах з колегами бути доброзичливим, поважним;
- в процесі роботи діяти відповідно до цінностей, моральними нормами і призначенням своєї професії;
- служити своєю професією на благо оточуючих.

До етичних стандартів професійного спілкування соціального працівника можна віднести наступне:

- соціальний працівник не повинен брати участь у справах, пов'язаних з брехнею, обманом, підробкою;
- соціальний працівник повинен чітко розмежовувати свої заяви і дії як приватної особи і як соціального працівника;
- соціальний працівник повинен прагнути удосконалювати свої професійні знання і практичний досвід, ставити службовий борг вище всього;
- соціальний працівник повинен направляти зусилля на попередження негуманних і дискримінаційних дій, спрямованих проти однієї людини або груп людей;
- соціальний працівник не повинен використовувати професійні відносини для досягнення особистих цілей;
- інформація, отримана в процесі дослідницької роботи повинна вважатися конфіденційною.

Що стосується безпосередніх етичних зобов'язань соціального працівника перед клієнтом похилого віку, то [3]:

- інтереси особи поважного віку завжди повинні бути на першому місці;
- соціальний працівник повинен працювати з клієнтом доброзичливо, лояльно, завзято, максимально використовуючи професійні навички;
- неприпустимо використання взаємин з клієнтом для досягнення особистої вигоди;

- не слід проявляти, сприяти, не брати участь в будь-якій формі дискримінації, на основі расових забобонів або у зв'язку із статтю, віком, віросповіданням, національністю, сімейним станом, політичними

переконаннями, розумовими або фізичними вадами, особистісними характеристиками, умовами, статусом;

- соціальний працівник повинен інформувати клієнта про можливий ризик, права, можливості та обов'язки, надаються йому соціальною службою;

- слід радитися з колегами, керівниками, якщо це може виявитися корисним для клієнта;

- соціальний працівник може перервати роботу з клієнтом тільки в особливих випадках, прийнявши при цьому заходи, щоб нанести клієнтові як можна менший збиток;

- соціальний працівник повинен намагатися максимально давати можливість клієнту самовизначатися, тобто приймати рішення з приводу своїх проблем, методів „лікування”;

- соціальному працівнику не слід брати участь від імені свого клієнта в дії, яке порушує або підриває цивільні або юридичні права клієнта.

Що стосується такого важливого етичного моменту як конфіденційність, соціальний працівник повинен:

- поважати особисте життя клієнта і зберігати конфіденційність всієї отриманої інформації;

- інформувати клієнта про межі конфіденційності в кожній конкретній ситуації, про цілі отримання інформації та її використання;

- отримати згоду клієнта на друкування, запис розмов і участь третьої особи.

Список використаної літератури:

1. Закон України „Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування” // Відомості Верховної Ради України (ВВР). - 2003. - № 49-51. -376 с.
2. Закон України „Про заходи щодо законодавчого забезпечення реформування пенсійної системи” // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012.-№ 12-13.-82 с.
3. Закон України „Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні” // Відомості Верховної Ради України (ВВР). - 1994, № 4. - 18 с.

4. Закон України „Про соціальні послуги”, „Відомості Верховної Ради України (ВВР)”, 2003. - № 45, ст.358 [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/966-15>
5. Інноваційні соціальні технології та соціальний менеджмент [Електронний ресурс]. - Режим доступу : [https://economics.opu.ua/files/science/ ППОУ_гог/2015747.pdf](https://economics.opu.ua/files/science/ППОУ_гог/2015747.pdf)
6. Інноваційні соціальні практики в системі соціального
7. обслуговування [Електронний ресурс]. - Режим доступу :
8. https://studme.com.ua/12560607/sotsiologiya/innovatsionnye_sotsialnye_praktiki_sisteme_sotsialnogo_obslyzhvaniya.htm
9. Капська А. Й. Соціальна робота : технологічний аспект / Алла Йосипівна Капська. - К. : Центр навчальної літератури, 2004. - 352 с.
10. Карплюк В. О. До проблеми зайнятості літніх працівників [Електронний ресурс] / В. О. Карплюк // Актуальні проблеми держави і права. - 2011. - Вип. 57. - С. 245- 250. - Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/j-rpЕарбр_2011_57_35.pdf

МАЦЮК П.П.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.

*к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ДЕФІНІТИВНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ»

Отже, синдром «емоційного вигорання» - один із проявів стресу, з яким стикається людина у власній професійній діяльності. Цей термін - загальна назва наслідків тривалого робочого стресу й певних видів професійної кризи.

У зарубіжній літературі синдром вигорання позначають терміном «burnout» (англ.) - згорання, вигорання, загасання горіння. Вперше цей термін запропонував Фроуденбергер для опису деморалізації, розчарування і крайньої втоми, які він спостерігав у працівників психіатричних установ [2]. Фрейденбергер увів це поняття для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з клієнтами, пацієнтами, постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги. Це люди, які працюють у системі «людина - людина»: лікарі, юристи, соціальні працівники, психіатри, психологи, вчителі, менеджери тощо.

Уперше дослідження синдрому «емоційного вигорання» проводилося зі співробітниками медичних установ та різних громадських організацій. Ф.Сторлі - професор Школи догляду при Університеті штату Невада - проводила дослідження цього феномена в медичних сестер, які працюють у кардіології. Вона зробила висновок, що цей синдром є результатом конфронтації з реальністю, коли людський дух виснажується в боротьбі з обставинами, які важко змінити. Як наслідок розвивається професійний аутизм. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює завдання на творчу форму, відсутній [1].

Теоретичні і практичні дослідження вигорання в сучасній психології здійснюються в наступних напрямках:

1. Визначення поняття вигорання і його структури.
2. Дослідження чинників, що викликають цей феномен.
3. Вивчення впливу вигорання на показники поведінки і діяльності суб'єкта.
4. Дослідження генезису виникнення структурних компонентів вигорання і його динаміки в процесі професійного розвитку [65, с. 208]

Що стосується вітчизняної психології - то перші згадки про цей феномен можна знайти у працях Б. Г. Ананьєва (1969). Він вживав термін «емоційне вигорання», для позначення деякого негативного явища, що виникає у людей професій «Людина-людина», і пов'язаного з міжособистісними стосунками [7].

До 1982 р. в англійській літературі було опубліковано понад тисячу статей по «емоційному згоранню». Представлені в них дослідження носили головним чином описовий і епізодичний характер. Первісна кількість професіоналів, віднесених до підданих «емоційному згоранню», було незначним це були співробітники медичних установ і різних благодійних організацій. Р.Шваб розширює групу професійного ризику: це насамперед учителі, поліцейські,

юристи, тюремний персонал, політики, менеджери всіх рівнів. Як пише Маслач, одна із провідних спеціалістів по дослідженню «емоційного згорання», «діяльність цих професіоналів досить різна, але всіх їх поєднує близький контакт із людьми, що з емоційної точки зору, часто дуже важко підтримувати тривалий час» [7].

К. Кондо визначає синдром емоційного згорання як дезадаптованість до робочого місця із-за надмірного робочого навантаження і неадекватних міжособових відношень. Цьому визначенню відповідає і дане ним тлумачення поняття «згорання», до якого схильні перш за все ті, хто є альтруїстом і інтенсивно працює з людьми. Така емоційно напружена робота супроводжується надмірною витратою психічної енергії, приводить до психосоматичної втоми (виснаження) і емоційного виснаження (вичерпання) в результаті з'являються неспокій (тривога), роздратування, гнів, знижена самооцінка на тлі прискороного серцебиття, задишка, шлунково-кишкові розлади, головні болі, знижений тиск, порушення сну; як правило, виникають і сімейні проблеми. Дія стресогенних чинників, що викликають явище «емоційного згорання» охоплює значний круг професій, розширюючи число схильних до цього захворювання [2].

Професор психології Каліфорнійського університету К.Маслач деталізувала це поняття, окресливши його як синдром фізичного й емоційного виснаження, що складається з розвитку негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрати розуміння й співчуття щодо клієнтів. Доктор К.Маслач підкреслює, що «професійне вигорання» - це не втрата творчого потенціалу, не реакція на нудьгу, а скоріше емоційне виснаження, що виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням [7].

Сьогодні виділяють декілька основних підходів до вивчення синдрому «емоційного вигорання».

Представники першого підходу розглядають «емоційне вигорання» як стан фізичного, психічного й передусім емоційного виснаження, викликаного довготривалим перебуванням в емоційно перевантажених ситуаціях спілкування. А тому «професійне вигорання» тлумачиться як синдром «хронічної втоми».

Другий підхід розглядає «емоційне вигорання» як двовимірну модель, що складається, по-перше, з емоційного виснаження та, по-друге, - з деперсоналізації, тобто погіршення ставлення до інших, а іноді й до себе.

Третій підхід запропонували американські дослідники К.Маслач і

С.Джексон, які розглядають синдром «емоційне вигорання» як трьохкомпонентну систему, котра складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції власних особистісних досягнень [3].

Функціональні стани включають в себе психічні стани, які є цілісною характеристикою психічної діяльності особистості. Особливий клас складають емоційні стани, що відображають ставлення суб'єкта до ситуації і внутрішню оцінку можливості реалізувати свої потреби в певних умовах діяльності. Ці стани проявляються в настрої, емоціях (страх, радість і т.д.), афектах, потязі, пристрасті, а також в переживаннях загально біологічної спрямованості (голод, статевий потяг, лють). Незалежно від якості і смислового змісту емоційних станів всі вони можуть бути розділені на дві групи: емоційне напруження, що забезпечує адекватне вимогам трудової ситуації підвищення витрат внутрішніх ресурсів, і емоційна напруженість, що приводить до порушення виконуваної діяльності [5].

Синдром емоційного вигорання бере свій початок з хронічної повсякденної напруги, емоційній перевтомі, пережитій людиною, якій через специфіку її роботи постійно доводиться вступати в «емоційний» контакт з людьми, що потребують її допомоги, уваги, співчутті, турботі і т.д. У потенційну «групу ризику» осіб, які стикаються з такими проблемами, потрапляють насамперед медичні працівники (лікарі, медсестри), психологи та психотерапевти, соціальні працівники та педагоги.

Фахівці в області стресу вважають, що тривалий стрес, пов'язаний з хронічним впливом негативних факторів («стрес життя», за висловом автора вчення про стрес Г. Сельє), навіть якщо їх інтенсивність невелика, переноситься людиною значно важче, ніж сильні, але одноразові стресори. Саме робота з людьми в силу пропонованих нею високих вимог до професіонала, особливої відповідальності і емоційних навантажень, містить в собі небезпеку тяжких переживань, пов'язаних з робочими ситуаціями і ймовірність виникнення професійного стресу [4].

Емоційні переваження породжують відчуття вичерпаності емоційних ресурсів, почуття безпорадності, безнадійності, можуть виникати емоційні зриви або, навпаки, «приглушеність», «притупленість» емоцій, коли людина не в силах емоційно відгукнутися на ситуації, які, здавалося б, повинні були б його чіпати. Емоційне вигорання може проявлятися в поступовому розвитку негативних установок щодо себе, роботи, тих, з ким доводиться

працювати. Контакти з ними можуть ставати більш «бездушними», «знеособленими», іноді формальними. Виникаючі негативні установки по відношенню до тих, на кого професійна діяльність спрямована (пацієнти, учні і т.д.), можуть мати прихований характер, часто неусвідомлюваний навіть самою людиною або витісняється; поступово вони починають проявлятися у внутрішньому роздратуванні, подавленому почутті неприязні, а згодом - в емоційних спалахах, прориватися роздратуванні, нестриманості або навіть агресивності. Важливе прояв синдрому вигорання - це поступово наростаюче невдоволення собою, зменшення почуття особистої успішності, розвиваються байдужість і апатія, зменшення відчуття цінності своєї діяльності. Помічаючи за собою негативні почуття або прояви, людина винить себе, у неї знижується як професійна, так і особиста самооцінка. Вона починає переживати почуття власної неспроможності, байдужість до роботи, а можливо, і втрату перш значущих для неї життєвих цінностей [2].

Говорячи про фактори, що визначають виникнення і розвиток синдрому емоційного вигорання, дослідники називають в якості одного з головних - взаємодія з людьми. Ті, хто працюють в медичних, освітніх, психологічних, соціальних установах та службах, виконують роботу, що вимагає особливих емоційних затрат: вони мають справу з проблемами людей, які чекають від них допомоги, розуміння, участі, відчувають відповідальність за свою здатність або нездатність допомогти їм. Особливо важко переносяться ситуації, коли, незважаючи на всі зусилля, результат не досягається; в цих випадках нерідко виникають почуття невдачі, неефективності, безпорадності, супутня їм фрустрація, а іноді і гнів.

Інші фактори, що сприяють виникненню вигорання або посилюють його розвиток, може містити в собі сама робоча ситуація. Характерними для «вигоряючих» ситуацій є перевантаження - занадто багато підопічних, занадто багато вимог, занадто багато інформації. За даними західних дослідників, при збільшенні перевантажень працівники можуть почати не усвідомлено прагнути до їх зменшення через менше особистісне залучення у взаємодію, використання більш безособових і формальних методів і процедур роботи; тим самим вони знижують «емоційність» своєї роботи. Ще один важливий момент - це можливість впливу людини на процес роботи і прийняття рішень: якщо у людини присутнє почуття, що вона нічого не може змінити у своїй роботі, що від неї нічого не залежить, що її думка не має значення і т.д., вірогідність розвитку емоційного стресу збільшується [6].

Дещо пізніше соціальний психолог К. Маслач опублікувала ряд робіт, в яких нею були представлені результати дослідження когнітивних стратегій, використовуваних професіоналами для боротьби з емоційним збудженням. Вона встановила, що у людей, що працюють у сфері «допомагаючих» професій і залучених в інтенсивне і глибоке взаємодія з клієнтами або пацієнтами, спостерігаються такі емоційно-поведінкові порушення, як негативна самооцінка, негативне ставлення до роботи, втрата розуміння і співчуття по відношенню до реципієнтів [5].

К. Маслач і С. Джексон описують емоційне вигорання як тривимірний конструкт, що включає в себе всі компоненти, відмічені в розглянутих вище моделях: емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію особистих досягнень.

Емоційне виснаження розглядається як основна складова вигорання. Виявляється воно в зниженому емоційному фоні, байдужості, у відчуттях емоційного перенапруження і в почутті спустошеності, вичерпаності власних емоційних ресурсів.

Друга складова вигорання - деперсоналізація - позначається в деформації відносин з іншими людьми (тенденція до розвитку негативного, бездушного, цинічного ставлення). Контакти стають знеособленими і формальними.

Третя складова вигорання - редукція особистісних досягнень - може виявлятися або в тенденції негативно оцінювати себе, занижувати свої професійні досягнення та успіхи, негативізм відносно службових достоїнств і можливостей, або применшувати власної гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків по відношенню до інших.

Відмінною особливістю позиції К. Маслач та її колег є акцентування уваги на професійному характері синдрому вигорання, трактуванні його «як результату професійних проблем, а не як психіатричного синдрому» [1].

Вигорання як динамічний процес, що розвивається в часі, характеризується наростаючим ступенем вираженості його проявів. Дж. Грінберг пропонує розглядати вигорання як п'ятиступінчастий прогресуючий процес:

- Перша стадія - «медовий місяць». Працівник зазвичай задоволений роботою і завданнями, ставиться до них з ентузіазмом. Однак в міру наростання робочих стресів професійна діяльність починає приносити все менше задоволення і працівник стає менш енергійним;

- Друга стадія - «недолік палива». З'являються втома, апатія, можуть виникнути проблеми зі сном. При відсутності додаткової мотивації і стимулювання у працівника швидко втрачається інтерес до своєї праці. Можливі порушення трудової дисципліни і відстороненість від професійних обов'язків. У разі високої мотивації працівник може продовжувати «горіти», підживлюючись внутрішніми ресурсами, але на шкоду своєму здоров'ю;

- Третя стадія - хронічні симптоми. Надмірна робота без відпочинку призводить до хронічної дратівливості, загостреної злости або почуття пригніченості, «загнаності в кут».

Важливе прояв синдрому вигорання - поступово наростаюче невдоволення собою, зменшення почуття особистої успішності, що розвиваються байдужість і апатія, зменшення відчуття цінності своєї діяльності. Помічаючи за собою негативні почуття або прояви, людина винить себе, у нього знижується як професійна, так і особиста самооцінка. Він починає переживати почуття власної неспроможності, байдужість до роботи, а можливо, і втрату перш значущих для нього життєвих цінностей.

Серед фізичних симптомів найчастіше мають місце втома, відчуття виснаження; сприйнятливості до змін показників зовнішнього середовища; астенізація; часті головні болі; розлади шлунково-кишкового тракту; надлишок або нестача ваги; задишка; безсоння.

Поведінкові та психологічні симптоми вигорання виражаються в наступному. Робота стає все важче і важче, а здатність виконувати її все менше і менше. Людина рано приходить на роботу і пізно йде, або, навпаки, пізно з'являється на роботі і рано йде; бере роботу додому. Він відчуває невизначене почуття, ніби щось не так (почуття неусвідомленого занепокоєння). Виникають нудьга; зниження рівня ентузіазму; почуття образи, розчарування, невпевненості, провини, незатребуваності. У таких людей легко виникає почуття гніву; з'являється дратівливість; вони починають звертати увагу на деталі; виникає підозрілість. Вони відчуває почуття всемогутності (наприклад, владу над долею пацієнта). Виникають ригідність; нездатність приймати рішення; дистанціювання від клієнтів і прагнення дистанціюватися від колег; підвищене почуття відповідальності за клієнтів; зростаюче уникнення (як копінг-стратегія). З'являються загальна негативна установка на життєві перспективи; зловживання алкоголем і (або) наркотиками [8].

Список використаної літератури

1. Бондаренко А.Ф. Психологічна допомога: теорія і практика / А.Ф. Бондаренко. - К. : Укртехпрес, 1997. -216 с.
2. Борисова М.І. Психологічні детермінанти феномена емоційного вигорання у педагогів / М.І. Борисова // Питання психології. - 2005. - № 2. – С.104.
3. Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях / Н.Е. Водопьянова, Г.С. Никифорова. - СПб., 2000. - 173 с.
4. Педагогічний словник / За ред. М.Д. Ярмаченка, - К.: Педагогічна думка, 2001. - 516 с.
5. Психологічне забезпечення професійної діяльності / К.М. Харькова. К.: Слово, 2014.-172 с.
6. Рогов Є. І. Вчитель як об'єкт психологічного дослідження / Є.І. Рогов. - М.: ВЛАДОС, 1998. - 204 с.
7. Психологія професійного здоров'я : навчальний посібник / Під ред. проф. Г.С. Нікіфорова. - СПб: Мова, 2006. - 480 с.

