

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**



**ФАКУЛЬТЕТ ГУМАНІТАРНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ НАУК  
КАФЕДРА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**



## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДИНИ**

*Сєвєродонецьк-2021*

## **МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ  
АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ ІЗ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ  
УКРАЇНИ

ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА  
ТАВРІЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.І. ВЕРНАДСЬКОГО

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЗАПОРІЗЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ (М. РУБІЖНЕ) МОЗ УКРАЇНИ

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БУДІВНИЦТВА І АРХІТЕКТУРИ

ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ

МИХАЙЛА КОЦЮБІНСЬКОГО

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ (М. ХАРКІВ).

ХАРКІВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

НАУКОВИЙ ЦЕНТР ПОВІТРЯНИХ СИЛ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

ПОВІТРЯНИХ СИЛ ІМЕНІ ІВАНА КОЖЕДУБА

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ «ХОРТИЦЬКА НАЦІОНАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-

РЕАБІЛІТАЦІЙНА АКАДЕМІЯ» ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ (М. ХАРКІВ)

УКРАЇНСЬКИЙ ПІВНІЧНО-СХІДНИЙ ІНСТИТУТ ПРИКЛАДНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(М. СУМИ)

ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР «ЗДОРОВ'Я СТОЛИЦЬ» (М. КИЇВ)

ЖЕШУВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ (ПОЛЬЩА)

КРАКІВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ (ПОЛЬЩА)

ІНСТИТУТ ІМ. К. ЮНГА (М. ШТУТГАРТ, НІМЕЧЧИНА)

ЗАХІДНО-НІМЕЦЬКЕ ТОВАРИСТВО КАТАТИМНО-ІМАГІНАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ (АГКВ)

(М. ДРЕЗДЕН, НІМЕЧЧИНА)

ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ МИСТЕЦТВОМ (М. НЮРТИНГЕН, НІМЕЧЧИНА)

ВЕЛИКОТИРНОВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ СВЯТИХ КИРИЛА І МЕФОДІЯ (БОЛГАРІЯ)

УНІВЕРСИТЕТ ПРИКЛАДНИХ НАУК (НІМЕЧЧИНА)

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДИНИ : ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

Вінниця-Дніпро-Дрезден-Жешув-Запоріжжя-Івано-Франківськ-  
Київ-Краків- Львів-Нюртинген-Рубіжне-Сєверодонецьк-Старобільськ-  
Суми-Харків-Чернівці-Штутгарт

УДК 159.9.072 + 173.7 + 178.1 + 178.8 + 316.6

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Східноукраїнського національного університету  
імені Володимира Даля  
(протокол № 5 від 29.12.2021 р.)*

**Актуальні питання здоров'язбереження людини** : зб. наук. праць / За заг. ред. д.психол.н. Ю. А. Завацького. – К. : ПВТП «LAT&K», 2021. – 142 с.

Видання розраховане на науковців, викладачів, здобувачів вищої освіти, фахівців в сфері здоров'язбереження людини.

УДК 159.9.072 + 173.7 + 178 + 316.6

Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за редагування, підбір і точність наведених фактів, цитат та інших відомостей.

Матеріали подано в авторській редакції та друкуються мовою оригіналу.

© Східноукраїнський національний  
університет імені Володимира Даля,  
2021

© Колектив авторів, 2021

The Volodymyr Dal East-Ukrainian National University, 2021

## ЗМІСТ

Білоусенко М.В., Білецький П.С., Боярин Л.В. ПАТОГЕНЕЗ ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЗІВ.....	8
Блискун О.О., Федорова О.В., Бровендер О.О. ПРОЦЕС РЕІНТЕГРАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПРОБЛЕМОГЕННОГО СОЦІУМУ.....	10
Блінов О.А., Шаповалова В.А., Нейман О.В. ПРОЯВИ БОЙОВОГО СТРЕСУ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	14
Бозоян М.А. СТРУКТУРНО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ПРАВООХОРОНЦІВ.....	17
Бочелюк В.Й., Панов М.С., Завацький В.Ю. ПСИХОКОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ В ІСТОРИЧНОМУ ВИМІРІ.....	19
Волченко Є.С., Завацький Ю.А., Шаповалова В.А. КОНФЛІКТОЛОГІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ У ПРОФЕСІЙНІЙ ВЗАЄМОДІІ.....	22
Гудіма М.О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ВІДНОВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ....	26
Добровольська Н.А., Ктігарєв Д.О., Тесленко Л.М. ЖИТТЄВА АНТИЦИПАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ: ДО ПОСТАНОВКИ ПРОБЛЕМИ.....	28
Долинний С.С., Завацький Ю.А., Литвиненко С.С. КОНФЛІКТОГЕННІСТЬ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ У СУЧАСНОМУ КІБЕРПРОСТОРІ.....	29
Завацький Ю.А., Овчаренко М.О., Петренко Д.В. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕІНТЕГРАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ.....	32
Завацький Ю.А., Побокіна Г.М., Царенок Л.Б. РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ У КРИЗОВІ ПЕРІОДИ ЖИТТЯ: АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ.....	36
Завацький Ю.А., Проскурін О.С., Самойленко Ю.О. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПЕРІОД ПУБЕРТАНОЇ КРИЗИ.....	39
Завацький Ю.А., Пілецька Л.С., Колногород Д.С. ФЕНОМЕН АСЕРТИВНОСТІ У КОНФЛІКТОЛОГІЧНІЙ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ.....	42
Завацький Ю.А., Спицька Л.В., Перепелиця Ю.О. РОЗЛАДИ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРУ ОСОБИСТОСТІ: МІКРО-, МЕЗО- ТА МАКРОРІВНІ.....	45

<b>Завацький Ю.А., Соболева І.С., Соляник В.Ю.</b>	
<b>РОЗВИТОК КОНФЛІКТОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНОСТІ ФАХІВЦІВ-МЕДИКІВ.....</b>	<b>48</b>
<b>Зайка О.А.</b>	
<b>ФІЗИЧНА РЕАБІЛТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ..</b>	<b>51</b>
<b>Коваленко В.О., Марійчин А.А., Кравченко Р.В.</b>	
<b>ПРОФЕСІЙНА МОБІЛЬНІСТЬ СПОРТСМЕНІВ-ПОЧАТКІВЦІВ.....</b>	<b>54</b>
<b>Корнієнко В.В., Завацька Н.С., Гетта О.М.</b>	
<b>КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ.....</b>	<b>57</b>
<b>Коротенко Д.О., Чала Т.І.</b>	
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ: АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ.....</b>	<b>61</b>
<b>Кривобогова Н.П., Мірошникова Н.С.</b>	
<b>ПОЗИТИВНА ДІЯ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧОГО ТУРИЗМУ НА ФІЗИЧНИЙ СТАН СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ.....</b>	<b>63</b>
<b>Лук'янюк О.В.</b>	
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ І КРИТЕРІЇВ ДОТРИМАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В ПЕРІОД ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ.....</b>	<b>65</b>
<b>Лук'янюк О.В.</b>	
<b>ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ РОБОТИ ВИКЛАДАЧА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В УМОВАХ КАРАНТИНУ.....</b>	<b>68</b>
<b>Лук'янюк О.В., Гуркіна В.В.</b>	
<b>ЗАГАРТУВАННЯ ОСНОВА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....</b>	<b>70</b>
<b>Лук'янюк О.В., Малмигіна Є.А.</b>	
<b>ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА ОЗДОРОВЧИ ЗАХОДИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ..</b>	<b>72</b>
<b>Лук'янюк О.В., Соловей О.Л.</b>	
<b>АНАЛІЗ ВПЛИВУ НАДМІРНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЦИФРОВИХ ПРИСТРОЇВ СЕРЕД МОЛОДІ.....</b>	<b>74</b>
<b>Лук'янюк О.В., Шуліка А.О.</b>	
<b>ПРАКТИКА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ В СУЧАСНОМУ СОЦІУМІ....</b>	<b>77</b>
<b>Мальцев В.М.</b>	
<b>ФОРМУВАННЯ ПОНЯТТЯ ПРО РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ У СТУДЕНТІВ.....</b>	<b>79</b>
<b>Мальцев В.М., Бондаренко Б.Є.</b>	
<b>ТРАНСФОРМАЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ.....</b>	<b>83</b>
<b>Марченко А.Д.</b>	
<b>ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ В ПРОЦЕСІ ЇЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛТАЦІЇ.....</b>	<b>86</b>
<b>Мілорадова Н.Е., Дятченко Д.О., Давиденко Н.С.</b>	