МАЦЮК П.П.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

**ЗМІСТ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СПЕЦІАЛІСТА
СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ**

Соціальна сфера - це сукупність галузей, підприємств, організацій, безпосереднім чином пов'язаних і визначальних образ і рівень життя людей, їх добробут; споживання. До соціальної сфери відносять, перш за все, сферу послуг (освіта, культуру, охорону здоров'я, соціальне забезпечення, фізичну культуру, громадське харчування, комунальне обслуговування, пасажирський транспорт, зв'язок).

Соціальні, економічні, політичні процеси, що відбуваються в країні, докорінно змінили соціальну сферу суспільства. Зростаюча швидкими темпами соціальна і майнова диференціація населення, поява великої кількості біженців, безробітних, маргінальних груп, несприятлива екологічна і демографічна обстановка - це реалії сьогодення.

Соціальна робота - професійна діяльність з організації допомоги та взаємодопомоги людям і групам, які потрапили у важкі життєві ситуації, їх психосоціальної реабілітації та інтеграції. У найзагальнішому вигляді соціальна робота являє собою складне суспільне явище, самостійну область науково-практичного знання, професію і навчальну дисципліну [5].

Метою соціальної сфери є з одного боку задоволення інтересів клієнта, а з іншого боку - підтримка стабільності в суспільстві. Оптимальний варіант вирішення даної проблеми - це знаходження компромісу між цими двома цілями.

Сучасна соціальна робота здійснюється переважно розгалуженою мережею державних соціальних служб. Вона включає в себе безліч напрямків, методів і областей, наприклад, таких, як: соціальне забезпечення, соціальне страхування, соціальна профілактика, соціальна реабілітація, адаптація, терапія, консультування. Соціальна робота охоплює практично всі категорії громадян, але в першу чергу це незахищені і скривджені групи: інваліди, люди похилого віку, діти.

Людина особливо потребує сьогодні кваліфікованої допомоги, яка передбачає наявність певних базових особистісних і професійних передумов - спеціальних знань, умінь, навичок, якостей у того, хто її надає. Іншими словами, важливим фактором у здійсненні соціальної роботи виступає фактор особистості професіонала в цій сфері.

Спеціаліст із соціальної роботи - це новий феномен у соціальній практиці, а тому далеко не повністю вивчений теорією соціальної роботи. Можна назвати наступні характерологічні ознаки особистості фахівця в галузі соціальної роботи:

- це професіоналізований індивід, який здійснює свою діяльність в системі «людина-людина»;
- це суб'єкт професійної діяльності, включений в соціокультурні умови;
- його особистість як суб'єкта діяльності визначають два базові компоненти: можливості (здатності) і готовність до цієї діяльності;
- особистість фахівця в сфері соціальної роботи формується, розвивається, самореалізується, самовдосконалюється в професійній

діяльності, вона змінює себе і діяльність;

- ця особистість є індивідуальність з властивими особистісними інваріантними характеристиками, які відповідають професійно-етичним принципам і стандартам даної професії [3].

Ефективність діяльності соціальної служби виражається і в психічному самопочутті громадян, яким надається допомога; це означає, що підбір кадрів, які здатні бути психологічно близькими цим категоріям громадян, впливає на підвищення ефективності системи соціальної роботи.

Існує багато описів професійно важливих якостей для працівників соціальної сфери, ми виділимо чотири групи найбільш важливих якостей:

1. Інтелектуально-професійні якості: високий професіоналізм, компетентність, культура, ерудиція, володіння технологією, знання психології, педагогіки, юриспруденції, інші необхідні знання.

2. Моральні якості: любов до людей, гуманність, доброзичливість, чуйність, милосердя, емпатія, бажання допомогти людині, терпимість, відповідальність.

3. Комунікативні якості: товариськість, тактовність, уміння слухати, здатність підтримати людину, комунікабельність, уміння стимулювати в людині її внутрішні резерви та ін.

4. Вольові якості: організаторські здібності, наполегливість, ініціативність, витримка, самовладання, організованість, відповідальність, вміння доводити розпочату справу до кінця та ін [1].

Дослідниками також виділяються такі якості, як чесність, справедливість, порядність, працездатність, готовність до психологічного дискомфорту, вміння «будувати» самозахист.

Безумовно, особистісні якості є необхідною умовою для ефективної діяльності. Однак не менш важливі такі компоненти особистості, як світогляд, гуманітарна культура і гуманістична спрямованість усього життя, етична сторона життєдіяльності [3].

Перш за все, треба зазначити, що спеціаліст соціальної сфери, проводячи будь-які заходи, виступає як лідер. По суті положення не змінюється і в тому випадку, коли в роботі з групами, скажімо, депривованих, дезадаптованих людей він спирається на їх самоврядування. У цих ситуаціях він проявляє себе як керівник нового типу. Цей стиль керівництва найбільш ефективно сприяє розвитку у його клієнтів самопомоги [8].

Соціальний педагог відіграє активну роль в структуруванні, програмуванні та координації дій різних систем соціальної допомоги.

Він має великий вплив на особистість або групу людей. Здійснення впливу є основою інтерактивної діяльності спеціаліста даної професії. У широкому сенсі слова термін «вплив» можна пояснити як процес створення умов для розвитку особистості або системи. У практиці соціальної роботи це означає забезпечення ефективності просування до наміченої мети за допомогою відповідних методів. Вплив є не що інше, як двосторонній процес взаємодії, який може бути успішним при наявності, з одного боку, здатності соціального педагога робити ефективний вплив на свідомість клієнта, а з іншого боку, при наявності у клієнта здатності правильно і прихильно сприймати спрямований на нього вплив, а також сам факт застосування до нього впливу з боку. Цей процес завжди двосторонній і тому, що на людину впливають не тільки слова соціального педагога, його переконання, але і його особистісні якості, а також ставлення клієнта до нього як суб'єкта впливу. Ще й тому цей процес двосторонній, що в процесі впливу на клієнта соціальний педагог неминуче відчуває на собі його вплив: його ставлення до сказаного і його ставлення до особистості соціального педагога [4].

Знання і досвід, набуті соціальним педагогом в процесі навчання і життєвої практики, є найбільш фундаментальною основою його здатності чинити свій вплив на інших людей, хоча самі ці здібності можуть варіювати в залежності від особистого досвіду, особистих інтересів, талантів. Знання і досвід застосовуються перш за все в міжособистісних стосунках. У цій сфері велике значення мають такі вміння і навички, як інтерв'ювання, надання підтримки, здатність до лідерства, встановлення зворотного зв'язку, посередництво, які націлені на досягнення змін у поведінці і відносинах один до одного.

Інша сфера застосування знань і умінь соціального педагога - диференційований підхід до клієнтів. Тут необхідне знання потреб та інтересів людини на різних етапах життєвого шляху, кризових станів, наслідків фізичних і психічних недуг.

Ще одна сфера застосування знань і умінь соціального педагога - управління діяльністю соціальних служб, підбір кадрів для них і застосування необхідних технологій [2].

Важливе місце відводиться спеціалізації соціального педагога в наданні допомоги клієнтам: одні спеціалізуються в області профілактики правопорушень, інші удосконалюються в наданні допомоги бідним і занедбанам, треті - в роботі з дітьми, у яких немає батьків. Така спеціалізація вимагає знання відповідних теорій і концепцій, опори на емпіричні дослідження. Необхідно знати, як

підійти до аналізу ситуації, розробити програму надання допомоги, які методи застосувати для вирішення проблем, знати відповідні закони і політику держави з цих питань [7].

Особлива сфера застосування знань і умінь соціального педагога - орієнтація в проблемах моделювання і прогнозування майбутнього розвитку і функціонування соціальних систем: сім'ї, груп, спільнот. Тут потрібне знання структур і процесів, що впливають на процедуру прийняття рішень, на використання владних повноважень, на комунікативні функції, на рольові позиції.

І нарешті, працівник соціальної сфери володіє знаннями соціальних джерел і систем забезпечення соціальними послугами за місцем проживання, таких, як лікарні, школи, дитячі установи, державні органи. Знає, як функціонують ці системи, специфіку їх діяльності, як вони впливають на клієнтів, як вийти на ці системи, знає закони, які регламентують їх діяльність і т.д. [6].

Статус спеціаліста соціальної сфери є відображенням того становища, яке він займає в суспільстві. Його репутація складається в процесі взаємодії з навколишнім середовищем. Чим більше людей спілкується з ним і переконується в його глибоких знаннях, високій компетентності, багатий життєвий досвід, в його доброзичливості, уважності до людей, чесності та відкритості, комунікабельності та обов'язковості, тим вище його репутація [9].

Отже, працівник соціальної сфери повинен:

- мати хорошу професійну підготовку, знання в різних областях психології, педагогіки, фізіології, економіки і організації виробництва, законодавства, інформатики і математичної статистики;

- володіти високою загальною культурою, бути високоерудованою людиною, що передбачає наявність хороших знань в галузі літератури, музики, живопису і т.д

- володіти інформацією про сучасні політичні, соціальні та економічні процеси в суспільстві, мати широку обізнаність про різні соціальні групи населення;

- володіти передбаченням, тобто передбачити наслідки своїх дій, не потрапити «на вудку клієнта», твердо проводити в життя свою позицію;

- володіти певною соціальною пристосованістю;

- йому необхідно вміло контактувати з «важкими» підлітками, сиротами, інвалідами, людьми похилого віку, людьми, що знаходяться на реабілітації, і т.д.;

- мати професійний такт, здатний викликати симпатію і довіру в

оточуючих, дотримуватися професійної таємниці, делікатність у всіх питаннях, які зачіпають інтимні сторони життя людини;

- володіти емоційною стійкістю, бути готовим до психічних навантажень, уникати невротичних відхилень у власних оцінках і діях і не дивлячись на можливі невдачі вміти сумлінно виконувати свій обов'язок, залишаючись спокійним, доброзичливим та уважним до підопічного;

- вміти приймати потрібне рішення в несподіваних ситуаціях, чітко формулювати свої думки, грамотно і дохідливо їх викладати [7].

Список використаної літератури

1. Бойко В.В. Енергія емоцій / В. В. Бойко. - СПб.: Пітер, 2004. - 474 с.
2. Булатевич Н. М. Синдром емоційного вигорання: роль індивідуальних та організаційних чинників / Н. М. Булатевич // Вісник Київського національного університету імені Т. Шевченка, 2005. - 207 с.
3. Васильєва Н.Ю. Психологический портрет социального работника / Н. Ю. Васильєва // Социальная работа. - 1992. - №5. - С. 206
4. Весельська Н.Ф. Емоційне вигорання працівників соціальної сфери / Н. Ф. Весельська. - М. : Видавництво Юрайт, 2016.- 188 с.
5. Водопьянова Н. Є. Синдром «вигорання» в професіях системи «людина-людина» / Н. Є. Водопьянова // Практикум з психології менеджменту та професійної діяльності. - СПб.: Преса, 2001. - 282 с.
6. Водопьянова Н.Є., Старченкова Є.С. Синдром вигорання: діагностика та профілактика / Н. Є. Водопьянова, Є. С. Старченкова. - СПб.: Пітер, 2005. - 336 с.
7. Перегончук Н. В Проблема емоційної стійкості в професійній діяльності педагога // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. - 2010. - 380 с.
8. Помиткіна Л. В. Психодинамічна неконгруентність особистості: діагностика, корекція та консультування: Монографія. - К.: Книжкове видавництво НАУ, 2007. - 180 с.
9. Психологія педагогічної діяльності : навчальний посібник. - К.: Вища школа, 2004. - 336 с.

МЕЛЬНИК А.О.

*Здобувач 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ НА ЗАННЯХ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ

В останні роки актуальним є питання про використання нових інформаційних технологій в навчальному процесі в закладах вищої освіти. Це не лише нові технічні засоби, але і нові форми і методи викладання, новий підхід до освітнього процесу. Основною метою навчання іноземних мов є формування і розвиток комунікативної культури студентів, навчання практичному оволодінню іноземних мов.

Завдання викладача полягає в тому, щоб створити умови практичного оволодіння мовою для кожного студента, обрати такі методи навчання, які дозволили би їм проявити свою активність, свою творчість. Сучасні педагогічні технології такі як навчання в співробітництві, проектна методика, використання нових інформаційних технологій, інтернет-ресурсів допомагають реалізувати особисто-орієнтований підхід в навчанні, забезпечують індивідуалізацію і диференціацію навчання з урахуванням здібностей та рівня навчання студентів.

На заняттях англійської мови за допомогою інтернету можна вирішувати цілий ряд дидактичних задач: формування навиків і умінь читання, використовуючи матеріали глобальної мережі; удосконалювати уміння письмового правопису студентів; поповнювати словниковий запас та формувати стійку мотивацію до вивчення англійської мови.

Основна мета вивчення іноземної мови в навчальному закладі – формування комунікативної компетенції. Тобто всі наступні, такі як: освітня, виховна та розвиваюча, реалізуються в процесі здійснення цієї головної цілі. Комунікативний підхід передбачає навчання спілкуванню і формування здібностей до міжкультурної взаємодії, що

являється основою функціонування Інтернета.

Спілкуючись в дійсній мовній сфері забезпеченій інтернетом, студенти опиняються в реальних життєвих ситуаціях. Залучені до рішення широкого кола значних, реалістичних, цікавих і досягнутих задач, здобувачі навчаються спонтанно і адекватно на них реагувати, що стимулює створення оригінальних висловів, а не шаблонну маніпуляцію мовними формулами.

Першочергове значення надається розумінню, передачі змісту вираженню смислу, що мотивує вивчення структури і словника іноземної мови, які слугують цій цілі. Таким чином, увага студентів концентрується на використанні форм, ніж на них самих, і навчання граматики здійснюється другорядним чином, в безпосередньому спілкуванні, виключаючи чисте вивчення граматичних правил.

Комп'ютер лояльний до різноманіття студентських відповідей: він не супроводжує їхню роботу коментарями різного спрямування, що розвиває їхню самостійність і здійснює сприятливу соціально-психологічну атмосферу на занятті, додаючи їм впевненості в собі, що являється важливим фактором для розвитку їхньої індивідуальності.

Як інформаційна система, Інтернет пропонує своїм користувачам велике різноманіття інформації і ресурсів. Базовий набір послуг може включати в себе: електронну пошту, телеконференції, відеоконференції, можливість публікації особистої інформації, створення особистої домашньої сторінки, доступ до інформаційних ресурсів, довідкові каталоги, пошукові системи, розмови в мережі. Ці ресурси можуть бути активно використанні на занятті.

Оволодіння комунікативною і міжкультурною компетенцією неможливе без практики спілкування, і використання Інтернет-ресурсів на уроці іноземної мови в даному випадку просто незамінний: віртуальне середовище Інтернет дозволяє вийти за часові і просторові рамки, пропонуючи його користувачам можливість аутентичного спілкування з реальними співбесідниками на актуальні для обох сторін теми. Однак не можна забувати про те, що Інтернет – лише допоміжний технічний засіб навчання, і для досягнення оптимальних результатів необхідно грамотно інтегрувати його використання в процесі заняття.

Таким чином, використовуючи інформаційні ресурси мережі Інтернет, можна інтегруючи їх в навчальний процес, більш ефективно вирішувати цілий ряд дидактичних завдань на занятті англійської мови:

- формувати навички і уміння читання, безпосередньо

- використовуючи матеріали мережі різного ступення складності;
- удосконалювати уміння аудіювання на основі звукових текстів мережі Інтернет , а також відповідно підготовлених викладачем;
 - удосконалювати уміння монологового і діалогового висловлювання на основі проблемного обговорення, запропонованих викладачем матеріалів мережі;
 - покращувати навчички правопису, індивідуально або письмово складаючи відповіді партнерам, приймаючи участь в підготовці рефератів, творів та інших результатів спільної діяльності партнерів;
 - поповнити свій словниковий запас, як активний , так і пасивний, лексикою сучасної англійської мови, відображаючи визначений етап розвитку культури народу, соціального і політичного устрою суспільства;
 - знайомитися з культурними знаннями, включаючи в себе мовний етикет, особливості мовної поведінки різних народів в умовах спілкування, особливості культури, традиції країни вивчаємої мови;

МОСКАЛЮК С.П.

*Магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.

*к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту*

Університету «Україна»

м.Вінниця

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ СІМЕЙ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ

Сім'я - це суспільний інститут і водночас мала соціальна група, що має історично означену організацію, члени якої пов'язані шлюбними або родинними відносинами, спільністю побуту та взаємною моральною відповідальністю, соціальна необхідність якої зумовлена потребою суспільства у фізичному та духовному відтворенні населення [8].

Для дитини сім'я - це середовище, де формуються умови її

фізичного, психічного, емоційного й інтелектуального розвитку. Для дорослої людини сім'я є джерелом задоволення низки його потреб і малим колективом, який висуває до людини різні й досить складні вимоги. У процесі життєвого циклу людини послідовно змінюється її функції і статус в сім'ї.

Сім'я - головний осередок суспільства. Вона відіграє надзвичайну роль у його життєдіяльності - через фізичну й соціокультурну зміну поколінь забезпечує можливість існування суспільства. У сім'ї створюється найбільше суспільне багатство - людина. Тут вона народжується і формується як особистість. Це та клітинка, з якої розпочинається будь-яка держава. Немає країни без сім'ї, сімейно-родинних відносин [1].

Без сім'ї неможливе відтворення населення, його соціалізація і, нарешті, неможливе утворення всіх інших соціальних інституцій. Саме рівень розвитку сім'ї разом з характером праці зумовлюють суспільний порядок, за яким живуть люди в різних державах, за різних історичних умов.

Водночас функціонування сім'ї є результатом специфічних соціальних процесів, що відбуваються в суспільстві. Отже, сім'я - це ніби проміжний стан між суспільством та індивідом.

Сімейна діяльність регулюється і спрямовується традиціями, звичаями, нормами, що панують у суспільстві за певних історичних умов.

Як складова суспільства, сім'я зазнає впливу всіх тих змін, що в ньому відбуваються. Економічна та соціальна криза, спад виробництва, безробіття, соціальна незахищеність - усе це справляє негативний вплив на сім'ю, зумовлює її сучасну кризу в Україні.

Криза інституту сім'ї проявляється у втраті орієнтації молоді на створення власної сім'ї, у низькій народжуваності, малодітній сімейній орієнтації, збільшенні кількості розлучень, зростанні кількості позашлюбних дітей та ін.

Одним із основних чинників кризи сім'ї є її економічні труднощі, не виправдання сподівань молодого подружжя на досягнення певного матеріального забезпечення, відсутність життєвих перспектив [4].