<b>ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОМЕНІВ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА В АСПЕКТІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ОСОБИСТОСТІ.....</b>	<b>88</b>
<b>Мірошникова Н.С., Кривобогова Н.П.</b>	
<b>ГОЛОВНІ ПРАВИЛА КОЖНОГО СПОРТСМЕНА.....</b>	<b>92</b>
<b>Мірошникова Н.С., Хатіпов М.О.</b>	
<b>ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА СПОРТСМЕНА.....</b>	<b>93</b>
<b>Пілецька Л.С., Завацький Ю.А., Анохін С.А.</b>	
<b>АСЕРТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ЧИННИК РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ.....</b>	<b>96</b>
<b>Слурденко Д.О., Савчук О.А., Гєтга О.М.</b>	
<b>РЕАЛІЗАЦІЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОВРЯДУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....</b>	<b>99</b>
<b>Сухенко І.І.</b>	
<b>ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ.....</b>	<b>104</b>
<b>Тетєрєв М.М.</b>	
<b>ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В ЖИТТІ СТУДЕНТА.....</b>	<b>106</b>
<b>Тетєрєв М.М., Моїсєєнко С.В.</b>	
<b>ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.....</b>	<b>109</b>
<b>Тоба М.В., Смирнова О.О., Горобець А.І.</b>	
<b>РОЗВИТОК РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ В АСПЕКТІ ЇЇ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ.....</b>	<b>111</b>
<b>Циганок Д.М.</b>	
<b>ОЗДОРОВЛЕННЯ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....</b>	<b>114</b>
<b>Шамич О.М., Завацький Ю.А., Каширіна Є.В.</b>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ПАРАЛІМПІЙЦІВ ЗА РІВНЕМ СПОРТИВНИХ ДОСЯГНЕНЬ.....</b>	<b>115</b>
<b>Янович І.В.</b>	
<b>ПРИЧИНИ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ ТА ЙОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ.....</b>	<b>119</b>
<b>Янович І.В., Шелєст О.В.</b>	
<b>ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОЇ МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ.....</b>	<b>123</b>
<b>Жигарєнко І.Є., Борщова К.І., Гаврилюк В.Г.</b>	
<b>СИСТЕМА СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСІБ З АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.....</b>	<b>126</b>
<b>Касабуцька О.В., Кубєкіна А.Є., Ніконов О.В.</b>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПАРАМЕТРІВ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ.....</b>	<b>129</b>
<b>Завацька Н.С., Сотнікова К.К., Харченко Б.О.</b>	
<b>РОЗВИТОК ЕМПАТІЇ У МОЛОДІ В СИСТЕМІ ПІ</b>	
<b>ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ.....</b>	<b>132</b>
<b>Відомості про авторів.....</b>	<b>135</b>

## ПАТОГЕНЕЗ ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЗІВ

Пошук нових форм подолання неврозів різної етіології є дуже актуальним завданням у зв'язку із війною, яка зробила населення країни вразливим для психічних розладів. Дослідники включають до факторів, які викликають неврози, психотравмуючу ситуацію, психопатологічні симптоми, у тому числі, вегетосоматичні, а також особистісні властивості, притаманні їй та розвинуті за час життя здібності протистояти стресу. Темперамент, характер створюють форму протистояння стресогенним впливам, силу опору травмі. Однією з сучасних форм психотерапії, яка спрямована на зміцнення стресостійкості особистості, укріплення характеру, є Моріта-терапія, яка була розроблена у першій половині ХХ ст. у Японії психіатром Ш.Морітою. Він творчо переробив ідеї дзен-буддизму та створив ефективний терапевтичний підхід до психічних розладів, який використовується у різних культурних контекстах та не потребує конкретної форми духовності від пацієнтів. Ця терапія спрямована на те, щоб навчити людину у будь-яких стрес-ситуаціях не боротися зі своїми думками та емоціями, приймати їхні хвили, притоки та відтоки такими, якими вони є. Важливим навчальним фактом для терапії є те, що життя містить страждання, і питання лише в тому, чи приймає їх людина. Прийняття потоку життя у всій її повноті дозволяє людині зосередитися не на боротьбі з психосоматичними симптомами, а на виконанні важливих і корисних справ тут і зараз, незалежно від почуттів. Тим самим у людини з'являється вміння «розчинити» своє Я у виконанні цінних справ, зосередитися на зміні ситуації, на допомозі іншим. Особистість стає більш активною, формується стійкий до стресів, цілеспрямований характер, незалежний від форми акцентуації. Людина стає здібною прийняти і пережити будь-які ситуації і діяти в них активно в теперішньому часі і тому невротична хворобливість практично зникає, йде на задній план життя. У розвитку такого терапевтично-навчального підходу, який пропонує Ш.Моріта, можна побачити один із важливих інструментів подолання Україною стресу воєнного часу.

Для України, яка восьмий рік перебуває у стані війни, проблема підтримки психічного здоров'я населення та профілактики психічних розладів є, як ніколи, актуальною. Бойові дії на Сході країни, поява значної кількості біженців, роблять населення країни вразливим для психічних розладів різної етіології та тяжкості (Робертс, Махашвілі, Джавахішвілі, 2017). Неврози, або прикордонні розлади, є одним із найпоширеніших різновидів таких розладів. Кожен третій українець страждає на тривожний розлад, симптоми якого найчастіше можуть бути віднесені до нозологічної форми неврозу (Осипян, 2021). Люди, які страждають на ці хвороби,

втрачають соціальну адаптацію, частково або повністю втрачають працездатність, чим викликають додаткове навантаження на бюджет сім'ї та держави. Допомога психіатричної системи для них не завжди ефективна, по-перше, у зв'язку із стигматизацією психіатричних хворих у соціумі, яка викликає небажання звертатися за допомогою до медичної системи і, по-друге, тому, що медикаментозного зниження гостроти невротичних симптомів самого по собі недостатньо для подолання складних обставин та ситуацій, в яких опинилися люди. Що стосується психологічної допомоги, то багато напрямків психотерапії більше схильні до тривалої роботи з травматичним досвідом дитинства клієнтів, але занурення в дитячі спогади часто не є актуальним для подолання багатьох невротичних розладів. Клієнтам необхідні практичні способи вирішення сьогоденних проблем, зміцнення мужності у стресових ситуаціях у поточних обставинах незалежно від того, що було в їхньому минулому. Тому необхідно продовження активної роботи над осмисленням природи неврозів та розробка нових методів їх лікування, які полегшують перебудову особистісних властивостей та програм реагування на стресові ситуації.

На думку В. Мясішева, до основних діагностичних критеріїв неврозів слід відносити такі: 1) психотравмуюча ситуація (конфлікт); 2) нездатність пацієнта в конкретних умовах вирішити конфліктну ситуацію психотравми, що пов'язано з особистісними рисами, 3) помітний взаємозв'язок між характером психотравми та клінічними проявами, а також патологічною фіксацією на переживаннях, з нею пов'язаних.

Б.Карвасарський, зробивши огляд попередніх йому робіт, також визначає невроз як психогенний (як правило, конфліктогенний) нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих відносин людини, проявляється у специфічних клінічних феноменах за відсутності психотичних явищ (Карвасарський, 1990:14). А.Вейн вважає, що виникнення неврозу відображає наявність стресорної ситуації, інтенсивну емоційну напругу, індивідуально-особистісний патерн реагування та обов'язкову наявність порушень у вегетативної та соматичної сферах (безсоння, запаморочення, головний біль, кардіалгія, спазм стравоходу тощо).

К.Ясперс виділяв три основні складові неврозу: психічну травму, клінічні симптоми, що викликаються цією життєвою подією та феномен зникнення невротичних симптомів після зникнення психічної травми або за перебігом часу.

Д.Менделевич визначає невроз як сукупність психопатологічних симптомів непсихотичного рівня, включаючи вегетативну дисфункцію, які виникають внаслідок впливу на особистість актуальної психічної травми та недосконалість механізмів психологічної компенсації та здатності людини прогнозувати власну поведінку в умовах різких, несподіваних змін і підвищеної невизначеності (навичок «антиципації»). З ним згоден



Ю.Александровський, який пише, що «за будь-якого психотравмуючого впливу... насамперед відбувається порушення найскладніших форм соціально-детермінованого адаптованого та відносно стабільного стереотипу реагування людини на навколишнє середовище».

Нейробиохімічний напрямок, який впливає з робіт І.Павлова, бачить основу неврозу у порушенні рівноваги процесів гальмування та збудження в нервовій системі, збогах біохімічного балансу або деяких м'яких енцефалопатичних порушеннях мозку.

Одна з найбільш значущих тем у поясненні неврозів – особистісна схильність. Так, Д.Менделевич зазначає: «Значною для диференціальної діагностики невротичних розладів вважається проблема взаємозв'язку, взаємозалежності чи альтернативності неврозу та невротичного характеру (стилю поведінки, психопатії у старому розумінні)». Він вказує на думку К.Хорні про те, що будь-який невроз – характерологічний, що дійсне джерело психічних розладів лежить у порушеннях в області характеру, що ці симптоми є проявом конфліктуючих характерологічних рис і без розкриття та виявлення структури невротичного характеру неможливо вилікувати невроз.

Ю.Александровський вказує: «Аналіз даних літератури, присвяченої прикордонним психічним розладам, свідчить про те, що найбільш тісні зв'язки між особистісними рисами та клініко-психопатологічними феноменами виявляються насамперед у хворих на неврози та психопатії».

А. Лічко підкреслював значення поняття «акцентуація характеру» для клініки неврозів і наголошував, що від типу акцентуації залежать не лише особливості клінічної картини неврозу, а й вибіркова чутливість до певного роду психогенних факторів, оскільки початок невротичного розладу може бути полегшений психотравматизацією, яка пред'являє надмірні вимоги до «місця найменшого опору» даного типу акцентуації.

Л.Собчик перевіряла взаємозв'язок між базовими біологічними властивостями особистості, заданими генетикою (темперамент), та схильністю до тих чи інших розладів. Вона показала на основі дослідження клінічної практики за допомогою батареї психодіагностичних тестів, що форми психічної дезадаптації глибоко пов'язані з особистісною predisпозицією, тобто типом особистості, темпераментом і характером, і типовими реакціями на зовнішні обставини, які народжуються на їх основі.

Узагальнюючи думки дослідників, можна визначити невроз як порушення нормального функціонування людини в суспільстві (деадаптацію) внаслідок травмуючої події, за наявності психосоматичних проявів в основному не психотичного характеру, які викликають страждання. Одна з основних причин розвитку неврозу приховується у преморбідних особливостях особистості.

## ПРОЦЕС РЕІНТЕГРАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПРОБЛЕМОГЕННОГО СОЦІУМУ

В умовах глобальних змін, зумовлених воєнними, політичними, економічними та іншими чинниками, актуальною є концептуальна розробка соціально-психологічних засад, закономірностей і специфіки процесу реінтеграції осіб, у першу чергу, військовослужбовців (Приходько, 2018), адже трансформаційний характер суспільних процесів спричиняє коливання соціетальної психіки, проявляючись, насамперед, в особистісній дихотомії, як у площині індивідуального існування, так і на рівні самореалізації (Кирпенко, 2016).

Мета-факторами у цьому складному процесі є поляризація суспільства за різними модальностями, як наслідок воєнних дій тощо, коли, по суті, йдеться про необхідність набуття реінтеграційного досвіду, включення особистості у різні стани і предметності, що передбачає сформованість внутрішніх психологічних підстав, осмислення актуальної ситуації розвитку, вироблення готовності до змін та визначення перспектив для набуття подальших нових ідентичностей на рівні особистісних ролей, ієрархічних статусів, поведінкових моделей, соціальних норм, культурологічних ідентифікацій тощо.

Отже, доцільність виконання науково-психологічного дослідження означеної проблеми вбачається у розробці системи цілісного реінтеграційного теоретико-практичного тезаурусу (концептуальний апарат, діагностичний, консультаційний і тренінгово-корекційний рівні забезпечення), що призведе до якісного покращання та інтенсифікації процесу реінтеграції військовослужбовців, яка в умовах глобально-регіональних коливань сучасного соціуму, зміщень і загроз зазнає численних матеріальних, психофізичних, інтелектуальних, духовних та інших переживань і амортизацій, психоемоційного вигорання і виснаження, а також істотних бар'єрів для відновлення реінтегрованої життєдіяльності (Я. Гошовський).

Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму, що дозволило визначити сутність феномену реінтеграції як вид особистісних змін, при якому приймається тип поведінки, відмінний від попереднього, як поновне повернення у соціум завдяки оволодінню просоціально-реадаптаційним, реінтеграційним і самоактуалізаційним мисленням (Приходько, Юр'єва, Лиман, 2021).

Встановлено, що процес реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму містить процесуальну і змістовну складові та

включає стратегічно-цільовий, змістовний, організаційно-діяльнісний, оціночно-прогностичний компоненти.

Показано, що процесуальна сторона процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму пов'язана з його етапами, які ідентичні за своєю послідовністю і безперервністю, обумовлені системою детермінант (індивідуально-особистісні особливості: стать, вік, характер, темперамент; культурне розмаїття).

Констатовано, що змістовна сторона процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму пов'язана зі знаннями про особливості культури і її духовні цінності, взаємодію у соціокультурному просторі, усвідомленням значущості та цінності позитивного ставлення та самоставлення тощо (Цільмак, 2020).

Розкрито сучасний соціокультурний контекст процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму та розглянуто її соціальний статус і особливості психосоціального розвитку.

Проаналізовано стереотипні та індивідуальні прояви соціальної аномії в процесі реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму. Доведено, що актуальність дослідження особливостей процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму в його соціально-психологічній зумовленості визначається не лише запитами психологічної практики, але й необхідністю переосмислення проблеми у контексті сучасних теоретико-методологічних позицій соціальної психології.

Розкрито концептуальні основи дослідження процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму. З'ясовано, що з позиції системно-інтегративного підходу концептуальну основу процесу реінтеграції складають принципи: цілісності (розгляд реінтеграції як системи, що складається з підсистем); інтегративності (аналіз механізмів, умов і факторів реінтеграції з точки зору різних психологічних підходів, моделювання інтегративно-інваріантних технологій); індивідуально-групового підходу; дослідження і корекції часової перспективи життя; детермінації майбутнім; комплексності в оцінці результату реінтеграції. Наголошується, що з позиції генетико-моделюючого підходу основу процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму складають принципи: аналізу за одиницями, в основу якого покладено суперечливу одиницю – нужду, як вихідну єдність біологічного і соціального та їх активант, що зумовлює існування особистості; єдності біологічного та соціального, що розкриває природу витоків активності особистості й дослідження механізмів виникнення потреб з нужди; креативності, який вказує на необхідність врахування багатозначності, неочікуваності і непередбачуваності особистості; принцип рефлексивного релятивізму, який декларує принципову неможливість встановлювати

точні виміри і фіксувати остаточно вищі унікально-творчі вияви особистості; єдності експериментальної та генетичної лінії розвитку, за яким нужда є базальною основою, на якій розвиваються потреби. Підкреслюється, що зазначена система принципів реалізує закон необхідної різноманітності, оскільки ґрунтується на уявленні, що молода людина має необмежені можливості у створенні необхідної різноманітності, породження та цілепокладання. Показано, що на основі системи принципів системно-інтегрованого та генетико-моделюючого підходів розроблено модель динаміки розвитку (чинники, механізми, умови та результати) процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму. Ця модель визначає особливості системи реінтеграції, її структуру, а також необхідність взаємодії з соціальними структурами й елементами, пов'язану зі специфікою соціального простору та його дискурсивними вимірами і особливостями соціальних комунікацій.

Виявлено соціально-психологічну специфіку процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму та виокремлено інтеграційні показники його результативності. Визначено особливості мотиваційних і когнітивних психічних станів військовослужбовців та виявлено соціальні механізми інтеріоризації і трансформації цінностей в процесі реінтеграції. З'ясовано вплив соціального самопочуття (когнітивно-оцінної, мотиваційно-ціннісної, емоційно-поведінкової складових) та суб'єктивного соціального благополуччя військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму (соціальної помітності, соціальної дистантності, емоційного прийняття, соціального схвалення, соціальних переконань) на успішність процесу реінтеграції. Проведено диференціацію чинників ефективності процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму у показниках її ідентичності (за когнітивним, емотивним, конативно-діяльнiсним, ціннісно-орієнтаційним компонентами) та соціально-психологічної зрілості (за особистісним, рефлексивним та функціональним компонентами).

Виокремлено систему параметрів, критеріїв і рівнів соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму, що включає когнітивний, емоційно-оцінний, світоглядний, поведінковий компоненти. Показниками когнітивного компоненту є наявність знань про культуру, вміння встановлювати зв'язки між наявними знаннями, давати змістовну характеристику своїх вчинків і взаємин, наявність знань щодо норм і правил поведінки у міжособистісній взаємодії, знання про суспільні цінності. Показниками емоційно-оцінного компоненту є наявність емоційних, вольових, інтелектуальних, мотиваційних складових, які

відображають динаміку і специфіку емоційних переживань, що є суб'єктивним індикатором ефективності соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму. Показники світоглядного компоненту відображають прояв повноти, самостійності, стійкості суджень. Показники поведінкового компоненту відображають використання отриманих знань на практиці, у міжкультурній взаємодії, перенесення отриманого досвіду з одних ситуацій в інші, самооцінку власних вчинків, прояв переконань, стійкість поведінки.

Визначено основні складові ефективної реалізації системи соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму, що полягають у необхідності розвитку таких стратегічних напрямків: вдосконалення реінтеграції як соціального процесу, який передбачає зміцнення взаємозв'язку всіх структурних компонентів цього процесу – стратегічно-цільового, організаційно-діяльнісного, змістового, оціночно-прогностичного; привнесення соціально-психологічних знань, що дозволяють розвивати життєво важливі вміння і навички (адаптуватися в умовах, що змінюють життєдіяльність), знаходити позитивну соціальну ідентичність; більш широке впровадження інтегративно-інваріантної технології розвитку соціально-психологічної спроможності військовослужбовців у практику роботи фахівців (психологів, соціальних працівників); розвиток соціально-психологічної спроможності військовослужбовців з позиції міждисциплінарного підходу (поширення досвіду командної роботи тощо); включення в арсенал соціально-психологічної роботи методів освіти, розвитку інтересу до життя і креативності; використання в цілях вибору і моделювання технологій запропонованої типології та класифікації мішеней соціально-психологічного впливу в залежності від рівня розвитку соціально-психологічної спроможності та соціального потенціалу військовослужбовців; моделювання корекційних програм з урахуванням вікових та індивідуально-особистісних обмежень і ресурсів; організацію активного соціально-психологічного навчання; підвищення показників соціально-психологічної зрілості; організацію рецептивного (приймаючого) середовища для забезпечення психологічно комфортних і стимулюючих реінтеграцію умов для реадаптації та інкультурації у нові (або істотно оновлені) умови і правила соціальних комунікацій; необхідність визначення і застосування резервних можливостей військовослужбовців в умовах трансформаційного соціуму.