За умов ринкової економіки сім'я потребує не благодійних заходів, а радикальних змін її статусу в суспільстві.

Водночас постає питання чому сім'я переживає такі труднощі? Сімейні труднощі (нестабільність шлюбу, розлучення, порушення морально-етичних принципів і форм спілкування сім'ї тощо), на сьогоднішній день, великою мірою зумовлені викривленням в системі

ціннісних орієнтацій подружжя. Насамперед, це невисока цінність для них самоактуалізації особистості, низька цінність пізнання нового, деформовані пізнавальні інтереси, байдуже або негативне ставлення до праці. За таких умов відбувається дезактуалізація нормативної соціальної поведінки, спостерігається прийняття маргінальних її форм. Педагогічна діяльність таких сімей регулюється не прагненням досягти значущих цілей у вихованні дітей, а намагання уникнути відповідальності за сам процес виховання дитини, можливих негативних наслідків своїх дій або своєї бездіяльності. Такі ціннісні установки батьків передаються і дітям. Сімейне неблагополуччя негативно позначається на формуванні особистості дитини. Дитяче виховання в умовах негативного емоційно-психологічного сімейного мікроклімату визначається ранньою втратою потреби у спілкуванні з батьками, егоїзмом, замкненістю, конфліктністю, впертістю, неадекватною самооцінкою (завищеною чи заниженою), озлобленістю, невпевненістю у своїх силах, недисциплінованістю, втечами з дому, бродяжництвом та ін. Все це свідчить, що діти з неблагополучних сімей мають більше причин для поповнення рядів важковиховуваних, правопорушників, наркозалежних [6].

Через це більшість батьків формально ставляться до виховання, зосереджуючи увагу в основному на таких проблемах як навчання в школі, слухняність, одяг, харчування тощо. З-поміж форм і методів виховного впливу, які характерні для більшості сімей України, переважають так звані методи авторитарного спрямування, що передбачають безумовне підкорення дитини волі батьків, хоча (і це підтверджує досвід) доволі часто погляди і дії дорослих помилкові [3].

Починаючи з 2006 року в практику роботи соціального педагога, введений новий термін - сім'я, яка перебуває у складних життєвих обставинах. Термін „складні життєві обставини” визначений ЗУ „Про соціальні послуги”, вміщує значно ширший перелік життєвих обставин, що порушують нормальну життєдіяльність особи: інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку із старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад, стихійне лихо, катастрофа тощо [5].

Категорія сімей, які перебувають у складній життєвій ситуації загалом характеризуються тим, що своїм недостатньо-правомірним або деструктивним впливом (в широкому значенні цього слова) сприяє депривації неповнолітніх, аномальній соціалізації, створенню у дитини

комплексу негативних установок, інтересів, деструктивній адаптації та орієнтації в соціальному середовищі.

Виходить, що така сім'я сприяє моральному та соціальному патогенезу особистості дитини і зовнішньому виявленню цього явища у подальшому.

Крім того, сім'я, яка перебуває у складних життєвих обставинах - це соціально-фізіологічна мікросистема, що виступає дезадаптованою у соціумі за такими параметрами: соціально-економічним, соціально-психологічним, соціокультурним та соціально-правовим, члени якої пов'язані між собою шлюбом, родинними зв'язками чи то спільним місцем проживання та побутом. Дорослі члени родини виступають соціально некомпетентними індивідами у зв'язку з тим, що у переважній більшості ведуть асоціальний спосіб життя. Така родина характеризується стійкими конфліктами як між подружжям, так і між батьками й дітьми. Як соціальний інститут ця категорія сімей відзначається деформацією сімейного функціонування, особливо соціалізаційно-виховних функцій.

Проблемі соціально-педагогічної роботи з сім'єю, яка перебуває у складних життєвих обставинах, присвячені роботи О. Вакуленко, І. Григи, І. Зверевої, І. Козубовської, В. Оржеховської, І. Трубавіної, Ж. Шимкене, Т. Семигіної та ін. Певний досвід роботи в цьому напрямі мають центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, служби у справах неповнолітніх, спеціалізовані заклади, громадські організації, які працюють у сфері профілактики наркоманії, оскільки Україна визнає соціально- педагогічну роботу з сім'ями, які є хворими на алкоголізм і наркоманію, державною проблемою [2].

Доцільно б було також вивести на державний рівень проблему сімей, які перебувають в складних життєвих обставинах. Бо саме сім'ї, які опинилися у складних життєвих обставинах постійно стикаються з проблемами, котрі руйнують сімейне благополуччя [7].

А. Іванцова, кандидат педагогічних наук, спираючись на свій досвід соціального педагога, орієнтовно виокремила три групи проблемних сімей [6]:

- сім'я з безвідповідальним відношенням до виховання дітей, де стан ускладнюється аморальною поведінкою і способом життя батьків;
- сім'я з низькою педагогічною культурою батьків, які допускають помилки у підборі засобів, методів і форм роботи з дітьми, батьки не можуть встановити вірний стиль і тон взаємовідносин з дітьми;
- сім'я, в якій діти без нагляду по різних причинах: розлучення, розлад в сім'ї, зайнятість батьків.

Перелік причин, які призводять до розвитку складнощів сім'ї, дуже широкий. На думку фахівців ЦСССДМ та різних установ, які надають конкретну допомогу сім'ям у складних життєвих обставинах, проблеми, що найчастіше виникають у сім'ях, провокуються передусім такими причинами:

1. Економічні - складне матеріальне становище, безробіття, працевдатність одного або кількох членів сім'ї;

2. Психологічні - подружня невірність, конфлікти між дорослими членами родини, складнощі у спілкуванні батьків і дітей, втручання родичів у особисті проблеми подружжя, психічні захворювання одного із членів родини,

3. Соціальні - складні житлово-побутові умови, алкоголізм, пияцтво, наркотична залежність одного із членів родини, насильство, проблеми із здоров'ям, інвалідність.

4. Педагогічні - низький рівень педагогічної культури батьків, необізнаність щодо форм та методів виховання, спілкування, налагодження контактів [8].

Отже, неблагополучна сім'я в психолого-педагогічній літературі розглядається, насамперед, з погляду можливого впливу свого морального потенціалу на розвиток і формування особистості дитини. Така сім'я найчастіше є причиною появи соціально занедбаних дітей і підлітків з девіантною поведінкою. Отже, неблагополучними (інколи їх називають проблемними) щодо становища дітей прийнято вважати сім'ї, які в силу різних причин повністю або частково втратили свої виховні можливості, у результаті чого в них складаються несприятливі умови для виховання дитини [2]. Адекватно оцінивши ситуацію сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, в роботі було визначено велику кількість проблем, які необхідно вирішувати. А для цього необхідно терміново розробити заходи щодо надання соціально-педагогічної допомоги сім'ї, яка перебуває у складних життєвих обставинах. З боку держави повинні передбачатися певні заходи і не лише економічного і соціального спрямування, але і створення служб психолого-педагогічної допомоги сім'ям.

Список використаної літератури

1. Соціальний супровід сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах ; [метод, посіб.] /І. Д. Зверева та ін. - К. : Держсоцслужба, 2006. - 104 с.

2. Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства транспорту та зв'язку України, Державного Департаменту України з питань виконання покарань від 14.06.2006р. № 1983/388/452/221/56/596/106 „Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах”
3. Становище сімей в Україні в умовах малих міст України. : Держ. доповідь про становище сімей в Україні / Т.Ф. Алексєєнко, Т.В. Говорун, Н.Г. Гойда та ін. - К.: Гопак, 2006 - 226 с.
4. Технологии социальной работы: Учебник под общей ред. проф. Е.И. Холостовой. - Москва: ИНФРА - М, 2009. - 400
5. Технології та інновації соціальної / соціально-педагогічної роботи [Електронний ресурс] 2016. - Режим доступу: <http://www.studfiles.rU/preview/5462587/page:51>
6. Технологія роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: Методичний посібник/ С.В.Толстоухова, О.О.Яременко, О.В.Вакуленко та ін. - К.: ДЦССМ, Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003.-88 с
7. Трубавіна І. М. Соціально-педагогічна робота з сім'єю в Україні: теорія та методика : [монографія] / Ірина Миколаївна Трубавіна. - Харків : „Нове слово”, 2007. - 395 с.
8. Харченко С. Я. Соціально-педагогічні технології : навч.-метод. посіб. для студентів вищих навчальних закладів / Харченко С.Я., Краснова Н.П., Харченко Л.П. - Луганськ: Альма-матер, 2005. - 552 с.

МОСКАЛЮК С.П.

*Магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.**
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНО- ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'Ї, ЯКА ПЕРЕБУВАЄ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ

Особливості соціально-педагогічної діяльності стосуються і технологій роботи з сім'єю, які враховують суб'єктивні та об'єктивні чинники роботи з сім'єю, передбачають добровільність роботи, бажання сімей усвідомити свої проблеми і розв'язувати їх зі сторонньою допомогою.

Соціальні технології визначаються як сукупність засобів і методів впливу на соціальні процеси і системи з метою їх упорядкування та оптимізації.

Технології соціально-педагогічної роботи можна умовно розділити на три групи: технології діагностики (на основі вивчення соціальних проектів і ймовірних прогнозів їх розвитку); технології конструювання і проектування розвитку тих чи інших соціальних об'єктів; технології реалізації соціальних проектів, програм, введення соціальних інновацій [1].

Крім такого наскрізного розподілу можна виділити типи технологій, мета яких - повернення індивідам здатності до соціального функціонування (технології соціальної реабілітації та адаптації). Кожна з цих технологій може застосовуватися в роботі з певною категорією клієнтів (сім'ї, військовослужбовці, дезадаптовані діти і підлітки і т.д.). Нарешті, можна виділити технології діяльності в специфічних обставинах (в умовах міжнаціонального конфлікту, майбутнього розлучення подружжя і т.д.). Неважко помітити, що єдина типологія технологій соціально-педагогічної роботи принципово неможлива, оскільки будь-який принцип класифікації вибирається довільно, відповідно до цілей соціального педагога. Він має значення

для наукового дослідження, для навчальних цілей; в реальному ж дійсності звернення до того чи іншого виду технології залежить від суті соціальної проблеми [3].

Методи в соціальній роботі визначаються як комплекс професійних заходів та прийомів, спрямованих на досягнення завдань, які визначаються соціальною політикою. Виділяють наступні види методів соціальної роботи:

- Психологічні методи: діагностика, корекція, психотерапевтичні тренінги, психологічний відбір, психологічна адаптація, аутотренінг, методи психотерапії.

- Педагогічні методи: формування свідомості, методи організаційної діяльності, методи стимулювання, ігрові методи, методи включення, соціальне навчання, методи схвалювання і засудження.

- Соціологічні методи: метод спостереження, соціометричний метод, експеримент, метод експертних оцінок, аналіз документів.

- Власні методи: агітація, пропаганда, аналіз соціуму, соціальна реклама [6].

В основу визначення потреб сім'ї покладається дослідження її стану, елементом якого є спостереження та діагностика виконання нею відповідних функцій.

Соціальний педагог, здійснюючи діагностику сім'ї, діє поетапно:

- діагностування проблем та потреб;
- визначення засобів, які дадуть можливість визначити „ключову проблему”;
- добір комплексу послуг, необхідних для вирішення цієї проблеми.

Як правило, методи діагностики можуть слугувати і методами роботи з сім'єю. Серед них розрізняють: сімейну реконструкцію, генограму, сімейну розстановку, образи-спогади, сімейну скульптуру і сімейну хореографію, психодраматичне переживання ситуації, метафоричний вираз сім'ї, системно-структурну розстановку тощо [9].

Зміст та форми соціально-педагогічної роботи з сім'єю обумовлюються групою таких чинників: типом сім'ї; проблемами, які існують в сім'ї; видом соціального інституту, що працює з сім'єю, та напрямом фахової підготовки спеціаліста, який надає послуги сім'ї.

Основний зміст соціально-педагогічної роботи з сім'єю складають забезпечення сім'ї різних видів соціального обслуговування (соціальної допомоги та соціальних послуг), реабілітаційна та профілактична робота, соціальне інспектування, соціальний супровід окремих категорій сімей. Вони реалізуються у практичній діяльності

соціального педагога шляхом використання різноманітних методів, прийомів та форм соціально- педагогічної роботи, вибір яких обумовлений переліком вищезазначених чинників.

Соціальне обслуговування сім'ї реалізується через: забезпечення сім'ї різноманітних виплат, гарантованих державою у законодавчому порядку; надання малозабезпеченим сім'ям різних видів матеріальної підтримки (одяг, медикаменти, харчування, санаторні путівки, оздоровлення членів сім'ї тощо); психологічна підтримка сім'ї у складних життєвих ситуаціях; надання різноманітних консультативних послуг сім'ї; створення мережі організацій для надання культурно-освітніх та фізично-оздоровчих послуг членам сім'ї, забезпечення її змістовного дозвілля (центри дозвілля, навчальні курси, клуби та гуртки за інтересами, школи молоді сім'ї тощо) [2].

Соціально-реабілітаційна робота з сім'єю в першу чергу спрямована на відновлення виховного потенціалу сім'ї, захист прав членів родини у кризових ситуаціях, зміну соціального та сімейного статусу окремих членів сім'ї. Така робота здійснюється соціальним педагогом в школі, спеціалістами центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Об'єктами соціальної реабілітації в сім'ї є члени родини, які зазнають у ній різних форм психічного, фізичного та сексуального насильства; сім'ї, які за певних умов послабили або неправильно реалізують свою виховну функцію; сім'ї, в яких окремі члени потребують медичної або професійної реабілітації. Діяльність спеціалістів щодо реабілітації сім'ї спрямована на укріплення родинних зв'язків, подолання відчуженості дитини чи членів родини від сім'ї, корекцію взаємостосунків у сім'ї, допомогу окремим членам сім'ї у професійному та соціальному становленні [4].

Основними формами роботи щодо соціальної реабілітації сім'ї є індивідуальні та групові. Серед індивідуальних форм роботи важлива роль належить консультаціям та психотерапевтичним бесідам з батьками, подружжям та дітьми. Серед групових форм роботи слід відзначити тренінгові заняття, які можуть проводитися як з подружніми парами, так і окремо з чоловіком та жінкою. В останні роки практикуються спільні тренінги батьків та дітей. Груповими формами психолого-педагогічної реабілітації є семінари, відеолекторії, зустрічі з спеціалістами, групи самопомоги тощо [5].

В основному групові та масові форми роботи є провідними у таких напрямках: зміцнення інституту сім'ї шляхом формування у населення розуміння сім'ї як базової цінності в житті людини; підготовка молоді до сімейного життя, відповідального батьківства; пропагування

здорового способу життя серед членів сім'ї; психолого-педагогічна просвіта подружжя з питань побудови конструктивних взаємостосунків та сімейного виховання; попередження типових причин розлучень. Серед основних форм профілактичної роботи можна виокремити лекторії, семінари, тренінги, клуби для молодих сімей, тематичні дні, тематичні передачі на радіо та телебаченні тощо.

Оцінка потреб сім'ї - це процес збору, узагальнення й аналізу інформації щодо стану та життєвих обставин сім'ї з метою визначення необхідних видів соціальних послуг, соціальної допомоги, методів втручання, спрямованих на зміну ситуації в сім'ї чи поведінки її членів на краще.

Оцінка потреб має певні етапи здійснення: експрес-оцінка (триває один день), початкова оцінка (до семи днів), комплексна оцінка (до тридцяти днів). Зокрема завданнями експрес-оцінки є: з'ясування основної інформації про сім'ю, її проблеми та потреби, причини звернення; уточнення (у разі потреби) інформації про дитину, її батьків та представників найближчого оточення в інших відомствах; заповнення відповідної форми, яка містить інформацію про склад сім'ї, стислий опис основної проблеми; прийняття рішення щодо подальшої роботи з сім'єю [8].

Початкова оцінка передбачає збір і аналіз первинної інформації, отриманої з різних джерел (люди, організації, установи, які працюють з дорослими та дітьми чи співпрацювали з ними в минулому, а також представники громади, родичі, сусіди тощо) щодо умов проживання, здоров'я, освіти, значних подій (позитивних - негативних) у житті сім'ї; Соціальний педагог/соціальний працівник з'ясовує: чи сім'я насправді потребує допомоги, соціального супроводу, чи необхідні негайні дії; основні проблеми розвитку дитини, здатність батьків реагувати на них та інші фактори, що негативно впливають на дитину; які послуги необхідно надати клієнтам; чи необхідно проводити комплексну оцінку потреб сім'ї. Значущими у визначенні потреб сім'ї є знайомство з історією сім'ї, її функціонуванням, визначення стосунків з „розширеною родиною”, забезпеченість житлом, її бюджет, соціальні зв'язки сім'ї, її інтеграція в суспільство тощо [7].

У роботі з сім'ями, що перебувають у складних життєвих обставинах, важливо навчитися виявляти ключову проблему, яка має певні ознаки, часові межі. Це вміння визначати причину й наслідки; відрізнити інформацію від емоцій (деякі факти - емоційні, але не інформаційні); аналізувати інформацію з різних джерел (сусіди, вчитель, колеги тощо); враховувати думки і вислови оточення;

визначати й аналізувати сім'ю як систему, що функціонує з визначеними взаємостосунками. При визначенні ключової проблеми сім'ї необхідно враховувати ознаки, які є показниками наявності декількох проблем.

Обов'язкова умова початкової оцінки - її документування. Результатом початкової оцінки може бути: завершення роботи з клієнтом (якщо зміст його звернення не відповідає критеріям діяльності служби) або переадресація в іншу соціальну службу; термінове реагування на звернення та відкриття випадку (якщо є загроза життю дитини); ініціювання

проведення комплексної оцінки (тобто прийняття рішення щодо відкриття випадку, здійснення соціального супроводу тощо).

Соціальне інспектування - система заходів, спрямованих на здійснення контролю за додержанням вимог законодавства щодо захисту прав та свобод дітей і молоді шляхом з'ясування причин, які призвели до виникнення складних життєвих обставин, та забезпечення права на отримання своєчасної допомоги, у т.ч. вжиття негайних заходів для подолання складних життєвих обставин. Зміст соціального інспектування включає такі етапи:

1. Вивчення життєдіяльності:

- сім'ї, яка перебуває у складних життєвих обставинах (у т.ч. в разі загрози жорстокого поводження або вчинення насильства стосовно дитини чи інших членів сім'ї, наявності наркотичної або алкогольної залежностей батьків або одного з них);

- сімей, члени яких мають інвалідність або ВІЛ-інфекцію;

- жінок, які виявили намір відмовитися від новонародженої дитини, вагітних жінок, які перебувають у складних життєвих обставинах, тощо;

- сім'ї неповнолітнього, який перебуває у місцях позбавлення волі або повернувся з місць відбування покарання; неповнолітнього та молодих осіб, засуджених без позбавлення волі (у т.ч. батьків або одного з них);

- родичів осіб, які перебувають у центрах соціально-психологічної допомоги, соціальних гуртожитках для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, соціальних центрах матері та дитини, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, центрах для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді тощо.