### **Список використаної літератури**

1. Кирпенко Т.М. Вплив вольових процесів на регуляцію поведінки в екстремальних умовах життєдіяльності. *Актуальні проблеми психології*. Том 7. Екологічна психологія. 2016. Т. 41. С. 151-158.

2. Приходько І.І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України: електрон. наук. фах. вид. Серія : психологія*. 2018. Вип. 1. URL : [http://books.ndcnangu.co.ua/statti\\_NDL\\_3/Vnadpn\\_2018\\_1\\_13.pdf](http://books.ndcnangu.co.ua/statti_NDL_3/Vnadpn_2018_1_13.pdf)

3. Приходько І.І., Юр'єва Н.В., Лиман А.А. Професіографічний опис діяльності військовослужбовців за контрактом Національної гвардії України управлінського складу. *Честь і закон*. 2021. № 1 (76). С. 115-124.

4. Цільмак О.М. Психологічні основи особистісного самоврядування. *Правове життя сучасної України : у 3 т. : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Одеса, 15 трав. 2020 р.) / відп. ред. М. Р. Аракелян. Одеса : Гельветика, 2020. Т. 1. С. 267-269.

5. Prykhodko I., Lyman A., Matshehora Y., Yurieva N., Balabanova L., Hunbin K., Radvansky I., Morkvin D. The Psychological Readiness Model of Military Personnel to Take Risks during a Combat Deployment. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2021. №12(3). P. 64-78.

**Блінов О.А., Шаповалова В.А., Нейман О.В.**

## **ПРОЯВИ БОЙОВОГО СТРЕСУ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Успішному виконанню бойових та навчально-бойових завдань заважає значна кількість різних факторів. Серед них бойовий стрес займає одне із провідних місць. Бойовий стрес це - стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу (Блінов, 2019).

Бійці, які зазнали впливу бойового стресу, мають розлади адаптації, які проявляються у значних емоційних переживаннях, порушеннях когнітивної переробки інформації, деформації особистості воїнів та їхніх соціальних зв'язків. Бойовий стрес може спонукати до радикальних змін в афективній, когнітивній, мотиваційній, смислової та поведінкової сфері комбатантів, здійснювати значний вплив на успішність професійної діяльності.

Обмеженість наукових досліджень бойового стресу взагалі та вивчення його впливу на особистість військовослужбовців зокрема викликана цілим рядом причин серед яких основними є різновекторність уявлень фахівців щодо його феномену, складністю вивчення в бойових та клінічних умовах, відсутністю психодіагностичного інструментарію

бойового стресу.

Результатом впливу бойового стресу є ураження психіки бійців, яка має форму бойової психічної травми. Вона є віртуально-операційною діагностичною категорією, що характеризує нову форму адаптованості бійця до вимог небезпечного середовища та пояснює причини розладів адаптації військовослужбовців. У загальному розумінні це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

Ця травма займає значне місце у структурі бойового ураження психіки військовослужбовців: збільшує в 3-4 рази психічну захворюваність в армії та на 10-50% послаблює боєздатність військ (С. Литвинцев, Е. Снедков, А. Резник, 2005). За даними В. Івашкіна і В. Новоженова (1995), симптоматику бойових психічних травм (БПТ) різної складності виявляють приблизно у 40% поранених.

Таким чином, бойовий дистрес ініціює негативні процеси в психіці комбатантів, які порушують нормативне виконання воїнами обов'язків за призначенням, сприяє виникненню неспецифічних доклінічних психологічних проявів та поширенню психічних розладів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій засвідчив, що світовий сучасний досвід збройної боротьби, а також вибір європейського вектору розвитку вказують на існування та зростання цінності життя людей, їхнього здоров'я та вимагає від посадових осіб всіх рівнів (як військового, так і цивільного фаху) відповідальних управлінських рішень, людяності та максимально можливого збереження життя та здоров'я воїнів. Але до сьогодні існують значні розбіжності серед різних шкіл науковців щодо феноменології бойового стресу, організації його психодіагностичного визначення та корекції.

На думку І.І. Приходько, бойовий стрес – це процес впливу факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовця, що супроводжується зниженням рівня психологічної безпеки особистості та появою неспецифічних доклінічних психологічних проявів, які у сукупності уявляються поняттям «бойова психологічна травма особистості» або сягають специфічних нозологічних ознак психічних розладів, об'єднаних у категорію «бойова психічна травма» (Приходько, 2018).

Під бойовим стресом К. Кравченко, О. Тімченко, Ю. Ширококов (2017) розуміють «переживання, які виникають у військовослужбовців при опосередкованому чи безпосередньому впливі на нього стрес-факторів бойової діяльності та проявляються у вигляді емоційних, інтелектуальних, фізичних та поведінкових реакцій.

На думку фахівців НАТО, бойовим стресом (BSC) є індивідуальне відображення бойової стресової реакції (Standard : NATO – STANAG 2409, 2011).

У дослідженні В. Заворотного (2018) проблем посттравматичного стресового розладу військовослужбовців було встановлено, що патогенна роль належить «бойовому стресу», який є багатокомпонентним впливом за участю бойових (загроза власному життю через обстріли (81,35 %) загибель товаришів по службі (41,4 %)); побутових (недостатня тривалість сну, неповноцінний відпочинок (72,6 %), погана забезпеченість засобами індивідуального захисту та надання першої медичної допомоги (43,9 %)); професійних (недостатній рівень спеціальної підготовки в мирний час (84,7 %)) та інформаційних (впливи гібридної війни (55,4 %)) чинників.

Для встановлення особливостей прояву бойового стресу у військовослужбовців нами було проведено їх опитування за допомогою опитувальника бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ) за категоріями військових – поранені в госпіталі (97 осіб брали участь у бойових діях, 29 там не були), військовослужбовці штатних підрозділів (84 особи брали участь в бойових діях, 34 там не були) та курсанти (22 особи брали участь в бойових діях, 105 осіб там не були) (Блінов, 2019).

Для встановлення проявів переживань посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців було проведено опитування за допомогою опитувальника скринінгу посттравматичних стресових розладів (ОС ПТСР) на основі розподілу за категоріями військових – поранені в госпіталі (123 особи брали участь у бойових діях, 80 осіб там не були), військовослужбовці штатних підрозділів (80 осіб брали участь у бойових діях, 24 там не були) та курсанти (22 особи брали участь у бойових діях, 106 осіб там не були) (Блінов, Максименко, Черненко, 2019).

Бойовий стрес це – стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу. Доведено значні прояви бойового стресу, наявність ознак посттравматичних стресових розладів у різних категорій військовослужбовців.

В результаті емпіричного дослідження бойового стресу встановлено рівні його показників у військовослужбовців штатних підрозділів, поранених та курсантів. Окреслено лідируюче положення показника ознак посттравматичних стресових розладів. Друге місце належить ресурсному блоку. Рівні показників безпосереднього та опосередкованого емоційного впливу знаходяться на третьому та четвертому місці.

Встановлено, що найвищий рівень переживання бойового стресу та посттравматичних стресових розладів мають поранені у порівнянні з військовослужбовцями, які проходять службу в штатних підрозділах та були курсантами.

Показано, що переживання бойового стресу та посттравматичних стресових розладів має найвищий рівень прояву у мобілізованих військовослужбовців, середній рівень мають контрактники, а найменший рівень притаманний добровольцям.



Подальші дослідження ми бачимо у напрямку проведення психопрофілактичної роботи зі всіма категоріями військовослужбовців щодо навчання управління бойовим стресом, здійснення психодіагностики, надання воїнам з бойовими психічними травмами своєчасної психологічної допомоги, проведення заходів психологічної реабілітації, роботи з посттравматичними стресовими розладами, особистісного зростання та ін. Особлива увага повинна приділятися пораненим військовослужбовцям, які стали інвалідами у результаті бойових дій, з внутрішньочерепною травмою: струсом головного мозку (контузією).

**Бозоян М.А.**

## **СТРУКТУРНО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ПРАВООХОРОНЦІВ**

Проблематика здоров'я відноситься до вічних екзистенціальних, а, відтак, найактуальніших для людства через самоцінність і довготривалість упродовж життєвого шляху особистості. Поняття «здоров'я» введене в систему теоретичних уявлень не лише медико-біологічних, філософських, соціокультурних наукових галузей; воно постає й однією з категорій психології. Адже питання про психічне, психологічне, емоційне здоров'я особистості нині набуває особливе загострення огляду на предметну специфіку галузевих знань спеціальних та поведінкових наук в умовах викликів сьогодення, що фокусуються здебільшого на здоров'ї особистості у психоемоційній сфері буття.