2. Ознайомлення з умовами її проживання з метою діагностики складних життєвих обставин (здійснюється шляхом первинної оцінки).

3. Підготовка висновків та рекомендацій (передбачає аналіз причин та факторів, які обумовили виникнення складних життєвих обставин, та їх можливі наслідки) щодо подальшої роботи з сім'єю чи особою у вирішенні складних життєвих обставин з метою сприяння призначенню різних видів соціальної допомоги; вжиття термінових заходів для залучення інших підприємств, установ, організацій, звернення до органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, суду тощо у виявленні порушень прав та свобод дітей та молоді, які потребують негайного реагування; необхідності занесення до загального банку даних сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах.

Види соціального інспектування: планове, оперативне, моніторингове.

Планове інспектування здійснюється відповідно до затвердженого директором Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді плану.

Оперативне інспектування здійснюється за умови звернення фізичних або юридичних осіб у разі виникнення обставин, які потребують термінового втручання суб'єктів соціальної роботи з дітьми та молоддю.

Моніторингове інспектування (експертиза) здійснюється з метою надання відповідної оцінки виконаних заходів у вирішенні складних життєвих обставин та підготовки об'єктивного висновку і рекомендацій за результатами проведеної роботи.

Методами соціального інспектування є: вивчення документації, обстеження, спостереження, інтерв'ю, бесіда, анкетування тощо.

Соціальне інспектування здійснюється комісією, створеною наказом Центру, до складу якої входить спеціаліст Центру, а також, у разі потреби, залучаються представники служби у справах дітей, управлінь (відділів) у справах сім'ї, молоді та спорту, управлінь (відділів) та закладів охорони здоров'я, управлінь (відділів) освіти і науки, дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних та позашкільних навчальних закладів, органів праці та соціального захисту населення, органів внутрішніх справ та органів місцевого самоврядування (за згодою) [7].

Результати соціального інспектування відображаються в акті соціального інспектування, до якого на підтвердження викладених фактів можуть додаватися копії відповідних документів. В акті соціального інспектування зазначають причини складних життєвих обставин, висновки та рекомендації щодо подальшої роботи з сім'єю чи особою.

Результатами соціального інспектування можуть бути:

- занесення сім'ї до Банку даних як такої, що опинилася у складних життєвих обставинах;
- винесення на розгляд дорадчого органу питання щодо подальшої роботи з сім'єю чи особою;
- взяття під соціальний супровід;
- надання соціальних послуг;
- рекомендації членам сімей щодо подолання складних життєвих обставин власними силами, засобами та можливостями;
- клопотання про направлення до закладу соціального обслуговування;
- звернення до органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій всіх форм власності з метою сприяння ними вирішенню питань щодо подолання складних життєвих обставин;

Соціальний супровід (соціальне супроводження) - різновид соціально- педагогічної діяльності, що є формою соціальної підтримки та передбачає впродовж певного (іноді досить тривалого) терміну надання конкретній особі чи сім'ї комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, інформаційних послуг соціальним педагогом/працівником, а також, у разі потреби, спільно з іншими фахівцями (психологами, педагогами, юристами, медичними працівниками тощо) з різних установ та організацій [3].

Соціальний супровід передбачає:

- здійснення соціальної допомоги, надання соціальних послуг та соціальної реабілітації відповідно до потреб особистості та характеру самих проблем;
- соціальне виховання, що включає створення умов та проведення заходів, спрямованих на оволодіння і засвоєння загальнолюдських і спеціальних знань, соціального досвіду з метою формування соціально- позитивних ціннісних орієнтацій;
- психологічну, соціальну та юридичну підтримку, призначенням якої є надання професійної посередницької допомоги у розв'язанні різноманітних проблем;
- консультивання, у процесі якого виявляються основні напрями подолання складних життєвих обставин;
- збереження, підтримка і захист здоров'я сім'ї чи особи, сприяння у досягненні поставленої мети і розкритті їх внутрішнього потенціалу тощо.

Соціальний супровід розпочинається на підставі результатів соціального інспектування та інформації, що підтверджує наявність складної життєвої обставини після рішення дорадчого органу про взяття сім'ї чи особи під соціальний супровід. Без рішення дорадчого органу сім'ю або особу може бути взято під соціальний супровід за особистим зверненням сім'ї або особи та в разі письмової відмови від винесення їхнього питання на розгляд дорадчого органу.

Початок соціального супроводу починається після видання центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді відповідного наказу, яким призначається спеціаліст, відповідальний за здійснення соціального супроводу.

Отже головне, у роботі з сім'ями, що перебувають в складних життєвих обставинах, важливо навчитися виявляти ключову проблему, яка має певні ознаки, часові межі. Це вміння визначати причину й наслідки; відрізнити інформацію від емоцій (деякі факти - емоційні, але не інформаційні); аналізувати інформацію з різних джерел (сусіди, вчитель, колеги тощо); враховувати думки і вислови оточення; визначити й аналізувати сім'ю як систему, що функціонує з визначеними взаємостосунками. При визначенні ключової проблеми сім'ї необхідно враховувати ознаки, які є показниками наявності декількох проблем. Зміст та форми соціально-педагогічної роботи з сім'єю обумовлюються групою таких чинників: типом сім'ї; проблемами, які існують в сім'ї; видом соціального інституту, що працює з сім'єю, та напрямом фахової підготовки спеціаліста, який надає послуги сім'ї.

Список використаної літератури

1. Максименко СД. Психологія в соціальній та педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури: Навчальний посібник для вищої школи. — К.: Наукова думка, 2003. -216 с.
2. Основы социальной работы: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений (под ред. Басова В.М.) Изд. 2-е, испр., Academia, 2008.-288 с.
3. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка: [навч. посібник] / С.С. Пальчевський. - К. : Кондор, 2005. - 560 с.
4. Пармузина Е.В. Работа социального педагога с семьей группы [Електронний ресурс]: 2014. - Режим доступу: <http://vikiedu.ru/docs/index-534897.html>

5. Піча В. М. Соціологія сім'ї: Матеріали до лекцій з курсу «Соціологія». - Львів, 1995.
6. Постовий В. Г. Сучасна сім'я і її педагогіка / В. Г. Постовий. - К.: Освіта, 1994. - 64 с.
7. Початкова школа. - №3 [Електронний ресурс]: 2015. - Режим доступу:
<https://docs.google.com/document/d/1pohdXzkC9naGeBkMehU>
8. Психологічні тести. / [Ред. А.А. Карелін]. - М., 2001, Т.2. - 457 с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие/ Д.Я.Райгородский - Самара: Издательский Дом „БАХРАХ-М”,2002. - 672 с.

НОЙМАНН Д.М.В.

*Здобувач 1-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.**
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ВАЖКОВИХОВУВАНІСТЬ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Наразі в Україні спостерігається впевнена тенденція до зростання злочинності та проявів девіантної поведінки серед неповнолітніх. Негативні соціально-економічні процеси, та кризова ситуація, вцілому, яка виникла сьогодні у багатьох сферах суспільного життя в нашій країні, неминуче ведуть до збільшення девіацій (від латинського “deviatio” – відхилення). На нашу думку, особливо небезпечними є відхилення у поведінці серед неповнолітніх, оскільки саме вони можуть негативно вплинути на весь подальший процес формування особистості, сприяти вчиненню правопорушень і злочинів в подальшому. І як наслідок – останніми роками збільшується контингент дітей, віднесених до важковихованих.

Аналіз науково-педагогічних джерел свідчить про те, що упродовж

усього історичного шляху розвитку цивілізації простежується розуміння важливості проблеми корекції поведінки особистості, яка відхиляється від норми.. Під "важкими" дітьми в педагогічній науці розуміють особливу категорію дітей, що демонструють явне відхилення в особистісному розвитку. В даний час в сучасній психолого-педагогічній літературі важкими зазвичай називають тих дітей, чия поведінка відхиляється від прийнятих в суспільстві стандартів і норм. Тому використовується також синонім "важковиховувані діти", так як вони найменш схильні слідувати педагогічним приписам і проявляють крайню несприйнятливність до традиційних педагогічних впливів. Відзначимо, що віднесення дитини до даної категорії здійснюється, як правило, за зовнішніми проявами його індивідуально-психологічних особливостей, а також перешкодою для нормального протікання навчально-виховного процесу. Згідно дослідженням відомих педагогів В.Бітенського, А.Макаренка, В.Сухомлинського причиною цієї опірності є відставання особистості в позитивному розвитку. Звідси виникнення недоліків, негативних властивостей в характері, неправильних установок в поведінці, невдовговічних потреб, формування й соціалізації особистості.

Важковиховуваність може бути викликана самими різними причинами. Найбільш поширена серед них полягає в недостатній взаємодії з боку батьків і педагогів та вікових особливостей розвитку дитини. Аналіз причин проступків дітей і правопорушень підлітків свідчать про те, який величезний вплив на їх моральний розвиток надає психологічний мікроклімат сім'ї. Впливає також внутрішній характер «важких» учнів, спроби їх перевиховання. Школа в першу чергу повинна звернути увагу на можливі зміни психологічного мікроклімату сім'ї, її моральну характеристику відкорегувати в потрібному напрямку. Без цього всі зусилля школи, спрямовані тільки на учня, зміни його моральної сутності, будуть приречені на невдачу або принесуть незначні результати.

Пошук сучасних науковців спрямований на аналіз причин виникнення та визначення основних видів важковиховуваності (В.Бітенський, З.Зайцева, А.Кочетов, О.Лічко, В.Оржеховська, Ю.Свеженцева, М.Фіцула та ін.). засвідчив, що основна особливість важковиховуваних дітей - сукупність особистісних недоліків при яскраво вираженому прояві одного з них - ліні, егоїзму, недисциплінованості. Ці недоліки можуть формуватися і під впливом відчуженості учня в класному колективі, неблагополучній обстановці в сім'ї, негативного прикладу дорослих, конфліктних відносин з

оточуючими. Посилений розвиток недоліків обумовлено постійним конфліктним ставленням підлітка. Конфлікт проявляється по-різному в кожному конкретному випадку, але майже завжди служить основною причиною негативної поведінки.

Численні психолого-педагогічні дослідження показали, що при адекватному підході до формування особистості в навчально-виховному процесі можна розібратися з причинами важковихованості і спробувати їх усунути. Безумовно, кожному підлітку потрібен свій педагогічний підхід. Ці заходи, способи роботи з важкими дітьми повинні бути строго індивідуальними, виробленими на основі ретельного вивчення особистості учня, його фізичного стану. Серед загальних принципів соціально-педагогічної реабілітації «важких» дітей необхідно відзначити опору на позитивні якості підлітка і формування життєвих устремлінь дитини пов'язаних, насамперед, з професійною орієнтацією, з вибором майбутньої професії. Беззаперечно, що процес перевиховання, як і процес виховання, повинен будуватися, перш за все, з урахуванням індивідуально-психологічних властивостей підлітка, з урахуванням тих конкретних обставин і несприятливих умов виховання, які сприяли виникненню різних асоціальних проявів і відхилень.

Отже, типові помилки шкільного виховання як: незнання педагогами індивідуально-психологічних особливостей учнів, неврахування їх в організації навчально-виховної роботи; формалізм з боку вчителів та адміністрації; недостатня увага до розвитку духовності та морально-етичних якостей у дітей; невміння враховувати потреби і інтереси дітей; невміння спілкуватися з учнями виступають вагомими причинами формування важковихованості.

ПАВЛЕНКО І.Д.

фахівець із соціальної роботи

КУ «Центр надання соціальних послуг»

Агрономічної сільської ради

здобувач 4-го року підготовки

спеціальність «Соціальна робота»

Вінницький соціально-економічний інститут

Університету «Україна»

ВИДИ НАСИЛЬСТВА ВІДНОСНО ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ, ЩО ОПИНИЛИСЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ, ТА ЇХ НАСЛІДКИ.

Практика роботи з дітьми та сім'ями, які опинились у СЖО засвідчує, що на сьогодні в українському суспільстві переважають такі несприятливі умови соціалізації, які супроводжуються проявами насильства щодо дитини. Небезпека полягає в тому, що діти є найбільш незахищеною та вразливою частиною населення, вони повністю залежать від дорослих. Досить часто насильство щодо дітей має місце у родині. За офіційними статистичними даними відомо, що 30-40% всіх насильницьких злочинів відбуваються у сім'ї. За свідченням дітей, з жорстокістю вони зустрічаються вперше у власній сім'ї, з боку батьків та старших братів і сестер; приблизно в 45-49 % сімей має місце насильство над дітьми. Під поняттям «насильство» на побутовому рівні дорослі розуміють, як правило, лише фізичні покарання, проте це поняття значно ширше та глибше, яке включає різні види поведінки батьків та опікунів, інших родичів, учителів, вихователів та будь-яких осіб, які старші або сильніші.

Розрізняють чотири основних види насильства:

1. нехтування основними потребами дитини (моральна жорстокість);
2. психологічне (емоційне) насильство;
3. фізичне насильство;
4. сексуальне насильство.

Одним із небезпечних видів насильства є нехтування, що трактується як хронічна нездатність чи небажання батьків або осіб, які здійснюють догляд, забезпечити основні потреби дитини відповідно до її віку шляхом турботи, харчування, придбання одягу, житла, медичного догляду, надання освіти та забезпечення захисту. Це ставлення є результатом безвідповідальності дорослих. Воно

варіюється від випадків, коли батьки залишають дитину одну вдома без догляду на кілька годин, поки вони працюють, до так званих випадків «один вдома», коли дитина залишається без догляду, а батьки від'їздять на вихідні або свята. Найгіршим варіантом є ситуація, коли особа, яка відповідальна за турботу про дитину, не робить того, що потрібно для забезпечення її здоров'я, безпеки та фізичного розвитку. Наприклад, коли дитина голодує чи утримується в холодному приміщенні, коли в неї немає одягу, можливості вчитись тощо. У психолого-педагогічній літературі нехтування дуже рідко розглядається як різновид насильства. Проте незадоволення основних потреб дитини, яке очевидне при психологічному, фізичному та сексуальному насильстві, також є виявом насильства. Нехтування як різновид насильства визнається в тому випадку, коли, наприклад, родина має середній матеріальний достаток і батьки здатні задовольнити соціальні потреби дитини, але не роблять цього. Якщо ж родина перебуває у скрутному матеріальному становищі й батьки пояснюють дитині, чому вони не можуть її повноцінно нагодувати чи придбати гарний одяг, така ситуація не розглядається як нехтування, тим більше як вияв насильства.

Психологічне насильство розглядається як поведінка, що завдає шкоди емоційному розвитку дитини та її почуттю власної гідності. Психологічне насильство включає словесні нападки, такі як постійна критика, приниження, образи, висміювання, кепкування, піддражнювання та відмова вислухати дитину взагалі. Психологічне насильство також включає нездатність проявити любов та надати підтримку, необхідну для психологічного зростання та розвитку дитини.

До категорії фізичного насильства відноситься дії, що призводять до фізичного травмування дитини: від легких ударів рукою, стусанів, щипання, смикання до крайніх форм фізичного насильства – побиття, шмагання ремнем тощо. Про фізичне насильство можна говорити не лише тоді, коли наявні відповідні ознаки (синці, поранення, переломи тощо), а й тоді, коли його наслідки неможливо виявити одразу. Наприклад, наслідком фізичного насильства може бути синдром «струшеної дитини». Коли дитину трясуть з використанням надмірної сили, це викликає внутрішні крововиливи та пошкодження кісток, але при цьому відсутні зовнішні тілесні прояви пошкоджень. Звичайно, будь-який різновид фізичного насильства завжди супроводжується словесними криками, образами. Відповідно фізичне насильство супроводжується і психологічним кривдженням дітей.

Ще одним із видів насильства є сексуальне насильство – це протиправне посягання дорослих на статеву недоторканість дитини. До даної категорії відносять всі види сексу між дорослими та дітьми, а також примушення дітей займатися сексом між собою з метою отримання задоволення тим, хто за цим спостерігає. Сексуальне насильство та сексуальна експлуатація є одним із найтяжчих порушень прав дитини. За величиною нанесених травм сексуальне насильство та сексуальна експлуатація прирівнюється до торгур і катування. Навіть якщо дитина із задоволенням сприймає дії дорослого, не розуміючи при цьому, що це є злочин, це також є проявом насильства. Так, англійський дослідник проблем сексуального насильства в сім'ї П. Дейл вважає, що в основі будь-якої форми насильства, зокрема і сексуального, лежить насильство емоційне, депривація, відторгнення, яке автор називає особливо небезпечним для розвитку особистості дитини.

Зазвичай, дитина-жертва страждає одночасно від кількох видів насильства. Наприклад, інцест (сексуальне насильство з боку рідних у родині) неминуче супроводжується не лише руйнуванням сімейних стосунків та довіри в сім'ї, маніпулятивними стосунками, а й часто залякуванням з боку кривдника, що кваліфікується як психологічне насильство.

Складовою частиною практично всіх видів насильства є психологічне насильство (загрози, образи), оскільки будь-які негативні дії батьків щодо дитини супроводжуються криками, погрозами, словесними кривдженнями. При цьому найнебезпечнішим для розвитку дитини є саме насильство в сім'ї, яке відбувається зі сторони близького оточення, що повинно б захищати, а не карати. Необхідно зауважити, що насильство доволіно породжує всі інші форми жорстокості. Якщо батьки б'ють свою дитину, то одночасно вона зазнає пси-хологічного (емоційного) насильства, можливі ситуації матеріального і медичного недогляду; їй забороняється жалітися кому-небудь про своє становище. Тому насильство завжди має інтегративний характер впливу на формування та розвиток особистості дитини.

Насильство щодо дітей необхідно класифікувати за наступними ознаками:

1. залежно від стратегії кривдника: явне та приховане (непряме);
2. за часом: те, що відбувається зараз, і те, що трапилося в минулому;
3. за тривалістю: одноразове або багаторазове, що триває довгі роки;

4. за місцем та оточенням: вдома – з боку родичів, у школі – з боку педагогів або дітей, на вулиці – з боку дітей або незнайомих дорослих.

Для того, щоб відстежити ієрархію впливу насильства на психічний розвиток дитини, необхідно визначити наслідки насильства залежно від його виду. Зокрема нехтування насамперед негативно впливає на емоційну сферу та сферу самосвідомості дитини. В дитини виникають емоційні переживання самотності, непотрібності, відчуження. Оскільки батьки залишають дитину наодинці у її «виховному просторі», відповідно вони й не навчають її ставити цілі, долати життєві перешкоди. Тому нехтування гальмує розвиток мотиваційної сфери, оскільки у дитини відсутній інтерес до навчання, праці, творчої діяльності тощо. Внаслідок цього уповільнюється розвиток пізнавальної сфери, оскільки в дитини відсутня широка соціальна мотивація до навчання. Проте якщо інтерес до навчання в дитини є, але відсутні засоби для навчання, то у класному колективі вона відчуває сором, безпорадність, комплекс неповноцінності.

Психологічне насильство негативно позначається на емоційній сфері дитини. Дитина відчуває тривогу та небезпеку. Так, Е. Фромм зауважував, що страх значно змінює характер людини, роблячи її нерішучою, невпевненою в собі. Тому, коли батьки застосовують насильство як засіб виховання, діти починають відчувати до їх неприязнь, недовіру, ненависть, агресію тощо. Зазнає негативних деформацій і сфера самосвідомості, оскільки дитина відчуває себе «ніким», отже, формується спотворений образ «Я» дитини. Ще одним із центральних завдань розвитку особистості дитини є формування самосвідомості, тобто саме розуміння того, хто «Я» і яке місце займаю в суспільстві.

Однією з передумов встановлення та підтримання бажаних соціальних відносин є здатність регулювати й контролювати власну поведінку, беручи до уваги потреби та почуття інших людей і, водночас, керуючись нормами, прийнятими в даному суспільстві чи в даній культурі. В молодшому шкільному віці все точніше і повніше формується уявлення про власні фізичні й психологічні якості та якості оточуючих, що веде до уточнення й ускладнення образу «Я» та образів інших людей. У жертви (в даному випадку – дитини) закріплюється почуття даремності, нікчемності, непривабливості, неповноцінності. Оскільки дитина не відчуває себе прийнятною, потрібною, на щось здатною, майже припиняється розвиток мотиваційної сфери, оскільки відчуття нездатності гальмує формування інтересу до навчання, праці, творчої діяльності тощо.

Тому деформації зазнає й пізнавальна сфера дитини, через відсутність стимулювання інтересу до навчання, праці та спотвореного її образу «Я».

Фізичне насильство негативно позначається передусім на пізнавальній сфері дитини. У молодшому шкільному віці з'являються можливості дитини аналізувати та диференціювати сприйняті предмети, пов'язані із формуванням у неї більш складного виду діяльності, ніж відчуття, – спостереження. Якщо батьки застосовують крайні варіанти фізичного насильства, що призводить до черепно-мозкових травм, мінімальних мозкових дисфункцій, а це є причиною порушення розвитку не тільки емоційної, а й пізнавальної сфери дитини, а потім уже зазнає ураження сфера самосвідомості та мотиваційна. У цьому випадку спостерігається затримка розвитку мислення, розпорошена увага, погіршується пам'ять.

Під впливом сексуального насильства дитина зазнає психічної травми також на рівні емоційної сфери та сфери самосвідомості – виникає депресія та відчуття безнадійності. Можливий вияв недиференційованості емоційної сфери, відчуття провини та сорому, гнів, лють, некерований вибух емоцій взагалі. До того ж можливі думки про самогубство, особливо у підлітковому віці. На рівні сфери самосвідомості дитина відчуває свою нікчемність, бездарність, неприйняття самої себе. Усе це гальмує розвиток мотиваційної та пізнавальної сфер дитини, оскільки відсутній інтерес не лише до навчання, праці, а й до життя взагалі.

Загалом для всіх вікових категорій дітей властиві такі типові прояви, які сигналізують про застосування насильства щодо них, як: затримка фізичного та розумового розвитку, затримка мовленнєвого та моторного розвитку, погана успішність, нервові розлади, енурез, порушення сну, тривожність, різні соматичні захворювання (ожиріння, різка втрата ваги, виразка шлунку, шкірні захворювання, алергії), тривалі пригнічені стани, сумний чи стомлений вигляд, порушення апетиту, постійний голод чи спрага, санітарно-гігієнічна занедбаність, педиккульоз, прагнення будь-якими способами, аж до самопошкоджень, повернути до себе увагу оточуючих чи навпаки уникнути цього.

Багаточисленні дослідження вчених (Н.В.Тарабріної, Л.В.Трубіциної, К.Хорні, Е.Г.Ейдемільер та ін.) доводять, що у дитячому віці саме хронічні психотравмуючі ситуації мають найбільш патогенний вплив на розвиток особистості дитини, оскільки вони безпосередньо витікають із сімейних відносин і тісно пов'язані із взаємодією між дітьми та батьками. А.С. Співаковська підкреслює, що

патогенний вплив на розвиток особистості має не сам по собі зовнішній вплив (гострий чи хронічний), а його значущість для людини. Оскільки психотравмуючий вплив локалізується не в оточуючому середовищі, а в душі дитини, у її індивідуальному характері сприйняття.

Значний вплив на соціальну адаптацію дитини, її психічний, емоційний та інтелектуальний розвиток, соціальну компетентність має досвід взаємовідносин з членами сім'ї. Якість батьківської турботи, яку отримує дитина в перші роки життя, впливає на її душевне здоров'я в майбутньому. Відповідно порушення емоційних контактів з батьками (зокрема насильство щодо дитини) спричиняє зниження почуття захищеності, відхилення в поведінці та порушення психічного здоров'я, що позбавляє дитину опори в подоланні тривоги і стресів.

У стресовому процесі виділяють три головні компоненти: зовнішній вплив у формі події; сприйняття та безпосередня оцінка даної події; психічна реакція на подію. Розрізняють два види психотравм:

- одноразові та надмірно діючі гострі психічні травми – у дитячому віці це переляк, гострий внутрішньосімейний конфлікт, конфлікт у дитячому садку або школі;

- тривалі (затяжні) психічні травми (наприклад, насильницька поведінка батьків).

Численні дослідження доводять, що в дитячому віці саме хронічні психотравмуючі ситуації справляють найбільш патогенний вплив на розвиток особистості дитини, оскільки вони безпосередньо пов'язані із сімейними відносинами між дітьми та батьками. А.С. Співаковська підкреслює, що патогенний вплив на розвиток особистості має не сам по собі зовнішній вплив (гострий чи хронічний), а його значущість для людини. Психотравмуючий вплив локалізується не зовні, а всередині індивіда. Тому при описанні форм психічної травматизації необхідно вказувати, на кого, на яку особистість, а точніше, на яку систему значущих переживань та особистісних смислів здійснюється цей вплив, тобто для якої дитини й чому дана ситуація виявилась психотравмуючою.

Психотравмуючі ситуації завжди детерміновані зовнішніми умовами, а характер сприйняття негативних зовнішніх чинників (зокрема фізичного покарання) залежить від суб'єктивного сприйняття та віку дитини, її індивідуально-типологічних особливостей і хворобливого життєвого досвіду. Явище насильства щодо дітей є тією психотравмуючою ситуацією, яка детермінована як зовнішніми

умовами (поведінкою батьків, дорослих, ровесників), так і характером сприйняття та переживання дитиною даної ситуації. Вона може сприйматися хронічною психотравмою внаслідок системно діючого ланцюга насильницької поведінки з боку батьків чи іншого близького оточення дитини.

У ситуації насильства в дітей спостерігаються переважно такі емоційні стани, як: афект, тривога, страх. Це означає, що в ситуації насильства в дітей передусім страждає їх емоційна сфера. Проте саме ранній емоційний досвід дитини має основоположне значення для формування її особистості. Відчуття нею того, що її люблять, а також захищеності й повного прийняття становить фундамент розвитку здорової психіки. На жаль, стійке негативне ставлення дорослих і негативна оцінка поведінки дитини хоч і викликають у неї негативні емоційні переживання, проте не підштовхують її до перегляду власних дій, коригування вчинків у тому напрямі, який заданий вимогами батьків. Знову ж таки переконання батьків щодо необхідності виховувати дітей суворо, із застосуванням фізичного покарання є хибним, оскільки це навпаки викликає протест, призводить до неслухняності дітей у молодшому віці, а в підлітковому, як правило, першопричиною втягування дітей до вуличного життя.

Загалом вплив насильства на розвиток дітей здійснюється в три етапи. На першому, відразу після травми, особливо, якщо вона мала грубий характер, у дитини розвивається первинна реакція у вигляді хворобливих фізичних та емоційних проявів, які залежно від характеру та довготривалості впливу, віку дитини та її особистісних особливостей можуть мати різний ступінь тяжкості та спектр проявів. У подальшому спостерігається стадія адаптації (акомодації), в процесі якої у дитини випрацьовуються навички, які допомагають їй справлятися з тим, що відбувається. На цій стадії дитина вибирає такі прийоми і форми поведінки, які, як вважає дитина, допомагають їй забезпечити безпеку та зменшити фізичний і душевний біль, тобто вона формує психологічний захист (копінг). Саме на цьому етапі формуються стійкі поведінкові та особистісні порушення, які ускладнюють соціальну адаптацію не лише в дитячому віці, а й у дорослому житті.

Жорстоке поводження з дітьми в подальшому формує з них соціально-дезадаптованих людей, не здатних створювати повноцінну сім'ю, бути гарними батьками, а також є поштовхом до відтворення жорстокості по відношенню до власних дітей.

Отже, дитина потребує соціально-правового захисту.

Про соціальний захист дитини можна говорити у двох аспектах. У широкому розумінні соціальний захист передбачає гарантію основних прав, зафіксованих у Конвенції ООН про права дитини. У вузькому розумінні це означає створення умов для вільного розвитку духовних та фізичних сил дитини, пробудження її активності. Соціальна захищеність не має вікових рамок. Але чим менше дитина, тим більше вона потребує захисту!

ПОБЕРЕЖНИЙ Д.Р.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.***

*к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту*

Університету «Україна»

м.Вінниця

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОЛОДІЖНОГО ПАТРІОТИЗМУ

Аналіз досліджень проблеми патріотизму вказує на різноманітність і неоднозначність тлумачення терміну «патріотизм». Багато в чому це пояснюється складною природою даного явища, неординарністю його структури, багатоманітністю форм вияву тощо. Крім того, проблема патріотизму розглядається дослідниками в різних історичних, соціально-політичних і економічних умовах, залежно від сформованих поглядів і виробленої під впливом різних чинників особистої громадянської позиції, в тому числі стосовно своєї Батьківщини.

Слово «патріотизм» має грецьке походження, від «patris» – батьківщина. Вперше воно увійшло у вжиток під час Французької революції 1789-1793 рр. Так називали себе прихильники республіканського устрою, що боролися з монархістами [1].

Світові глобалізаційні та інтеграційні процеси зумовлюють необхідність перегляду системи базових цінностей українського суспільства, адже їх трансформація є неодмінним наслідком змін в економічній, політичній, соціальній, культурній сфері. Всесвітня культурна інтеграція не тільки сприяє послабленню та зміні

традиційних норм і цінностей, але й ставить під загрозу національну ідентичність, яка є консолідуючим фактором всередині країни і відіграє суттєву роль у визначенні векторів її розвитку. З іншого боку, зміни, що відбулися в українському суспільстві починаючи від осені 2013 року, привели до переосмислення та оновлення уявлень про Україну та українців як у самих громадян держави, так і у світовій спільноті [2].

Патріотизм визначають як любов та відповідальне ставлення до своєї батьківщини, що проявляється у готовності працювати заради її інтересів та робити внесок у її розвиток як у внутрішньополітичному житті, так і на міжнародній арені. Ефективність формування та підтримки патріотизму молоді в першу чергу залежить від того, наскільки ця цінність стає актуальною, «своєю» для самої особистості та спільноти, наскільки пов'язується з реальними подіями та процесами. Саме на даному етапі історії українське суспільство та, зокрема молодь, и можливість спостерігати та безпосередньо брати участь у подіях, що сприяли переосмисленню поняття «українець», власної національної ідентичності [4].

«Майдан» 2013-2014 року, що пройшов переважно під національними прапорами, антитерористична операція на Донбасі, а також активізація волонтерського руху по всій країні зумовили необхідність визначатись із власним ставленням до поточних подій. До уявлення про Україну як сукупність національних символів додалися свідчення про діяльність реальних українців, не зумовлену матеріальною зацікавленістю. Активізувалася громадська дискусія між прихильниками різних векторів розвитку країни. Це сприяло зростанню актуальності питань національної та культурної ідентичності і зокрема патріотизму - як почуття, як цінності, як життєвої позиції.

Тобто, з одного боку, посилення міжнародних зв'язків та комунікаційні технології сприяють «стиранню кордонів» і виходу на перший план загальнолюдських, наднаціональних проблем, з іншого – в умовах конфронтації всередині країни та з найближчими представниками пост-радянського простору відбувається оновлення національної ідентичності [3].

Роль патріотизму як цінності полягає у консолідації суспільства та забезпеченні миру всередині країни, окрім того, на особистісному та суспільному рівні він виступає рушійною силою розвитку держави в економічній, соціальній, культурній сфері.

На основі наявних світових та українських досліджень феномену

патріотизму та з урахуванням світових глобалізаційних та інтеграційних процесів визначити особливості, шляхи та перспективи формування молодіжного патріотизму в Україні.

Проблематика глобалізаційних та інтеграційних процесів була фундаментально досліджена західними вченими – О.Беллом, З.Бжезінським, О.Тофлером, Е.Гіденсом та українськими – С.Кримським, Є.Бистрицьким, І.Пригожиним та іншими. Суспільні цінності у своїх працях досліджували соціологи В.Ядов, В.Лісовський, А.Ручка. Проблеми української національної культури та свідомості розробляли В.Даниленко, О.Кульчицька, І.Сікорський та інші. Власне проблему патріотизму в українському суспільстві досліджували О.Легун, М.Качур, Г.Вашенко, Г.Коваль, О.Духовна-Кравченко, Ю.Логвиненко. Однак розробленість проблеми формування цінності патріотизму в молодіжному середовищі вважається нами недостатньою, зокрема з огляду на останні суспільно-політичні перетворення в Україні.

Однією з найбільш схильних до впливу соціуму вважається така категорія населення як молодь, вона перша реагує та вбирає як негативні, так і позитивні суспільні тенденції. Саме патріотично налаштована молодь є запорукою виховання патріотичного суспільства у майбутньому, тому саме їй має бути приділена чільна увага у дослідженнях патріотизму. Молодь значно відрізняється від інших суспільних груп, тому вкрай необхідно дослідити, які ж особливості цієї групи, як її визначають дослідники, що виділяють найважливішим при вивченні цієї групи соціуму [4].

У ході масштабної та тривалої полеміки між вченими з приводу визначення молоді, критеріїв виділення її в самостійну групу, вікових меж вироблені різні підходи: соціологічний, психологічний, фізіологічний, демографічний та ін. У той же час визначальна роль та значення молоді у суспільстві не викликає сумнівів.

Така роль, на думку Н.Ф. Головатого обумовлена наступними факторами:

1. Молодь, будучи досить великою соціально-демографічною групою, займає важливе місце в народногосподарському виробництві як єдине джерело поповнення трудових ресурсів.

2. Молодь – основний носій інтелектуального потенціалу суспільства. Вона володіє великими здібностями до праці, до творчості у всіх сферах життя.

3. Молодь має досить велику соціальну та професійну перспективу. Вона здатна швидше інших соціальних груп суспільства

оволодіти новими знаннями, професіями і спеціальностями» [4].

Далі насамперед треба відзначити, що у вітчизняній соціології на даний момент фіксується сплеск робіт, присвячених вивченню молоді як на теоретичному, так і практичному рівні. Це пов'язано як з позитивними явищами в розвитку суспільства, в якому принципово змінюється роль молоді та її значимість у системі суспільного розвитку, так і з негативними, в тому плані, що в молодіжному середовищі сучасного соціуму фіксується зростання ризикогенних факторів як в області її фізичного, так і духовного становлення і розвитку. Вже не одне десятиліття найбільш актуальним проблемами в галузі молодіжної проблематики є ті, які свідчать про погіршення самопочуття молоді, зменшення її життєвого потенціалу та видозмінення духовного обличчя. До них, насамперед, слід віднести високий рівень захворюваності молоді, девіантності, делінквентності і суїцидальності, екстремізму і жорстокості, низький рівень культури, освіченості, вихованості та патріотизму [5].

При всьому тому, що молодіжна проблематика є однією з найпопулярніших і досить розроблених у соціології, спостерігається велике різноманіття методологічних і теоретичних підходів до вивчення молоді. Це відноситься і до самої категорії молоді, яка не отримала єдиної інтерпретації в працях соціологів, що пов'язано, на наш погляд, з високою динамікою суспільного розвитку і зміною статусу і ролі молоді в ній. Більше того, молодь також стрімко змінює свій вигляд, життєві стратегії та пріоритети. Її картина життя вже значно відрізняється від тієї, яка була характерна для молоді традиційного суспільства, в якому між поколіннями спадкоємність виступала найбільш значущим фактором як суспільного розвитку, так і розвитку самої молоді, її системи цінностей і життєвих стратегій. - на основі наявних світових та українських досліджень феномену патріотизму та з урахуванням світових глобалізаційних та інтеграційних процесів визначити особливості, шляхи та перспективи формування молодіжного патріотизму в Україні [5].

Узагальнено, що патріотизм є духовним явищем, яке виражає піднесено-емоційне та активно-діяльнісне ставлення до Батьківщини (патріотизм є емоційним ставленням до Батьківщини та спонукає суб'єкта до активних дій, вчинків на її благо), яке формується у суспільстві, знаходить свій прояв у суспільній та індивідуальній свідомості, його сутність у нерозривному зв'язку саме як із суспільством, так і з особистістю.

У контексті збереження національної ідентичності та інтеграції у

світову спільноту необхідно: продовжити вивчати об'єктивні та суб'єктивні процеси глобалізації; розвивати ефективне співробітництво єврорегіонів; вдосконалювати систему управління державою для того, щоб вона була адекватна умовам глобалізації; удосконалювати механізми державного управління реалізацією євроінтеграційної політики; сприяти формуванню механізмів реалізації євроінтеграційної політики України як сукупності принципів та норм, міжнародних інструментів, методів встановлення та реалізації міжнародних відносин; удосконалювати глобальне регулювання світсистемних відносин; вивчати глобальні світоглядні трансформаційні орієнтації; вивчати глобальні культурні трансформації; розвивати інтеграційні економічні процеси в сучасному суспільстві; розвивати основні види інтеграційних об'єднань; сприяти розвитку Болонських домовленостей; розвивати засадничі принципи, що мають регламентувати процес реформування вищої освіти в Україні в контексті приєднання до Болонського процесу; налагоджувати розвиток інтеграції наукових досліджень в межах загальноєвропейського простору[6].