Незважаючи на досить широкий спектр проведених досліджень, в яких безпосередньо або опосередковано вивчалися проблемні питання, пов'язані із емоційним складником психологічного здоров'я особистості, високу затребуваність соціуму у виробленні практико – орієнтованого підходу до розвитку здатності, зокрема, молодій людині, до самопізнання, самозбереження, самовідновлення типового стану психоемоційного здоров'я, означена проблема є недостатньо теоретично вивченою.

Вивчення й аналіз наукових джерел засвідчує, що зберігає дискусійність, з одного боку, структурно – компетентний склад психоемоційного здоров'я, його визначеність дотично вікового періоду раннього дорослішання особистості (котрий здебільшого збігається із набуття нею статусу студента), а, з іншого – концептів «психоемоційне здоров'я» співвідношення із іншими його «пелюстками» (на кшталт психічне, психологічне, емоційне).

Ми поділяємо дослідницьку позицію вчених (Руль Ю., Руль Н., 2014) відносно правомірності осмислити психічне здоров'я (поряд із духовністю) в якості «вищого вияву людської реальності». Щодо психологічного здоров'я, то воно, стосується, як стверджує О.Штепа, особистості «в цілому», її психологічної ресурсності (Штепа, 2013). Суттєво пояснювального значення

у цій площині набуває заувага фахівців, які дослідують феномен аномалій особистості: за Б.Братусь, все залежить від «мозкової організації психічної діяльності» (Братусь, 1988); психічне здоров'я має сенс розуміти не як діагноз, а як засіб існування людини в світі (Калитєєвська, 1997).

Прикметним убачаємо й те, що донині зберігає невизначеність і поняття «емоційне здоров'я». Його психологи трактують здебільшого розширено, оскільки дійсно, у віковий період раннього дорослішання саме емоційна регуляція виступає регулятором як об'єктивного, так і суб'єктивного благополуччя. До того учені (Савчин, 2019; Чебикін, 2009) найчастіше до емоційних явищ відносять і емоційність, емоціогенну ситуацію, і актуальні емоції, емоційні переживання; йдеться про широкий спектр психологічних явищ, що ускладнює визначення змістового наповнення поняття «емоційне здоров'я». Принагідно варто зазначити, що конструкт «психоемоційне здоров'я» особистості у віковий період раннього дорослішання» відноситься до недостатньо вивчених, адже бракує експериментально доведеного характеру взаємозв'язку параметрів психоемоційного здоров'я (ПЄЗО), зокрема із стресостійкістю, рівнем депресії та самотністю особистості.

Зазначене й встановлено мету нашого дослідження, досягнення якої забезпечувалось розв'язанням сукупності таких завдань: констатувати важливості стресостійкості, соціально – психологічні адаптивності, суб'єктивного благополуччя, емоційної зрілості й емоційного інтелекту на параметри психоемоційного здоров'я студентів; встановити негативний вплив депресії та самотності на якісні ознаки психоемоційного здоров'я особистості у віковий період раннього дорослішання.

Дослідження підтвердило вже встановлену вченими (Кузнецов, Зотова, 2016) значущість стресостійкості у здоров'ї особистості, важливість профілактики виникнення стресів та її осмислення в якості основи укріплення емоційного здоров'я (Савчин, 2019).

Потужний адаптаційний потенціал є важливою особливістю здорової особистості (Кузнецов, 2016), в студентському віці адаптація є вузловим моментом життєдіяльності задля забезпечення можливості ефективної взаємодії з середовищем, а також підтримання психічного здоров'я та нівелювання його порушень (Грицюк, 2020), зниження адаптаційних можливостей людини позначається на особливостях її психоемоційної сфери: з'являється неадекватне вибіркоче саме емоційне реагування, розширюється сфера економії емоцій, з'являється виснаження, емоційна відстороненість, напруга, тривога, депресивні тенденції (Завацька, 2012) тощо. Все це вказує на значущість адаптивності як підґрунтя психоемоційного здоров'я людини.

Проблема психоемоційного здоров'я є однією з актуальних і, водночас, складних. Її конструктивне розв'язання лежить у площині чітко визначених методологічних орієнтирів, оскільки ще не склалась у

психологічній науці теорії здоров'я особистості, залишаються дискусійними питання про науковий статус поняття «психологічне здоров'я» та його змістове наповнення. Запорукою успішної розробки психологічних основ психоемоційного здоров'я особистості на віковому етапі раннього дорослішання постає з'ясування кореляційних зв'язків параметрів психоемоційного здоров'я із показниками вияву таких психологічних явищ соціально-психологічна адаптованість, стресостійкість, суб'єктивне благополуччя, емоційна зрілість, емоційний інтелект. Перспективи подальших наукових розвідок у цьому напрямку вбачаємо в окремому дослідженні процесу психологічного супроводу психоемоційного здоров'я майбутніх правоохонців.

### **Список використаної літератури**

1. Братусь Б.С. Аномалии личности - М: Мысль, 1988. –304с.
2. Грищук О.В. Емоційні стани здобувачів вищої освіти під час навчальних занять // Теоретичні і прикладні проблеми психології : 36.н.пр./гол.ред.кол. Завацька Н.Є. - №2(52). – Сєверодонецьк. 2020.-С. 288-299с.
3. Завацька Н.Є. Соціально-психологічні аспекти адаптацій молоді до умов ринкової економіки: монографія – Сєверодонецьк : Вид-во СНУім. В. Даля, 2012. – 228с.
4. Калитеевская Е.Р. Психологическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М: Смысл, 1997. – С. 231-238.
5. Кузнецов М.А., Затов Л.Н. Жизнестойкость и образ здоровья у студентов: монографія. - Харьков, 2017. – 398с.
6. Руль Ю.В., Руль Н.Ю. Аліментарна валеологія навч. пос. "ДП: Вид. Дім «Персонал», Київ, 2014-444с.
7. Савчин М.В. Здоров'я людини: духовний, особистісний і тілесний виміри. – Дрогобич: ПП «ПРОСВИТ»,2019. – 232 с.

**Бочелюк В.Й., Панов М.С., Завацький В.Ю.**

### **ПСИХОКОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ В ІСТОРИЧНОМУ ВИМІРІ**

Аутизм як психічний розлад було визнано більше 100 років тому, однак щодо природи та сутності аутизму і досі існує багато суперечностей. Не зважаючи на те, що на сьогоднішньому етапі розвитку науки даний феномен є визнаним, все ж таки існує й брак надійного діагностичного інструментарію, критеріїв застосування психокорекційних методик,

відсутність системної підтримки сімей із дітьми з аутизмом. І сьогодні є фахівці, які не вважають аутизм діагнозом, оскільки вважають його симптоми супутніми для інших хвороб або варіантом норми.

З писемних джерел відомо, що в у давні часи психічні розлади не лікували. Наприклад, у давньогрецькому і давньоримському суспільствах будь-яка людина з фізичними або психічними недоліками вважалася тягарем і ганьбою суспільства, тому їй слід було зневажати, ігнорувати або навіть стратити (Меш, 2). Н.Чалліс та Г.В. Дьюї в «Щорічнику з історії Східної Європи» писали, що багато хто з юродивих Давньої Русі були відзначені елементами аутистичної поведінки: не розмовляли, були байдужі до суспільних умовностей і нечутливі до болю; у деяких була епілепсія (вважається, що близько 30% людей з аутизмом страждають від епілепсії). Також безпрецедентною стала їхня заява, що перевертні, які з'являються у казках, можливо, і є аутичні діти (Мальтинська, 2017). Історія дослідження аутизму починається із казок, де діти перетворюються на ельфів, вважаючи це першим описом феномену аутизму (Скрипник, 2010).

Проблеми психічного здоров'я дітей, на відміну психічних розладів дорослих, до XVIII ст. рідко навіть згадувалися як у спеціальній літературі, так і у інших джерелах. Вперше в історії інтерес до дитячої патопсихології стає помітним у кінці XVIII ст. Під сильним впливом церкви незвичайна чи неспокійна поведінка дітей приписувалася, головним чином, їхньому вродженому неприборканому і зухвалому характеру. Фактично, у цей період світським поясненням ненормальної поведінки дітей рідко приділялася серйозна увага, оскільки одержимість дияволом та іншими силами зла влаштовувала всіх як вичерпне пояснення. Ніхто не наважувався суперечити, розуміючи, що бунтар також може бути оголошений одержимим і зазнати відповідного ставлення.