Визнаймо, що молодь – це соціально-демографічна група, яка проходить соціалізацію, має певні вікові межі, які коливаються залежно від конкретного суспільства; з однієї сторони характеризується високим творчим потенціалом, мобільністю, прогресивністю поглядів, з іншої – деструктивними схильностями, агресивністю щодо існуючого укладу, мінливістю свідомості та ризикованістю [5].

Аргументовано, що місією виховання державного патріотизму має бути формування гуманістичного патріотизму. Механізм сформованості патріотизму особистості неможливо здійснити без певного знання психолого-педагогічних особливостей патріотичного виховання молоді. Він має включати когнітивний, мотиваційний та діяльнісний аспекти, рівень сформованості яких буде визначати і рівень патріотичного виховання в цілому. На основі запропонованої моделі виховання державного патріотизму проаналізовано Концепцію національно-патріотичного виховання дітей та молоді (2015 р.).

Проаналізовано соціологічні дослідження, які розкривають проблеми молодіжного патріотизму - Всеукраїнське соціологічне дослідження Міністерства культури України ДЗ «Державна бібліотека України для юнацтва» на тему: «Патріотизм у розумінні сучасної молоді» (2012 р.), дослідження Інституту Горшеніна за підсумками річної програми міжнародних досліджень "Студенти - образ

майбутнього» (2011 р.), дослідження "Трансформація ціннісних орієнтацій молоді України за роки незалежності", здійснене всеукраїнською молодіжною громадською організацією "Клуб міжнародного співробітництва "Мандри" за участі Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка та за підтримки Державної служби молоді та спорту України (2011 р.), дослідження Соціологічної групи «Рейтинг» «Кілька рис українського патріотизму» (2012 р.), дослідження Центру Разумкова «Опитування до Дня Незалежності - 2009» (2009 р.) та опитування GfK Ukraine «Якби у вас була можливість вибрати країну, в якій народитися, яку ви б обрали?» (2014 р.) [7].

На їх основі було узагальнено портрет молодіжного українського патріотизму: більше половини молодих українців пишаються своєю країною; значення показника самоідентифікації себе як патріота менше за визначення себе як громадянина України, при цьому все ж більше половини молодих людей визнають себе останніми; політична, економічна та культурна ситуації у країні впливають на рівень патріотизму. Загалом, ми вважаємо, що патріотичні настрої молоді є нестійкими та піддатливими до маніпулювання, впливу з боку пропагандистської машини, зокрема ЗМІ.

На основі вище сказаного можемо запропонувати наступні рекомендації щодо подальшого вивчення питання молодіжного патріотизму в Україні:

1. Методологічна сторона. Застосовувати якісні методи та їх поєднання з кількісними, що приведе до суттєво кращих результатів стосовно глибини та детальності вивчення проблеми.

2. Індикатори патріотизму, які необхідно включати у подальші дослідження: самоідентифікація себе як патріота; рівень сформованості та розвитку національної ідеї; знання історичного минулого; відчуття пошани до країни/гордість за країну; бажана країна проживання; місце у світі; готовність захищати країну; ставлення до незалежності; ставлення до цілісності країни; вибір країни народження; задоволеність життям/показник щастя.

3. Сміслові наповнення. Стандартні дослідження патріотизму варто доповнити виявленням заходів, які може та повинна вжити держава, що дозволить зробити його більш прикладним та корисним [8].

Список використаної літератури:

1. Андрущенко В. Українство і національна ідея державотворення / Віче. –1992. – №8. – 97с.

2. Ануфрієв Л. О. / Вісник Одеського Національного Університету. – 2009. – Т.14. – 323 с.
3. Астаф'єв // Стратегії розвитку України: теорія і практика / О. С. Власюка – К.: НІСД. – 2002. – 864 с.
4. Бойко Ю. Шлях нації / Ю. Бойко. – Париж – Київ – Львів : Українське слово, 1992. – 126 с
5. Духовна-Кравченко О.С. Взаємозв'язок патріотизму та національної ідеї у становленні сучасної держави / О.С. Кравченко. – Запоріжжя, 2012. – 198с.
6. Енциклопедія політичної думки / Зав. ред. К. Сігов В. Скуратівський, Л. Фінберг. – К.: Дух и літера, 2000. – 472 с.
7. Коваль Г. В. Формування патріотизму - важливий чинник соціалізації молоді України на сучасному етапі політичного процесу / Г.В. Коваль. – Миколаїв, 2007. – 16 с.
8. Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого" : Право, 2013.- 58с.

ПОБЕРЕЖНИЙ Д.Р.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»*

*Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.***

*к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту*

*Університету «Україна»
м.Вінниця*

СОЦІАЛЬНА РЕКЛАМА: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНЬСКА РЕАЛЬНІСТЬ

Отже, сучасне суспільство неможливоувявити без реклами. Вона міцно увійшла в життя й пересічного українця, а її відсоток у вітчизняних електронних мас-медіа практично зрівнявся з аналогічним показником у ЗМІ країн Європи або Північної Америки. Так американське законодавство обмежує телевізійну рекламу 12-махвалинами на годину мовлення, тобто 20 %. А у статті 12 закону України "Про рекламу" зазначається, що час мовлення, відведений на

рекламу, не може перевищувати 15 відсотків на кожну годину мовлення для телерадіо-організацій будь-якої форми власності.

Ця вимога не поширюється на спеціалізовані рекламні канали мовлення". На російському телебаченні реклама, що складається з двох частин -федеральної і регіональної, може тривати 19 хвилин протягом години. [1]. Реклама в широкому розумінні існує вже тисячі років. Під час розкопок на узбережжі Середземного моря вчені археологи знайшли стародавні оголошення, що містили комерційні пропозиції. Древні римляни малювали на стінах анонси майбутніх боїв гладіаторів. А фінікійці рекламували певні види обладнання на великих каменюках, що лежали вздовж доріг [1].

У містах Древньої Греції спеціальні люди у публічних місцях робили оголошення про розпродаж худоби, різних виробів і, навіть, косметики. Реклама існувала і в роки планової радянської економіки. Громадян СРСР переконували "летать самолётами Аэрофлота" і "хранить деньги в Сберегательной кассе". На вулицях міст можна було зустріти плакати з цілком, так би мовити, соціальною рекламою, що пропагувала здоровий спосіб життя: "Я, ребята, закаляюсь, стать Гагариным стараюсь!". Щити з написом "Лес – народное добро, берегите его!" стояли при в'їздах до лісових масивів. Пожежники нагадували любителю оковитої, що "водка - яд, от водки деревни горят". А практично в кожній ідальні висів плакат "Хлеб народное добро - берегите его!"

Соціальна реклама радянського періоду була за ідеологізованою і політизованою, що характерно для будь якого тоталітарного суспільства. Проте створювалася (на думку спеціалістів) на високому фаховому рівні. За цим пильно слідкували відповідні державні органи, оскільки соціальна реклама в СРСР мала виконувати низку важливих завдань. І головні з них - комуністичне виховання громадян та пропаганда досягнень соціалістичного ладу.

Серед інших важливих функцій радянської соціальної реклами фахівці виділяють інформаційну, комунікативну, іміджеву. Інформаційна функція полягала у донесенні до громадян певної інформації, інколи доволі несподіваної [3].

Так, на одному з плакатів повоєнної доби був зображений сліпий чоловік в чорних окулярах з цілком у руках, одягнений в однострій залізничника на тлі цистерни з написом "Спирт". Внизу великими літерами напис: "Не пей метилового спирта". Можна припустити, що поява такої соціальної реклами була пов'язана з великою кількістю отруєнь (смертей) метиловим спиртом серед працівників залізниць.

Комунікативна функція радянської соціальної реклами через історичні обставини, була недорозвиненою.

Теоретично соціальна реклама мала служити сполучною ланкою між державою і громадянами. Але ця функція на практиці проявлялась доволі слабо, оскільки такий зворотній зв'язок у тодішній реальності не передбачався. Іміджева функція повинна була забезпечувати позитивний образ соціалістичної держави, що піклується про всіх своїх громадян [3].

Отже, те, що ми називаємо соціальною рекламою, має в Україні вже досить довгу історію. Слід зазначити, що термін "соціальна реклама" використовується тільки в Україні та тих пострадянських країнах, що входять до СНД. У США та Європі для визначення такого типу реклами використовують терміни public service advertising або public service announcement (PSA). Зазвичай, соціальну рекламу визначають як рекламу, що присвячена суспільним інтересам. Якщо комерційну рекламу створюють для того, щоб спонукати людей почати якусь дію, наприклад, купити новий товар, то творці соціальної реклами такого завдання перед собою не ставлять. Темати таких реклам є вплив на громадську думку з приводу соціально важливих питань. Ця реклама розрахована на найбільш масову аудиторію, яку хвилюють загальнолюдські цінності. Вищезгаданий Закон "Про рекламу" у статті 11 дає таке визначення соціальної реклами: "Соціальна рекламна інформація - це інформація державних органів з питань здорового способу життя, охорони здоров'я, охорони природи, збереження енергоресурсів, профілактики правопорушень, соціального захисту та безпеки населення, яка не має комерційного характеру. В такій рекламі не повинні згадуватися конкретна продукція та її виробники" [4].

Основною метою соціальної реклами є зміна ставлення суспільства до певної проблеми, а в довготривалій перспективі - формування нових соціальних цінностей. Важливою є також і освітня функція соціальної реклами. Слід зазначити, що соціальна реклама є доволі молодим напрямом у сфері суспільних комунікацій. Її історія починається на зламі XIX і XX ст.

Одним із перших прикладів соціальної реклами прийнято вважати заклик «Американської громадянської асоціації» захищати Ніагарський водоспад від шкідливих екологічних наслідків діяльності деяких енергетичних компаній (1904 р.).

Ключовими моментами в історії розвитку соціальної реклами ставали періоди серйозних міжнародних конфліктів або системних

змін в житті окремих країн. Такими для багатьох держав були I та II світові війни, Велика Депресія у США, 1917 рік для народів, які входили до складу Російської імперії, і багато інших значних подій в новітній історії людства. У країнах розвиненої демократії чітко розуміють, для чого і як може бути використана соціальна реклама в соціальнополітичному та економічному житті суспільства.

Мета такої реклами – створення нових, суспільно корисних цінностей. За допомогою соціальної реклами держава просуває послуги, звітує про виконання своїх соціальних функцій. Бізнес створює компаніям імідж соціально відповідальних структур. Громадські організації привертають увагу співгромадян, державних структур та бізнесу до суспільно важливих проблем, формують позитивну громадську думку [4].

В Україні ситуація з соціальною рекламою суттєво інша. Головний редактор журналу «Практична психологія та соціальна робота» О.Губенко, оцінюючи сучасний етап її розвитку, зазначає: «Згідно з останніми соціологічними опитуваннями більшість українців – 52% - узагалі не знають, що таке соціальна реклама. З тих, кому це явище відоме, 65% ставляться до нього позитивно, 20% не вбачають у такій рекламі великої користі й лише 15% вважають, що вона потрібна. Ці цифри говорять самі за себе» [5].

Соціальна реклама має на меті поліпшити соціальні настрої у суспільстві, звернути його увагу на важливі питання життя або навпаки - убезпечити людей від певних загроз. Тому соціальна реклама не обов'язково несе позитивний заряд. У багатьох країнах Заходу регулярно з'являється страшна соціальна реклама, що шокує і лякає людей, показуючи смертельні наслідки шкідливих звичок або порушення правил дорожнього руху тощо. Така реклама супроводжується і відповідними текстами на кшталт "Рак - це чудові ліки від куріння". Як свідчить досвід, така реклама є досить ефективною. Наприклад, у штаті Каліфорнія (США) рекламна кампанія по боротьбі з курінням початку 90-х рр. минулого століття змусила відмовитись від сигарет у три рази більше каліфорнійців, ніж у середньому по країні. Цю соціальну рекламну компанію можна вважати зразком ефективності. Але в історії Сполучених Штатів є й інші приклади. Маючи величезний досвід у цій галузі і витрачаючи на соціальну рекламу колосальні кошти, організатори подібних широкомасштабних заходів не завжди досягають мети.

Наглядною ілюстрацією неефективного використання величезних коштів, виділених на соціальну рекламу, є невдала компанія з

профілактики наркоманії, що проводилась у США з 1998- го по 2002-й рік. [6] Ця загальнонаціональна антинаркотична кампанія (National Your AntiDrug Media campaign) мала на меті зменшити вживання наркотиків у молодіжному середовищі. І попередити їх вживання молоддю у майбутньому. Організатори цього масштабного заходу зверталися як безпосередньо до молодих людей, так і до їхніх батьків та інших дорослих з проханням вжити конкретних заходів. Фінансувалася загальнонаціональна кампанія Конгресом США і повинна була стати прикладом нових підходів до антинаркотичної пропаганди. Вражали і самі масштаби фінансування. Кампанія мала бюджет у розмірі 929 млн. доларів. Конгрес ухвалив рішення про виділення для її проведення найкращих місць у ЗМІ. Найвідоміші рекламні агенції підготували більше 200 радіо- і телероликів за участю популярних діджеїв, хіп-хоп виконавців та акторів, які зображали наркоманів.

У ході кампанії було задіяно 1300 різних газет, журналів, радіо- і телеканалів, сайтів Інтернету [6]. Рекламні оголошення регулярно з'являлися на всіх головних телеканалах країни, кабельному ТБ, освітньому каналі "Channel One", що транслюється у школах, а також в кінотеатрах, на обкладинках шкільних підручників, на баскетбольних майданчиках тощо. Все це підсилювалось і доповнювалось зусиллями PR, зв'язками з місцевою громадськістю та різноманітними інститутами громадянського суспільства. Заходами цієї антинаркотичної кампанії було охоплено 80 тисяч середніх шкіл.

Звернення організаторів кампанії до батьків містило у собі кілька месиджів:

- 1) «Вашій дитині це теж загрожує» (Your Child at Risk)
- 2) «Що значить бути батьками». Батькам розповідалось, як вони можуть допомогти своїм дітям уникнути наркотиків. Для цього необхідно частіше спілкуватися з дітьми і правильно керувати сім'єю. Особливо наголошувалось на тому, що завжди необхідно знати, де та з ким знаходяться діти, коли вони повертаються додому тощо [5].
- 3) «Розуміння шкоди». В рамках цього напрямку наголошувалось, що батьки обов'язково повинні знати, чим вживання інгалянтів та маріхуани загрожує їхнім дітям. І як це може позначитися на їхньому майбутньому. Окремі повідомлення були розраховані на дитячу та підліткові аудиторію.

Головною метою було формування негативного ставлення до наркотиків взагалі та до їх вживання, усвідомлення цією віковою групою ризиків, пов'язаних з наркотиками. Згідно з припущеннями

Департаменту національної політики з контролю над наркотиками (ONDCP) саме ці фактори є ключовими для зміни норм і поведінки молоді [6].

Однак мета цієї загальнонаціональної молодіжної антинаркотичної кампанії не була досягнута. Більше того, вона не тільки не зменшила бажання молоді вживати маріхуану, а навпаки, на думку експертів, підштовхнула частину підлітків до рішення спробувати наркотик. Рекламні ролики лише розпалили цікавість юних американців. Через цю масову соціальну рекламу діти 12-13 років отримали відповідь на запитання, над яким вони ще не замислювались. Показник вживання наркотиків у цій віковій групі збільшився. Проаналізувавши планування, перебіг та результати антинаркотичної кампанії 1998-2002 рр. у США, фахівці визначили основні причини її слабкої, навіть зворотної, ефективності. Серед інших причин були названі такі: - не створено сильного зразка норм як моделі поведінки. Альтернативи, що пропонуються, дуже безбарвні, ролики і плакати не додають підліткам віри у себе; - образ наркотику не був послаблений, а навпаки, підсилений. Під час кампанії не було напрацьовано необхідних асоціацій та переконань, а лише підкріплені, ті, яких намагалися уникнути [5].

Основною характеристикою наркотичного стану став вираз «get high» - на молодіжному слензі «балдіти» (буквальний переклад - «відлітай»). У порівнянні з таким станом усі інші негаразди людини такого віку (погані оцінки у школі, депресія тощо) видаються мало важливими, так би мовити, побічними ефектами того, що так притягує молодь. І ще один, на перший погляд, доволі парадоксальний висновок. В антинаркотичній кампанії брали участь відомі музиканти та актори, які грали наркоманів. Це призвело до того, що молодіжна аудиторія, наслідуючи «приклад» своїх кумирів, виявила бажання спробувати наркотик.

Проблеми ефективності соціальної реклами є предметом професійного обговорення як в Україні, так і за її межами. Дослідники роблять спроби сформулювати критерії ефективності соціальної реклами [7].

На думку російських фахівців В. Вайнера та А. Балашової ефективна соціальна реклама: - позитивна (не «проти», а «за». А саме «за відсутність» чогось - антинаркотична, антидискримінаційна тощо); - має «людське обличчя» (в об'єктиві не предмет, а людина); спирається на соціальносхвалені норми та дії, цінності і стереотипи, що склалися; - не провокує протиріч між різними соціальними групами

(віковими, гендерними тощо) - об'єднує, впливає на більшість, зміцнює зв'язки між групами;и- сприяє формуванню бережного ставлення до національних традицій, культурної та природної спадщини; - на відміну від комерційної реклами, що закликає до споживання чогось, може закликати до відмови від споживання чогось в інтересах самого споживача (з метою покращення здоров'я, безпеки тощо); - визначає умови та способи для безпосередньої участі громадян у позитивних соціальних процесах (від збереження окремих видів флори і фауни до збереження генофонду країни), тобто відповідають на питання «як?», пропонуючи кілька варіантів: зроби так сам, допоможи іншим, розкажи, як можна допомогти іншим; - формує не негайну і одномиттєву дію, а стали і часто пролонговану соціально значиму поведінку [7].

Соціальна реклама має порушувати проблеми, що по-справжньому хвилюють більшість населення. Але в той же час направлена на привернення уваги до проблем меншості. У будь-якому випадку, у гонитві за кількістю рекламної продукції, звучними слоганами та оригінальністю месиджів не можна забувати: ідеї, що просуваються у суспільство повинні викликати інтерес у аудиторії. Якщо ж вони викликають відторгнення, не враховують психологічних та культурних особливостей суспільства, така реклама не може вважатися ефективною.

Проблема ефективності соціальної реклами, якою переймаються спеціалісти у розвинутих країнах, для українських фахівців є, на жаль, лише однією з багатьох.