Відомо, що у XVII і XVIII ст. дві треті немовлят помирили, не доживши до 5-річного віку. Часто вони гинули через відсутність антибіотиків чи інших препаратів, здатних перемагти смертельні для тих часів хвороби. До того ж, віталосся суворе чи байдуже ставлення до власних дітей. Будь-які дії батьків, від повної батьківської байдужості та відсутності належної турботи і аж до фізичного та сексуального насильства над дітьми, просто не помічалися або розглядалися як право дорослих на виховання та покарання дитини. Протягом багатьох століть панувала точка зору, що діти є власністю та об'єктом відповідальності виключно батьків – ніхто не домагався більш гуманного ставлення до дітей, які безперечно страждали від неадекватного виховання. Наприклад, прерогатива батька домагатися покори дитини була узаконена прийнятим у Масачусетсі Актом про впертих дітей від 1654 р., який дозволяв батькові карати «уперту» дитину смертю за непослух (на щастя, ніхто не зазнав цієї крайньої міри покарання) і аж до середини 1800-х років

дозволяв тримати у клітках та підвалах дітей із серйозними порушеннями у розвитку.

Здатність суспільства допомогти дітям нормально розвинутиись та набути необхідні навички вимагає не тільки медичних, педагогічних та психологічних ресурсів, але також наявності соціальної філософії, яка визнає дітей повноправними та повноцінними членами суспільства незалежно від інших соціальних установок (Меш, 2003). Тому розвиток психокорекції психічних розладів нерозривно пов'язаний із розвитком філософської, соціологічної думки, розвитком права та суспільними зрушеннями загалом.

Вчені називають 4 головні етапи, які відображають процес становлення науки про аутизм. Підсумовуючи вищезазначене, розглянемо ці етапи з точки зору розвитку психокорекції аутизму.

1. Першим є доісторичний період, для якого характерно окремі згадки про дітей, які прагнули до усамітнення й дивно поводити себе. На цьому етапі психокорекції аутизму фактично не існує. У давні часи дітей із вадами ігнорували чи страчували, у Середньовіччя катували, намагаючись позбавити «одержимості дияволом», епоха Відродження та Новий час поклали всю відповідальність виключно на батьків та давали можливість їм будь-яким чином виховувати норовливий характер дитини. Детальний опис поведінки хворих дітей вказує на наявність інтересу до подальших досліджень розладу.

2. Другий, так званий доканнеровський період, що припадає на 20-ті – 40-ві роки ХХ століття, знаменується формуванням поняття «дитячий аутизм». Значна увага до вивчення феномену аутизму, як і до інших психічних розладів, збільшує актуальність питання лікування цих розладів. Вивчаючи симптоми, лікарі відчували себе безсилими. Тож через страх суспільство регресує від пошуку шляхів вирішення проблеми до ізоляції хворих у спеціальних закладах або антигуманні методи лікування. Надію дає розвиток психоаналітичної теорії та біхевіоризму, адже з'являються спроби психотерапії психічних розладів. Потреба у визначенні діагностичних критеріїв захворювання та шляхів психокорекції лише зростає.

3. Третій період являє собою початок системного підходу до вивчення проявів аутизму у дітей (прийнято відносити до 30-х – 40-х років), його ознаменовано виходом у світ кардинальних праць з аутизму Л.Каннера, Г.Аспергера, а пізніше – і досить великої кількості праць інших фахівців. Лео Каннер став першим лікарем у світі, визнаним як дитячий психіатр, засновник першого академічного дитячого напрямку в психіатрії. У праці «Аутичні розлади афективного контакту» Л.Каннер виклав результати свого дослідження 11 дітей, які вразили його незвичайною подібністю своїх поведінкових проявів; виявлені розлади розвитку він означив терміном «ранній дитячий аутизм» та охарактеризував аутизм як особливий стан з порушеннями спілкування, мовлення й моторики. Л.Каннер розглядав аутизм

як психічний розлад, що відбиває неправильне виховання, охарактеризувавши аутичні прояви як захист за своєю природою. Виокремлені Л.Каннером характерні риси клінічної картини аутизму і в наш час вважають типовими проявами аутичного спектра. Визначення діагностичних критеріїв, накопичення досвіду взаємодії із хворими спонукає до подальших пошуків причин виникнення розладу, а найголовніше – з'являються спеціалізовані заклади та спільноти для лікування аутизму.

4. Нарешті, четвертий: післяканнерівський період (1980-ті – 1990-ті роки) характеризується відходом від позицій самого Л.Каннера у поглядах на аутизм, що його розглядали як неспецифічний синдром різного походження. При цьому слід відзначити дві провідні тенденції: 1) розгляд усіх аутичних синдромів дитинства в межах синдрому й концепції Л.Каннера про ранній інфантильний аутизм (що характерно для більшої частини наукової літератури) і 2) виокремлення різних клінічних форм дитячого аутизму, об'єднаних положенням про аутизм як один із синдромів дитячої психопатології. На цьому етапі розробляються різноманітні психокорекційні методи та технології лікування аутизму.

Отже, за досить короткий час аутизм пройшов шлях від повного невизнання, агресії та страху до толерантного ставлення, значної кількості психокорекційних методів із науково доведеною ефективністю, створення організацій, що спеціалізуються на психокорекції дітей з аутизмом та надають підтримку батькам. Втім, незважаючи на значні зрушення, у контексті психокорекції аутизму існує ще дуже багато «білих плям» та перспектив подальших досліджень.

**Волченко Є.Є., Завацький Ю.А., Шаповалова В.А.**

## **КОНФЛІКТОЛОГІЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ У ПРОФЕСІЙНІЙ ВЗАЄМОДІЇ**

Процес надання медичної допомоги включає різні види взаємин у триаді «лікар-пацієнт-суспільство» (інформаційні, економічні, правові, етичні та ін.), а також різні типи соціальної взаємодії – конкуренція, кооперація, конфлікт, з урахуванням набору функцій кожного з них (Вітенко, 2013; Галян, 2016).

Однією з форм реалізації взаємовідносин соціальних суб'єктів в медичній сфері є конфліктологічна компетентність, яка виступає як інтерперсональний спосіб розвитку соціального інституту медицини.

Компетентність визначається як здатність адекватно діяти в певних ситуаціях, при цьому межі компетентності залежать від здатності особистості до навчання і готовності до адекватних даній ситуації дій. Компетентність є індивідуальною характеристикою людини. В організаційному контексті вона

найбільш заохочується в рамках визначеної компетенції, проте може конкурувати з більш високим рівнем компетентності іншої людини.

Особливо важливим вбачається розкриття організаційно-управлінських умов розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії.

Зупинимося на деяких особливо значущих організаційно-управлінських умовах, що сприяють розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії.

У першу чергу слід назвати вивірену кадрову політику. Правильний підбір і розстановка кадрів з урахуванням не тільки кваліфікаційних анкетних показників, але і психологічних якостей медичного персоналу істотно зменшують ймовірність конфліктів. Основою психологічного супроводу є психологічна діагностика медичного персоналу при прийомі на роботу і розстановку.

Наразі психологічна діагностика здійснюється переважно за допомогою тестування, що надає можливість точно виявляти осіб, схильних до конфліктної поведінки, їх психологічні внутрішні умови, рівень конфліктності. Це дозволяє в разі необхідності провести психологічну корекцію, спрямовану на підвищення конфліктологічної компетентності. Психологічна діагностика допомагає прогнозувати можливі форми поведінки конфліктних фахівців, визначити способи ефективної взаємодії і спілкування з ними (Ковальчук, 2014).

Важливою організаційно-управлінською умовою розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії є високий авторитет керівника. У психологічному плані авторитетна особистість завжди сприймається як така, що має незаперечні переваги. Це сприяє формуванню вертикально спрямованих відносин і обумовлює необхідність турботи про авторитет. Високий авторитет керівника, сформований на основі його особистісно-професійних і моральних якостей, є запорукою стабільності відносин в колективі.

Зростанню авторитета сприяють розвинені вміння конструктивно і справедливо вирішувати конфлікти. Такі вміння формуються з досвідом і спеціальною соціально-психологічною підготовкою керівників, навчання їх навичкам неконфліктної взаємодії, техніці безконфліктного спілкування, розвитку у них умінь конструктивно долати виникаючі протиріччя, що складає їх конфліктологічну компетентність (Комар, 2016).

Авторитетною особистість стає лише тоді, коли вона має явні переваги, що дозволяють досягати значущих, перш за все соціально-позитивних, результатів. Ці переваги можуть бути інтелектуальними, вольовими, характерологічними, пов'язаними з професійними вміннями або компетентністю. Головне, щоб завдяки їм досягалися корисні результати. Тому для будь-якого керівника дуже важливо мати свою індивідуальну

програму випереджального особистісно-професійного розвитку. Її відсутність, небажання здійснювати зростання свого професіоналізму створюють сприятливий ґрунт для виникнення псевдоавторитету. Практика свідчить: в організаціях, де керівник має високий авторитет, конфлікти виникають не часто, а конфліктні особистості поводяться дуже стримано (Попович, 2018).