Серед низки інших можна назвати відсутність її серйозного замовника. Потенційними рекламодавцями, як у всьому світі, можуть бути громадські організації, професійні об'єднання, державні структури та бізнес. З українським бізнесом стосунки у соціальної реклами поки що не склалися. Вітчизняний підприємець, як правило, не може ще собі дозволити витратити гроші без прямої комерційної вигоди [8].

Громадські організації, через убогість своїх бюджетів, грошей на соціальну рекламу не мають. Вони є у представництв великих міжнародних організацій, але виділення коштів на соціальну рекламу буває, м'яко кажучи, не дуже прозорим.

Список використаної літератури

1. Українське законодавство. Засоби масової інформації. – К.:2007. - 28 квітня. – 25с.

2. Издательский дом «Бахрах – М», 2006. – 288 с.
3. Николайшвили Г. Г. Социальная реклама: Теория и практика.– М. Аспект Пресс, 2008. – 191с.
4. Курбан О. Соціальна реклама: держзамовлення, ринок маркетингових комунікацій – Дзеркало тижня. – 2007. – 28с.
5. Навчальний посібник - Владимирська А., Владимирський П. Реклама.– К.: Кондар, 2006. – 334 с.
6. Пода В. Мільйони на псевдорекламу. – Коментарі–2007. – 4 8с.
7. Федотова Л.Н. Социология рекламной деятельности:–М.: Издательство «Оникс», 2007– 560 с.
8. Педагогічний словник / За ред. М.Д. Ярмаченка, - К.: Педагогічна думка, 2001. - 516 с.

РОДЮК О.М.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ДИТИНСТВА В УКРАЇНІ

Діти є і завжди будуть найперспективнішою частиною суспільства, а тому необхідно скеровувати розвиток суспільства з огляду на позитивне ставлення до дітей, розумінням їх проблем, інтересів, запитів, потреб, вмінням зробити крок назустріч сім'ям з дітьми. В Україні з кожним роком зростає дитяча злочинність, наркоманія, проституція, сутенерство, бродяжництво та безпритульність, однак відсутні ефективні програми для роботи з молоддю, відсутня профілактика цих негативних явищ.

Бюджетні кошти, які були виділені на програми для підвищення рівня життя безпритульних дітей часто-густо «розбазарюються» на різні показові акції, які не приносять жодного позитивного результату. Підліткові клуби та центри продаються чи здаються в оренду

приватним підприємцям, які заробляють гроші саме за допомогою цих приміщень.

Без сумніву, законодавство України про дитину має більш декларативний, ніж практичний характер. В сучасних умовах становлення ринкових відносин, економічної кризи, диференціації суспільства, погіршення матеріального і духовного становища дітей, нарізли такі проблеми:

- зменшення кількості дітей в дитячих позашкільних закладах, що призводить до збільшення впливу вулиці;
- збільшення кількості дітей, які не вчаться і не працюють;
- зубожіння основної маси населення, що призводить до його розшарування й криміногенності;
- зниження якості соціалізації дітей у зв'язку із збільшенням їх відходу із дитячих дошкільних закладів;
- ріст захворювання дітей, збільшення кількості хронічних захворювань;
- споживацьке ставлення дорослих до дітей, використання в своїх інтересах;
- жорстоке ставлення до дітей, приниження їхньої гідності;
- втягнення дітей і підлітків в криміногенну сферу і організовану злочинність;
- зниження якості заходів і мір профілактичного характеру.

А в результаті — за рік до підрозділів міліції доставлено близько 10 тисяч маленьких бродяжок, палять кожен другий хлопчик і кожна п'ята дівчинка, 50% дітей віком до 14 років займаються оплачуваною працею, 73% українських дітей живуть у сім'ях із низьким рівнем доходів. Саме ця категорія дітей є найбільш незахищеною[2].

Загалом, соціалізація дітей сьогодні проходить в умовах зміни системи цінностей і орієнтацій. Це ставить перед суспільством нові завдання щодо виховання дітей, опікування ними державою. Тобто, їм необхідні соціально-правовий захист і підтримка.

На сьогодні в Україні головним чинником у механізмі забезпечення прав дитини є Конституція, яка проголошує [1]:

- рівність прав дітей;
- охорону дитинства;
- заборону насильства над дитиною та її експлуатацію;
- право на життя;
- захист та допомогу держави дитині, позбавленій сімейного оточення;
- право на освіту.

Але практична реалізація конституційних норм, інших нормативних актів, що спрямовані на поліпшення становища дітей в Україні, має серйозні перешкоди, спричинені реформуванням суспільного устрою і, особливо, негативними процесами у сфері економіки, освіти, охорони здоров'я, культури тощо.

Якщо оцінювати механізм, який діє в Україні для проведення державної політики у сфері забезпечення прав та інтересів дітей, слід зазначити, що досі відсутня координація дій багатьох органів. Механізм проведення державної політики у галузі прав дитини залишається незавершеним. У структурі Міністерства праці, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціального захисту, Міністерства освіти і науки, Міністерства внутрішніх справ створено управління, що займаються питаннями забезпечення інтересів дітей. Однак загалом відсутній національний механізм забезпечення реалізації та контролю за додержанням норм законодавства про права дитини[3, 39].

Отже, проблема захисту прав дитини в Україні постає такою, що потребує вирішення як на рівні міжнародних правових відносин, так і на рівні національного законодавства держави. Сьогодні майже всі розвинуті країни світу вже мають державні інститути захисту прав людини. Але інституту захисту прав дитини ще не існує[3, 193].

Правовий захист дітей являє собою систему заходів правового, організаційного, фінансового плану, спрямовану на забезпечення безпеки їх повсякденного життя і призначену для здійснення допомоги дітям, які з різних причин залишились позбавленими (повністю або частково) тих пільг і послуг, які необхідні для їх нормального розвитку[2].

Загалом в Україні нараховується понад дев'яносто тисяч дітей, які належать до соціально незахищеної категорії, це діти-сироти, діти, позбавлені батьківської турботи. Необхідні зміни в стратегії держави щодо захисту дитинства. Вже з'явилися нові форми державної опіки дітей: нарівні з інтернатами запрацювали дитячі будинки сімейного та змішаного типів, з'явилися прийомні сім'ї. Держава спробувала штучно відтворити моделі сімейного виховання, а вихователі в них почали «працювати» татами й мамами. Але дитині потрібна не модель, а справжня сім'я.

В Україні було презентовано нову концепцію розвитку та реалізації дитячої політики на державному рівні. Пріоритетним вектором визнано удосконалення системи опіки й опікування. Однак, на думку експертів, для дитини не може бути нічого краще, ніж її рідна сім'я.

Тому держава насамперед повинна підтримувати здатність сім'ї нормально ростити дітей. У західних країнах люди, які опинилися в складній ситуації, мають право звернутися до державних органів для віддання дитини в систему опіки не більше, ніж на півроку. Якщо після закінчення піврічного терміну дитини рідні не забирають, то вона підлягає усиновленню. Прийомна сім'я — це місце для тимчасового перебування дітей. Безумовно, така сімейна форма виховання покращить стан дітей, проте не втратить своєї штучної природи порівняно з рідною сім'єю. Дитина, яка була понад рік у системі опіки поза рідною сім'єю, зазнає дії деструктивних механізмів, що призводять до «мутації» особистості. У всьому світі працює таке законодавство, що передбачає дієвий механізм притягнення до відповідальності батьків, а також широку систему допомоги сім'ї в скрутній ситуації. Реалізація в Україні нового проекту з розвитку інтегрованих соціальних служб для дітей і сімей буде успішною лише в тому випадку, якщо державна політика переорієнтується на захист дитинства, а не продовжуватиме працювати над заміною однієї державної форми опіки на іншу[4, 217].

Найбільш вразливі, як правило, вихованці державних закладів опіки. Прикро вражає велика кількість неповнолітніх жінок без родинної підтримки, які з огляду на обставини, що склалися, а іноді й під впливом оточуючих, змушені або позбутися небажаної вагітності, або ж відмовитися від дитини вже в пологовому будинку. Зрозуміло, що з огляду на їх юний вік, відсутність професії, а як наслідок - неможливість утримувати не тільки дитину, а й себе, вони не мають альтернативи, навіть у випадку, якщо жінка має бажання виховувати дитину.

Тому реальним вирішенням цієї проблеми в усьому світі є створення соціальних центрів матері та дитини, де молоді матері, батьки мають змогу, залишаючись з дітьми, виховувати їх та одночасно здобувати освіту чи професію. Відповідно до Указу Президента України «Про першочергові заходи щодо захисту прав дітей» 6 соціальних центрів матері та дитини на 140 місць було створено протягом 2006 року в АР Крим, Київській, Львівській, Сумській, Хмельницькій, Чернігівській областях за рахунок коштів державного бюджету.

Соціальні центри матері та дитини призначені для тимчасового проживання жінок на сьомому - дев'ятому місяці вагітності та матерів з дітьми віком від народження до 18 місяців, які опинились в складних життєвих обставинах, що перешкоджають виконанню материнського обов'язку. Діяльність центрів спрямована на зменшення відмов від

новонароджених дітей з використанням нових форм соціальної підтримки жінок. Жінка, яка опинилась у складних життєвих обставинах, звернувшись в центр по допомогу має можливість отримати безкоштовно не тільки відповідні житлово-побутові умови та харчування, так необхідні у цей скрутний період, а й психологічну, соціально-педагогічну, правову підтримку.

Звичайно, робота консультаційних пунктів та послуги, які надають соціальні центри матері та дитини, не є панацеєю від цього явища, однак своєчасно запропонована допомога має можливість зупинити жінку зробити цей неприродний крок.

На сьогодні законодавство України про права дитини не має узгодженого, систематизованого характеру. Певні правові норми розкидано по різних правових актах, що не дає можливості гарантувати додержання та реалізацію встановлених прав дітей. Зважаючи на це, а також з метою упорядкування та вдосконалення нормативного матеріалу, що стосується захисту дітей в Україні, Українським інститутом соціальних досліджень було підготовлено та видано в 1998 р. збірник документів «Дитинство в Україні: права, гарантії, захист».

На жаль, значна частина норм законодавства України, які відповідають Конвенції ООН про права дитини, іншим міжнародним актам у цій сфері, не реалізується, а інші — потребують доопрацювання. Так, на сьогодні назріла нагальна потреба у впровадженні комплексу заходів, які б дали змогу запобігти погіршенню становища сімей і дітей, розробити нормативну базу і запровадити механізм звернень дітей з питань жорстокого поводження з ними, законодавче забезпечити постійний контроль за додержанням майнових і житлових прав дітей тощо.

Основні напрями соціальної політики щодо охорони дитинства в Україні були також визначені в рамках державних програм «Довгострокова програма поліпшення становища жінок, охорони материнства та дитинства» (1992 р.), «Програма планування родини» (1995 р.) і «Діти України» (1996 та 2000 р.р.). У їхню основу покладено концепцію поліпшення репродуктивного здоров'я українського народу, забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей та молоді в Україні.

Однак, попри досить інтенсивну законодавчу роботу в галузі захисту прав дитини, економічний стан, в якому нині перебуває наша держава, суттєво гальмує процес втілення в життя приписів згаданих нормативних актів. Це призводить до такого катастрофічного явища, як демографічна криза та соціальне сирітство[4, 53].

Список використаної літератури

1. Конституція України. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
2. Вінгловська О. Діти України потребують правового захисту // Право України. – 2016. - №4. – С. 7-12.
3. Волинець Л.С. Права дитини в Україні: проблеми та перспективи. – К.: Логос, 2015. – 317 с.
4. Пеша І.В. Соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (проблеми реформування). – К.: Мальва, 2017. – 279 с.

ЧОРНОБАЙ В.М.

*магістрант 2-го року підготовки
спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.**
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ОСНОВНІ ВИДИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ, ЩО РЕГУЛЮЮТЬ ВІДНОСИНИ В СФЕРІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

В умовах незалежної держави створення національної системи соціальних гарантій має першочергове значення. Основні принципи такої системи закладені в Конституції України, де зазначено, що громадяни України мають право: на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло, на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них причин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законодавством. Пенсії, інші види соціальних виплат і допомоги, що є основним джерелом існування, мають забезпечувати рівень життя, не нижчий від прожиткового,

встановленого законодавством, на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного й доступного усім громадянам медичного обслуговування[1].

Відповідно до ст. 46 Конституції України громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом [1].

Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними.

Пенсійна система охоплює непрацездатних громадян похилого віку, інвалідів, осіб, які втратили годувальника, виплати яким проводяться у формі пенсій, надбавок та підвищення до пенсій, компенсаційних виплат, додаткових пенсій та державної соціальної допомоги особам, які не мають права на пенсію та інвалідам.

Законодавством передбачено впровадження тривірневої пенсійної системи, яка розширить можливість для підвищення добробуту людей та економічного зростання в Україні:

- 1-й рівень - солідарна система загальнообов'язкового державного пенсійного страхування, яка базується на засадах солідарності і субсидування і здійснення виплати пенсій та надання соціальних послуг за рахунок коштів Пенсійного фонду;

- 2-й рівень - накопичувальна система загальнообов'язкового державного пенсійного страхування, яка базується на засадах накопичення коштів у Накопичувальному фонді, які обліковуються на накопичувальних пенсійних рахунках застрахованих осіб;

- 3-й рівень - система недержавного пенсійного забезпечення, яка ґрунтується на засадах добровільної участі громадян, роботодавців та їх об'єднань у формуванні пенсійних накопичень з метою отримання громадянами пенсійних виплат, що буде доповненням до пенсійних виплат з I та II рівнів[4].

Законодавча база системи соціального захисту населення охоплює не лише пенсійне забезпечення, але й медичне, соціальне страхування, сферу зайнятості, соціальну політику, тощо, в яких береться до уваги: основні категорії постраждалих від Чорнобильської катастрофи; соціальних та економічних прав інвалідів; юридичні механізми відновлення прав та надання соціального захисту жертвам

політичних репресій; концептуальні засади соціального захисту осіб, уражених ВІЛ/СНІД; принципи та пріоритети державної політики у сфері соціального захисту молоді; ветеранів війни як групу, що перебуває під особливим соціальним захистом; порядку визначення і встановлення межі малозабезпеченості як перехідного державного соціального стандарту для непрацездатних громадян; комплексне регулювання питань щодо державної підтримки інвалідів, спрямованої на відновлення їх соціальної, побутової і трудової активності; встановлення прожиткового мінімуму передбачене Конституцією України; питання щодо порядку визначення обсягу (розміру) і встановлення державних соціальних стандартів та соціальних гарантій[3].

Існує безліч проблем нормативно-правового забезпечення системи соціального захисту:

1. В Україні не сформована система “соціального права”. Систематизації наявного законодавства перешкоджає відсутність єдиної концепції реформування нормативно-правової бази та моделі систематизації соціального законотворення. Недосконалість нормативно-правового забезпечення (відсутність єдиної системи «соціального права»), наявність численних суперечностей) ускладнює реалізацію конституційних прав громадян. Соціальні питання регулюють що найменше 170 законів України, 400 постанов Кабінету Міністрів, 1100 відомчих і міжвідомчих наказів щодо соціального захисту осіб похилого віку (в т.ч. ветеранів війни та праці); надання соціальних послуг різним категоріям осіб і сімей у складних життєвих обставинах (у т.ч. малозабезпеченим); соціальної захищеності інвалідів; охорони дитинства (в т.ч. соціального захисту дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування); допомоги чорнобильцям; надання житлових субсидій та інших соціальних виплат, додаткових гарантій для малозабезпечених сімей із хворими дітьми, допомоги сім’ям із дітьми, при народженні дитини, здійснення міжбюджетних трансфертів тощо. Державну політику у сфері соціального захисту визначають щонайменше 30 законодавчих актів, які мало узгоджені один з одним і не містять визначення базових понять “соціальний захист” і “соціальне забезпечення”[2, 153].

2. Соціальному законодавству притаманна неузгодженість окремих його частин, що ускладнює надання відповідних послуг населенню. У чинних нормативно-правових актах, що визначають державну політику у сфері соціального захисту та соціального забезпечення, бракує системності (дотримання визначених на перспективу

пріоритетів) і наступності (логічного зв'язку чинних нормативно-правих актів із попередніми та наступними спорідненими актами). У документах не зовсім адекватний термінологічний апарат; розмиті визначення функцій, цілей і напрямів роботи органів і служб (зокрема штучним є розмежування термінів “соціальний захист” і “соціальна захищеність”, “соціальне обслуговування” та “надання соціальних послуг”, “соціальна допомога” та “соціальна підтримка”, оскільки вони перетинаються один з одним і часто визначають майже однакове коло функцій відповідних органів і служб). Більшість законів є спеціальними, тобто поширюються на вузьке коло осіб (певні соціальні групи)[2, 279].

3. Суттєвою проблемою є відсутність єдиного кодифікованого акту (кодексу або основ законодавства), який установив би загальні підходи до регулювання системи соціального захисту та соцзабезпечення, а також вичерпний перелік критеріїв і підстав, що дають право на захист з боку держави та визначають зміст і обсяг державних гарантій.

4. У нормативно-правових актах, що визначають державну політику в соціальній сфері, спостерігається співіснування радянського (соціальне забезпечення, пільги, соціальні та компенсаційні виплати) і новітнього європейського підходу (соціальні та конституційні стандарти) і новітнього європейського підходу (соціальні послуги, соціальна робота, житлові субсидії). Більшість конституційних соціальних стандартів залишаються деклараціями через застарілість і неефективність чинних механізмів соціального захисту, низька адресність, зрівняльний характер і невідповідність системи соціального захисту реальним потребам українського суспільства, неефективність і непрозорість системи бюджетного фінансування соціальних видатків держави, дискусійність прямої дії конституційних норм щодо соціальних прав.

5. Відсутні чіткі критерії якості, за якими можна оцінити актуальний стан реалізації та ефективність державної соціальної політики. Немає системи, яка б дозволила оцінити вплив заходів соціального захисту на зниження рівня бідності чи вирішення інших соціальних проблем.

6. Розгалуженість законодавчої бази призводить до неузгодженості функцій окремих суб'єктів надання соціальних послуг, ускладнює процес міжвідомчої координації та відкриває простір для відходу від надання безпосередньої допомоги клієнтам, які її потребують. Крім того, можна стверджувати фактичну відсутність взаємодії між органами та службами різної підвідомчості, передбаченої нормативними актами, що регулюють соціальний захист.

Отже, аналізуючи питання законодавчої бази у сфері соціального захисту, варто відзначити, що значна кількість нормативно-правових актів регулюють спільні питання державних гарантій, соціальної допомоги, пенсійного забезпечення та соціального страхування. Але поруч з тим є ряд питань, які законодавство не охоплює повністю. Це в першу чергу медичне страхування та допомога, реалізація соціальних прав, що задекларовані, але не виконуються.

Список використаної літератури

1. Конституція України. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.
2. Бойко М.Д. Право соціального забезпечення України: навчальний посібник. – К.: Атіка, 2016. – 378 с.
3. Новікова Т.В. Соціально-економічна захищеність населення як об'єктивна необхідність становлення соціальної держави//Актуальні проблеми економіки. – 2019. – №3. – С. 168-179.
4. Шевчук П.І. Соціальна політика: навчальний посібник. – Львів: Світ, 2003. – 399 с.

ШОПСЬКА С.О.

*спеціальність «Соціальна робота»
Вінницький соціально-економічний інститут
Університету «Україна»*

*Науковий керівник: **КОСТЕНКО Н.І.**
к.пед.н., доцент кафедри соціальних технологій
Вінницького соціально-економічного інституту
Університету «Україна»
м.Вінниця*

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Від стану здоров'я дітей багато в чому залежить благополуччя суспільства. В останні десятиліття в усьому світі намітилася тенденція до погіршення здоров'я дитячого населення. Екологічні проблеми, різні негативні побутові чинники, хімічні добавки в продуктах харчування, неякісна вода, роздратування в суспільстві, пов'язані з

незадовільним екологічним станом, – лише деякі фактори, які агресивно впливають на здоров'я школяра [1].

Сучасні учні відчувають значні розумові перевантаження. Діти відчувають шкідливий вплив гіподинамії. Для компенсації недостатньої рухливості використовуються оздоровчі фізичні вправи. Тому дуже важливо раціонально організувати в школі режим для того, щоб діти якомога більше перебували в русі [2].

Існує безліч різних чинників, які впливають на здоров'я дітей:

- внутрішні (педагогічні, фізіолого-гігієнічні, психологічні);
- зовнішні (екологічні, економічні, соціальні).

Дослідники зазначають, що кожна з сфер здоров'я для шкільного віку має своє трактування [3].

Так, фізичне здоров'я – це такий стан організму дитини, коли показники основних фізіологічних систем перебувають в межах норми і адекватно змінюються в процесі взаємодії з навколишнім середовищем.

Психічне здоров'я – це внутрісистемна основа соціальної поведінки особистості. У ньому відображається стан мозку, коли його вищі відділи забезпечують активну інтелектуальну, емоційну і свідомовольову взаємодію індивідуума з середовищем. Компонентами психічного є інтелектуальне й емоційне здоров'я [4].

Соціальне здоров'я визначає здатність дитини контактувати з однолітками і дорослими в різних життєвих ситуаціях. Пріоритетом для здорових дітей є нестресовий спосіб життя [5, с. 276].

О.І. Янкович стверджує, що здоров'я дитини можна вважати нормою, якщо вона:

- вміє долати втому (фізичний аспект здоров'я);
- проявляє хороші розумові здібності, допитливість, увагу;
- має хороший рівень самонавчачості (інтелектуальний аспект здоров'я);
- чесна, самокритична (моральне здоров'я);
- комунікабельна (соціальне здоров'я);
- урівноважена (емоційний аспект здоров'я) [6].

Безсумнівно, існує безліч чинників, що визначають стан здоров'я людини.

Здоровий спосіб життя, з одного боку, це форма способу життя, з іншого – умова, що сприяє реалізації розвитку інших форм і проявів способу життя.

На сучасному етапі існує два погляди на поведінку людини, яка веде здоровий спосіб життя:

1. Традиційний підхід ставить своїм завданням досягнення всіма однакової поведінки, що вважається правильною: відмова від куріння і вживання алкоголю і наркотиків, підвищення рухової активності, невживання з їжею насичених жирів, кухонної солі цукру, збереження маси тіла в рекомендованих вузьких межах, дотримання гігієнічних норм і правил, дотримання режиму праці, відпочинку, харчування і т.д.

2. Компромісний підхід має діаметрально протилежні орієнтири. Здоровим вважається такий стиль поведінки, який призводить людину до бажаної тривалості і необхідної якості життя [7].

3 огляду на те, що люди початково різні, для досягнення однакового ефекту вони повинні протягом життя поводитися по-різному. Здоровий спосіб життя в принципі не може і не повинен бути ідентичним. Будь-яку поведінку слід розглядати як здорову, якщо веде до досягнення бажаного оздоровчого результату. Відповідно критерієм ефективності формування здорового способу життя є не поведінка, а реальне збільшення кількості здоров'я [2].

Не настільки важливо, якими саме методами людина домагається результату з оздоровлення, головне – це усвідомлення того, що здоров'я – це найголовніша цінність життя. Морально-вольові і мотиваційно-ціннісні установки повинні визначати поведінку людини, в тому числі, і до свого здоров'я як найважливішої цінності.

Аналіз робіт зі здоров'язбереження показує, що найчастіше на здоров'я учнів впливають такі чинники:

- тактика викладання вчителі, яку можна назвати стресовою;
- ігнорування вчителем функціональних і вікових особливостей учнів;
- недостатня поінформованість батьків в питаннях збереження здоров'я учня (відсутність допомоги учневі, вимога від нього більше, ніж він може);
- нераціональна організація вчителем навчальної діяльності;
- монотонність навчальної діяльності (відсутність чергування видів викладання, домінування репродуктивних методів);
- покарання домашнім завданням;
- недотримання гігієнічних умов (освітлення, свіжість повітря, температурний режим та ін.);
- відсутність системної роботи вчителів щодо формування цінності здоров'я і здорового способу життя [8].

За твердженням О.В. Коломійця, на рівень здоров'я дітей мають вплив безліч факторів, серед яких виділяються наступні.

1. Низький рівень мотивації на збереження і зміцнення

індивідуального здоров'я, що проявляється як відсутність культури здоров'я, коли людина не прагне взяти на себе відповідальність за здоров'я.

2. «Приховування» проблеми здоров'я, коли діяльність щодо збереження здоров'я підміняється міркуваннями на цю тему, ситуація не вирішується, тому що тільки роздумами і міркуваннями проблему не вирішити.

3. Звуження поняття здоров'я, коли враховується тільки стан повного фізичного здоров'я, відсутність хворіб і фізичних дефектів, але забувається про соціально-психологічну та духовно-моральну складові поняття.

4. Вплив екологічних факторів, несприятливих для здоров'я. За даними медиків та екологів, досить велика частина території нашої країни являє собою зону екологічного неблагополуччя. І чим більш незахищений і слабкіше організм людини (наприклад, організм дитини), тим важчими будуть наслідки для його здоров'я від впливу шкідливих факторів навколишнього середовища.

5. Вплив техногенних і антропогенних факторів, несприятливих для здоров'я, серед яких можна відзначити вплив електромагнітних полів, соціально-психологічні стреси, вплив засобів масової інформації, що травмує психіку, що зумовлює походження значної частини неврозів, психосоматичних захворювань, депресивних станів, проявів агресії і т. д. Мало уваги приділяється і питанням формування культури відпочинку, внаслідок чого наявний вільний час не компенсує наслідків втоми, яка накопичилась, і не забезпечує підготовку школяра до наступного навчального дня.

6. Відсутність цілеспрямованої і цілісної системи формування культури здоров'я дітей: відсутність безперервної та послідовної системи навчання здоров'ю, досить низький рівень просвітницької та санітарно-гігієнічної роботи.

7. Недосконалість нормативно-правової, законодавчої бази, яка регламентує діяльність з охорони здоров'я дітей і підлітків, що в належній мірі не забезпечує координацію дій державних і місцевих органів влади, освітніх і лікувально-профілактичних установ.

8. Несформованість культури здоров'я у педагогів, неблагополуччя стану їх здоров'я, недостатня грамотність педагогів в питаннях здоров'я і здорового способу життя [9].

Крім того, хотілося б відзначити ще кілька чинників, що визначають здоров'я дітей і підлітків:

1. Мікроклімат в сім'ї. Формування цінностей, способу поведінки і в

цілому особистості дитини відбувається в родині. І взаємини в сім'ї, які не сприяють збереженню здоров'я її членів, будуть негативно позначатися на дитині не тільки в період її перебування в цій соціальній групі, але і в подальшому. Адже, саме в ранньому віці вона переймає звички, манеру поведінки батьків та їх образ сприйняття світу. Це не означає, що протягом часу дитина не зможе поміняти своє ставлення до навколишнього світу і до себе, але в більш пізньому віковому періоді ці процеси будуть проходити набагато складніше, в першу чергу через когнітивні дисонанси, що виникають у свідомості людини. В силу того, що все свідоме життя, асоціюючи себе з батьками і після благополучного проходження кризи 3-х років, який у Д.Б. Ельконіна визначається поняттям «Я-хороший», у людини, що жила в родині, де збереженню фізичного і, особливо, психологічного здоров'я не приділялося уваги, без колосальних вольових зусиль з боку цієї особи, неможливо прищепити звичку до здоров'язберігаючого способу життя [10].

2. Спосіб життя. Тісно пов'язаний з попереднім фактором, адже правильне збалансоване харчування, адекватні фізичні навантаження і вплив свіжого повітря і сонячних ванн контролюється батьками та іншими членами сім'ї, в якій живе дитина. Невеликі корективи можуть внести соціальні інститути, але без підтримки з боку сім'ї вони будуть малоефективні.

3. Харчування. Людина не може бути здоровою без правильного і раціонального харчування. Для повноцінного харчування в раціоні повинні обов'язково присутніми овочі та фрукти, риба, нежирне м'ясо, яйця. Не варто забувати і про молочні продукти, соки, каші. Батьки повинні стежити, щоб дитина отримувала всі необхідні їй речовини, що забезпечують повноцінний ріст і розвиток.

Смакові переваги в раціоні батьків можуть значно підірвати здоров'я зростаючого організму. Батьки, які піклуються про своїх дітей, узгоджують раціон харчування з педіатром і прислухаються до їхніх рекомендацій, навіть якщо вони йдуть в розріз з уподобаннями в харчовій поведінці самих батьків.

4. Фізичні навантаження. Залучення дітей до активного способу життя повинно проходити згідно віку і зацікавити дитину. Фізично здорова дитина, може бути психологічно депривована через те, що цей вид спорту її не цікавить [11].

Підводячи підсумки, не складно помітити, що фактори, які впливають на формування здоров'язберігаючих звичок і навичок дитини, безпосередньо залежать від її родини. У свою чергу для коректної побудови роботи педагога в цьому напрямку, слід не тільки

прищеплювати і розвивати в дитині прагнення до способу життя, що сприяє її правильному розвитку, але і активно проводити роботу з батьками, пояснюючи їм важливість кожного окремого фактора і акцентуючи увагу на тих, які безпосередньо залежать від поведінки в сім'ї.

Список використаної літератури

1. Бекетова Г.В. Вплив здоров'язберігаючих технологій на антиінфекційну резистентність та формування хронічної патології у дітей молодшого шкільного віку / Г.В. Бекетова, К.Б. Савінова // Современная педиатрия. 2018. № 4 (92). С. 17–22.
2. Жигайло Н., Карпінська Р. Формування психічного та духовного здоров'я особистості. / Психологія національної безпеки і благополуччя особистості: тези I Міжнародної науково-практичної конференції, 14-15.03.2019 р. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2019. С. 63-66.
3. Васківська Г.О. Дидактика початкової школи: навчальнометодичний посібник. Київ : Педагогічна думка, 2019. 240 с.
4. Півненко Ю.В. Формування фізичного здоров'я учнів у навчально-виховному процесі початкової школи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / Запорізький інститут післядипломної пед. освіти. Запоріжжя, 2013. 215 с.
5. Дубогай О.Д. Компетентнісний потенціал педагогіки здоров'я збереження молоді при формуванні її особистості засобами фізичної культури // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 15 «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (Фізична культура і спорт)». К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. №10. С. 275–278.
6. Янкович О.І. Навчання учнів молодшого шкільного віку засобами освітньо-рухової методики у загальноосвітніх школах України та Польщі. Засоби навчальної та науково-дослідної роботи : зб. наук. праць / ред. кол.: акад. І.Ф. Прокопенко (голов. ред.) та інші; Харк. нац. пед. ун-т імені Г.С. Сковороди. Вип. 46. Харків : ХНПУ імені Г.С. Сковороди, 2016. С. 5-16.
7. Вайнер Э.Н. Валеология : учебник для вузов. М. : Флинта, 2019. 416 с.
8. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології. Практикум : навчальний посібник. К. : Видавничий Дім «Слов», 2013. 370 С
9. Коломієць О.В. Впровадження здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховний процес початкової школи // Розкажіть онуку. 2012. №3-4. С. 6-10.

10. Ващенко О.М. Єрмолова, В.М., Іванова Л.І. Фізкультурно-оздоровчі заходи в режимі навчального дня молодшого школяра : навч.- метод. посіб. Кам'янець-Подільський, 2012. 192 с.
11. Єфімова В.М. Здоров'язберезувальні технології у контексті педагогічних досліджень // Педагогіка, психологія. 2018. №1. С. 57-60.

ЗМІСТ

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

<i>Веретільник Ю.В.</i> Моральність особистості: розвиток в онтогенезі	3
<i>Гавришук Я.В.</i> Гендерні особливості образу „я” у сімейних відносинах	7
<i>Герасимчук І.В.</i> Невпевненість глухих людей як наслідок формування низького емоційного інтелекту в дитинстві	12
<i>Жагло О.В.</i> Булінг: форми, учасники, методи вирішення	18
<i>Клочко Т.В.</i> Гендерні відмінності мотиваційних орієнтацій в міжособистісних комунікаціях юнаків	21
<i>Мороз В.В.</i> Перспективи розвитку гіпнотерапії в Україні	25
<i>Мартинюк Р.О., Мізева К.</i> Мотиваційно–ціннісна сфера студентів	29
<i>Осадчук Л.В.</i> Поняття про мотивацію та її зв’язок з «я концепцією»	34
<i>Панасюк О.О.</i> Самопрезентація як поведінковий компонент структури особистості	38
<i>Пищик М.В.</i> Психологічні особливості експериментального дослідження емоційного інтелекту та самоактуалізації в осіб юнацького віку	41
<i>Рубенко Н.І.</i> Емпіричне дослідження взаємозв’язку видів толерантності та типів агресивності	47
<i>Тесля В.В.</i> Психологічні особливості агресивності у осіб підліткового віку	52

РОЗДІЛ 2. ФІЗИЧНА ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

<i>Арделян В.Г., Пономаренко М.В.</i> Поняття про ішемічну хворобу серця	57
<i>Гавриш А.О.</i> Лікувальна фізична культура при ожирінні	59

<i>Грабовська О.В.</i> . Структура травматизму у повноконтактному історичному фехтуванні: спроба аналізу	64
<i>Жульчинська А.В.</i> . Сучасні підходи до комплексної програми фізичної реабілітації осіб з гострими порушеннями мозкового кровообігу у пізній відновний період	67
<i>Корчинський В.С., Вечірко Л.С.</i> . Нейроциркуляторна дистонія як прояв неklasифікованої дисплазії сполучної тканини	71
<i>Корчинський В.С., Пономаренко М.В.</i> . Основні напрямки фізичної реабілітації при постковідному синдромі	76
<i>Кошка К.</i> Лікувальна фізична культура при ішемічній хворобі серця (ІХС)	81
<i>Мазур Д.</i> Лікувальна фізична культура при неврозах.	87
<i>Мовчан А.В.</i> Особливості фізичної реабілітації при травматичних вивихах плеча	93
<i>Наставна Т.В.</i> Особливості фізичної реабілітації при ожирінні	97
<i>Наставна Т.В.</i> Фізична реабілітація при метаболічному синдромі	101
<i>Панасюк О.П.</i> Фізична терапія після розриву ахіллового сухожилля	105
<i>Пелих Д.В.</i> Особливості фізичної реабілітації після травм кисті у боксерів	109
<i>Перекас Т.А.</i> Фізична терапія при остеоартрозі.	113
<i>Редько В.В.</i> Фізична терапія при сколіозах	116
<i>Чута І.О.</i> . Ефективність використання фізичної терапії у спортсменів з фіброміалгічним синдромом.	123
<i>Яковишен Р.О.</i> Фізична терапія при остеохондрозі хребта	126

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

<i>Гладун І.Ю.</i> . Неблагополучна сім'я як об'єкт соціального супроводу	129
<i>Кондратенко Л.В.</i> . Стандартизовані версії англійської мовита їх викладання у вищих навчальних закладах України	131
<i>Марчук М.В.</i> . Територіальний центр соціального обслуговування як основний суб'єкт надання соціальних послуг людям похилого віку	133

<i>Марчук М.В.</i> Професійні обов'язки соціального працівника територіального центру в роботі з людьми похилого віку	139
<i>Мацюк П.П.</i> Дефінітивний аналіз феномену «емоційного вигорання»	145
<i>Мацюк П.П.</i> Зміст професійної діяльності спеціаліста соціальної сфери	152
<i>Мельник А.О.</i> Використання інтернет-ресурсів на заняттях англійської мови	158
<i>Москалюк С.П.</i> Науково-теоретичний аналіз проблем сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах	160
<i>Москалюк С.П.</i> Педагогічної допомоги сім'ї, яка перебуває у складних життєвих обставинах	166
<i>Нойманн Д.М.В.</i> Важко виховуваність у дітей старшого шкільного віку як соціально-педагогічна проблема	
ПРОБЛЕМАлюдьм похилого віку	174
<i>Павленко І.Д.</i> Види насильства відносно дітей із сімей, що опинились у складних життєвих обставинах, та їх наслідки.	177
<i>Побережний Д.Р.</i> Теоретико-методологічні засади дослідження молодіжного патріотизму	184
<i>Побережний Д.Р.</i> Соціальна реклама: світовий досвід та українська реальність	190
<i>Родюк О.В.</i> Проблеми правового захисту дитинства в Україні	197
<i>Чорнобай В.М.</i> Основні види нормативно-правових актів, що регулюють відносини в сфері соціального захисту населення	202
<i>Шопська С.О.</i> Фактори, що впливають на здоров'я дітей молодшого шкільного віку	206

Наукове видання

«НАУКА І НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС»

МАТЕРІАЛИ ХХІ ЗВІТНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

Підписано до друку 05.11.2021.
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Друк цифровий.

Друк. арк. 13,5. Умов. друк. арк. 12,56. Обл.-вид. арк. 11,04.
Наклад 20 прим. Зам. № 6668/1.

Видавець та виготовлювач ТОВ «ТВОРИ».
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції серія ДК № 6188 від 18.05.2018 р.
21034, м. Вінниця, вул. Немирівське шосе, 62а.
Тел.: 0 (800) 33-00-90, (096) 97-30-934, (093) 89-13-852, (098) 46-98-043.
e-mail: info@tvoru.com.ua
<http://www.tvoru.com.ua>