Організований колектив відрізняється високою стійкістю завдяки своїй цілісності. Конфліктні особистості у високоорганізованих колективах, як правило, не мають реальних і переконливих приводів апелювати до наявності «об'єктивних протиріч» і загроз для них. Організованість є сильним стримуючим фактором, мобілізуючим їх функції самоконтролю. Слід зауважити, що конфлікти, чутки, плітки характерні для організації, де співробітники мало завантажені і у них багато вільного часу. Або навпаки, де перевантаження – регулярне явище. Це наслідок низької організованості.

Стабілізуючим фактором, що перешкоджає виникненню конфліктів в колективі, є наявність в ньому високої організаційної культури, як системи свідомих і несвідомих уявлень, цінностей, правил, заборон, традицій, що розділяються всіма членами організації. У контексті обговорюваної проблеми особливу увагу слід звернути на один аспект – наявність позитивних традицій, як важливих обмежувальних рамок для конфліктної особистості. Позитивні традиції виступають як додаткові норми соціальної регуляції поведінки. Їх слід всіляко заохочувати, але при цьому пам'ятати, що і в цій справі потрібна міра, інакше вони стануть самоціллю і тоді вже – консервативним фактором. Колективи з високою організаційною культурою відрізняються сформованою громадською думкою, що є також потужним регулятором поведінки фахівців.

Як показало проведене дослідження, конфліктність персоналу нижче в тих медичних закладах, де панує висока мотивація праці, професійних або статусних досягнень. Висока мотивація в ряді випадків елімінує навіть психологічну несумісність. Мотивація досягається різними способами: моральним стимулюванням, вираженими перспективами професійного або кадрового зростання, престижем, високим соціальним статусом посади тощо.

Значущим психологічним чинником, що знижує рівень конфліктних проявів у фахівців-медиків в умовах професійної взаємодії, є престиж діяльності та організації, внаслідок чого підвищується почуття відповідальності, що, безумовно, відбивається на поведінці і спілкуванні, підвищуючи в цілому конфліктологічну компетентність. При здійсненні діяльності, спрямованої на підвищення престижу, необхідно враховувати психологічні характеристики: престижно те, що обумовлює якісно інший рівень відносин і стимулювання, що пов'язано з високим рівнем професіоналізму, що має високу суспільну цінність і формує певну соціальну дистанцію.



Нарешті, сприятливий психологічний клімат є чинником, що істотно знижує рівень конфліктності медичного персоналу. Якість і продуктивність професійної медичної діяльності багато в чому залежать не тільки від досконалості її організації, оснащеності, умов, але і від згуртованості колективу, від характеру взаємин у ньому, емоційної атмосфери. Часто саме дружелюбність, товариська взаємодопомога, взаємовиручка, переважання позитивних емоцій, простота відносин є основою для формування таких важливих соціально-психологічних феноменів, як трудовий ентузіазм, емоційний настрій, домінуючі настрої, емоційне забарвлення, що суттєво впливає на організованість та ефективність діяльності. На соціально-психологічний клімат впливає безліч факторів: стиль керівництва, мотиви діяльності, характер взаємин медичного персоналу, задоволеність, моральні норми, згуртованість, організованість, чисельність колективу, час спільної діяльності, статево-віковий склад, наявність неформальної структури та ін.

Важливою умовою підвищення конфліктологічної компетентності є орієнтація на високі, але об'єктивно обґрунтовані еталони діяльності або поведінки. В даному випадку еталонні моделі повинні мати структурований набір особистісних якостей, які забезпечують високу ефективність професійної медичної діяльності, високий рівень професіоналізму фахівця-медика або досягнення в діяльності значимого соціально-позитивного ефекту.

Такі основні організаційно-управлінські умови розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії. Психологічний зміст їх схожий: вони є додатковими соціальними нормами регуляції поведінки, моральними і етичними «обмежувачами», що підвищують рівень рефлексивної організації діяльності та поведінки фахівця-медика. Як свідчать результати проведеного дослідження, ці організаційно-управлінські умови мають більш тісну кореляцію з конфліктністю особистості медичного працівника.

Отже, розкрито організаційно-управлінські умови розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії. Серед особливо значущих організаційно-управлінських умов, що сприяють розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії, виокремлено вивірену кадрову політику, високий авторитет керівника, наявність високої організаційної культури, як системи свідомих і несвідомих уявлень, цінностей, правил, заборон, традицій, що розділяються всіма членами колективу, престиж діяльності та організації, сприятливий соціально-психологічний клімат. Показано, що предметна неузгодженість у взаємодіях – перша за рангом обставина, що приводить до непродуктивного розгортання конфлікту, в тому числі і в тих випадках, коли він спеціально ініційований. Зіткнення дій, за якими стоїть істотно різна інтерпретація матеріалу, породжує конфлікти, що вимагають

спеціальних перетворень у формальних характеристиках і у матеріалі для приведення їх у вирішувальний вигляд. Якщо цього не відбувається, то в результаті подібного конфліктування, зазвичай, спостерігається або ескалація конфліктної напруги з деструктивними наслідками для сторін, або псевдорішення за рахунок удаваного успіху, але неодмінно з подальшим відновленням зіткнень, причому з досить неясними підставами. Такі взаємодії називають «конфліктними монстрами».

### Список використаної літератури

1. Вітенко І.С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності: [монографія]. Вінниця: Нова кн., 2013. 132 с.
2. Галян А.І. Методичні аспекти вивчення особистісного адаптаційного ресурсу у процесі підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2016. Т. 9: Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Вип. 9. С. 124 – 132.
3. Жигаренко І.Є., Новицька Л.В. До питання подолання міжособистісних конфліктів як засобу психопрофілактики афективних розладів особистості. *Virtus: Scientific Journal. Series: Philosophy. Psychology. Pedagogy*. Issue 11. Canada: Center of modern pedagogy «Learning without Frontiers», 2017. С. 57 – 59.
4. Ковальчук З.Я. Особистісний та рольовий аспекти професійного спілкування. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Т. 11. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 7. Ч. 1. Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2014. С. 443 – 451.
5. Комар Т.В. Становлення професійної зрілості фахівця соціономічного профілю: [монографія]. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2016. 401 с.
6. Попович І.С. Вплив соціально-психологічних очікувань на професійне зростання та професійне здоров'я фахівців. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного ун-ту імені В. Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ імені В. Даля, 2018. № 2 (46). С. 129 – 139.

Гудіма М.О.

### ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ВІДНОВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ

Розвиток медичної науки збагачує теоретичну й практичну основу методів, які застосовуються при реабілітації хворих й інвалідів. Один із найефективніших відновних методів лікування - фізична реабілітація, складовою частиною якої є лікувальна фізкультура. Основний засіб фізичної реабілітації - фізичні вправи й природні фактори. Обов'язкова умова фізичної

реабілітації - активна, вольова й цілеспрямована участь хворого в процесі лікування й виконання фізичних вправ.

Реабілітація (відповідно до трактування цього поняття експертами ВООЗ) - процес, за допомогою якого прагнуть попередити інвалідність у період лікування хвороби й допомогти інвалідам досягти максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної й економічної повноцінності, можливої в рамках існуючої хвороби. Фізична реабілітація - це застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною та лікувальною метою у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих і інвалідів. Вона є невід'ємною частиною лікувального процесу та застосовується на усіх етапах лікування.

У науковій літературі частотним є таке трактування явища фізичної реабілітації: «це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих». Таке визначення збігається з тлумаченням терміна «реабілітація», представленим у резолюції Генеральної Асамблеї ООН № 48/96: «Стандартні правила щодо зрівняння можливостей інвалідів». Також у резолюції зазначається, що реабілітація може передбачати заходи збереження і відновлення функцій, або ж компенсацію втраченої чи відсутньої функції.

В українському законодавстві (Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», 2006) фізичною реабілітацією названо систему заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.

Головним завданням фізичної реабілітації є:

- функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатньому чи відсутності відновлення);
- пристосування до повсякденного життя і праці;
- залучення до трудового процесу;
- диспансерний нагляд за реабілітованим.

Принципи фізичної реабілітації:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення і у випадку розвитку інвалідності -- боротися з нею на перших етапах лікування;
2. Безперервність реабілітаційних заходів. Цей принцип є основою ефективності реабілітації, тому що тільки безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів -- запорука скорочення часу на лікування, зниження інвалідності і витрат на відновне лікування;

3. Комплексність реабілітаційних заходів. Під керівництвом лікаря, реабілітація проводиться й іншими фахівцями: соціологом, психологом, педагогом, юристом та ін.;

4. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Реабілітаційні програми складають індивідуально для кожного хворого чи інваліда з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, вихідного рівня фізичного стану, особистості хворого, віку, статі, професії тощо.

5. Необхідність реабілітації у колективі. Фізична реабілітація розглядає людину у взаємозв'язку з навколишнім середовищем (і живим, і неживим), тому бажано, щоб пацієнт проходив реабілітацію або ж у звичному тренувальному середовищі, або ж у середовищі пацієнтів, які мають такі ж рухові дисфункції.

6. Повернення хворого чи інваліда до активної праці.

Засоби фізичної реабілітації Засобами фізичної реабілітації вважають масаж, лікувальну фізичну культуру, фізіотерапію, механотерапію тощо.

**Добровольська Н.А., Ктігарєв Д.О., Тесленко Л.М.**

## **ЖИТТЄВА АНТИЦИПАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ: ДО ПОСТАНОВКИ ПРОБЛЕМИ**

Проблеми антиципації життєвого шляху людини слід віднести до розряду вічних питань, що завжди зберігали і зберігатимуть свою значущість. Проте в кризові періоди розвитку суспільства завдання життєвого антиципування суттєво ускладнюються внаслідок зростання невизначеності перспектив суспільного розвитку, на тлі яких проектується життєвий шлях кожної конкретної особистості, а також руйнації системи старих соціально-типових сценаріїв життєвого шляху, якими озброюється суб'єкт у процесі соціалізації. Тому актуальність проблеми життєвої антиципації загострюється нині ще й нестабільністю соціальної ситуації розвитку особистості в умовах сучасної України. Прагнення людини до прогнозування та планування свого власного майбутнього з прадавніх часів породжувало і попит на відповідні методи допомоги їй у розв'язанні цих завдань. Піонери цієї справи - різні ясновидці, ворожбити та астрологи - ще й дотепер пропонують свої послуги, залишаючись все ще поширеним явищем попри всю давність своєї методології. Науковий же підхід до надання допомоги суб'єкту у сфері життєвого антиципування тривалий час спеціально не розроблявся. Проте сьогодні ситуація починає суттєво змінюватись, і вказана прогалина починає активно заповнюватись психологами. Так, в останні десятиліття виокремилися такі напрями психології, як психологія життєвого шляху особистості та психологія

життєтворчості (К.Абульханова-Славська, Р. Ахмеров, Є. Головаха, О.Кронік, І. Мартинюк, Л. Сохань, В. Хомік та ін.) в контексті яких чітко усвідомлена перспективна спрямованість структурування життєвого шляху людини. Водночас виокремився і такий напрям психології, як психологія антиципації (Т. Базилевич, І. Батраченко, Б. Ломов, О. Сергієнко, Є. Сурков та ін.). Вивчення антиципації як універсальної складової будь-якої діяльності вивело дослідників і на вивчення антиципації в структурі такого різновиду діяльності, як життєтворчість, де основним змістом антиципування є життєвий шлях людини. В психології стрімко формується арсенал дослідницьких та психодіагностичних методик та методів корекції і розвитку психічних функцій. Все це створює нові можливості для пошуку шляхів дослідження, діагностики, корекції та розвитку антиципації, яка забезпечує процес людської життєтворчості. Науково-психологічне вивчення проблеми життєвої антиципації особистості дає змогу зробити новий крок у опрочованні методів психологічної допомоги у сфері прогнозування та проектування життєвого шляху і внести струмінь наукового підходу в царину, яку заповнюють поки що своїми послугами переважно ворожбити, хіроманти, астрологи та інші представники реліктових форм антиципації. Отримані дані можуть набути широкого застосування в практичній психології особистості.

**Долинний С.С., Завацький Ю.А., Литвиненко С.С.**

## **КОНФЛІКТОВИТІВІСТЬ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ У СУЧАСНОМУ КІБЕРПРОСТОРІ**

Проблема поведінки людини в конфлікті – є однією з найважливіших в системі гуманітарних наук, тому конфлікт як предмет наукового дослідження фігурував у таких науках, як соціологія, соціальна філософія та психологія. Останнім часом проблему конфліктів стали вивчати такі науки, як педагогіка, менеджмент, історія, етика тощо. Сучасна молодь інтегрована у світовий цифровий простір і відповідно зазнає різних загроз і негативних впливів, пов'язаних з розвитком кіберпростору. Кількість користувачів мобільних телефонів та інтернету щодня невпинно збільшується, їх більшою частиною є саме молодь.

Вдосконалення інформаційних технологій створює умови для ефективного розвитку сучасного суспільства. Комунікаційні засоби стали невід'ємною складовою життя людей у всіх сферах діяльності. Мобільні телефони, комп'ютери та інтернет, розширивши комунікаційні, просторові й часові межі, розкрили нові можливості для спілкування, освіти, праці, відпочинку й творчої самореалізації особистості. Навчальна діяльність учня підліткового віку є тим середовищем, яке породжує велику кількість

конфліктних ситуацій, що обумовлено самою специфікою відносин фахівця з оточенням. Суспільне життя та процеси, що в ньому відбуваються, так чи інакше знаходять своє безпосереднє відображення у психологічно-педагогічному процесі. Тому навчальна діяльність вчителя та учня, основою якої є система взаємовідносин «людина – людина», можуть мати місце морально-етичні проблеми та конфлікти. Сучасні форми поведінки, в тому числі і конфліктні, займають значну частину нашого життя та вимагають здобуття конкретних знань про закономірності конфліктної взаємодії, вміння керувати конфліктом, робити його конструктивним, уміння володіти своїми емоціями для гармонізації зовнішнього та внутрішнього світу.

Вчені Р. Дарендорф, Г. Зіммель, Л. Козер у своїх працях розглядали *конфлікт* як закономірну характеристику суспільних відносин. Г. Зіммель розглядав *конфлікт* як самостійну форму взаємодії, що займає дуже важливу, інтеграційну роль, адже конфлікт сприяє стабілізації і організації суспільства (Doskin VA, Lavrentyeva NA, Sharay VB & Mirosnikov MP, 2015).

Результати досліджень науковців дозволяють розглянути явище конфлікту у таких трьох його формах, як: *внутрішньоособистісний конфлікт*, що являє собою зіткнення між приблизно рівними за силою, але протилежно спрямованими інтересами, потребами, потягами тощо; *міжособистісний конфлікт*, що визначається як ситуація, коли діючі особи або групи переслідують несумісні цілі і реалізують суперечливі цінності, або одночасно, у конкурентній боротьбі прагнуть до досягнення однієї і тієї ж мети, що може бути досягнута лише однією зі сторін; *міжгруповий конфлікт*, коли конфліктуючими сторонами виступають соціальні угруповання, що переслідують несумісні цілі і перешкоджають один одному на шляху їхнього здійснення. Фактично й у цьому випадку спостерігається прагнення конкретизації поставленого завдання і розгляду тільки частини проблеми в конкретних умовах взаємодії (Garandeau C., Vermande M., Reijntjes A. & Aarts E., 2019).

У віртуальному середовищі підлітки прагнуть розслабитися і абстрагуватися від психологічних проблем реального світу, дати вихід емоціям, цікаво провести час. Віртуальний ігровий простір дозволяє підліткам реалізовувати низку базових потреб: у грі, розвагах, досягненні поставленої мети, саморозвитку, розвитку позитивних якостей, сміливості, вмінні долати перешкоди, поразки і невдачі; потреби у повазі та самоповазі, потреби в автономії, у протесті проти існуючих правил, знятті соціальних табу; потреби у домінуванні; потреби в агресії та запобіганні небезпеки тощо. Саме відмова від міжособистісної взаємодії, створює серед підлітків реальну небезпеку щодо підвищення рівня конфліктогенності в умовах кіберпростору підлітків.

Узагальнюючи наведені дані можна сказати, що *конфлікт* – це складне і комплексне явище, тому для його опису необхідно виділити коло понять, що найбільш повно характеризують даний феномен. При всьому

різноманітні трактувань конфлікту всіх їх об'єднує уявлення про структуру конфлікту, яку М. Міріманова визначає як «сукупність характеристик, що забезпечують цілісність, тотожність самому собі, відмінність від інших явищ соціального життя. Без наявності цих компонентів зв'язків конфлікт не може існувати як динамічно взаємозалежна система і процес» (Viznyuk I., 2017).

За результатами аналізу підвищеної конфліктності в підлітків головною ознакою згідно цих методик є відчуття психологічного дискомфорту. Психологічний комфорт може бути порушений з різних причин: внутрішнім і зовнішнім. У житті завжди трапляються перепади настрою, але кожна окрема людина по-різному сприймає ці стани і по-різному на них реагує. Один готовий протистояти труднощам, брати на себе відповідальність і приймати рішення, а інший насилу переносить навіть незначні зміни настрою і психофізичного тону. Такі люди мають низьку переносимість фрустрацій (Viznyuk I., 2017). В такому випадку, основними механізмами інтернет-адиктивної поведінки є втеча від реальності та прийняття «віртуальних» ролей, ховаючись за віртуальною маскою «ніком», придумуючи собі ідеальний образ, втрачаючи індивідуальність, (своє «Я»). І, відповідно, психологічні аспекти механізму формування залежності від кіберпростору ґрунтуються на природному прагненні підлітків позбутися різного роду проблем і неприємностей, пов'язаних з повсякденним життям.

Аналізуючи результати, за психодіагностичною методикою «Шкала інтернет-залежності» А. Жичкіної, ми дійшли до висновку, що у 46 досліджуваних (54%) наявна інтернет-залежність, у тринадцяти осіб (43%) було виявлено схильність до інтернет залежності і лише у одного досліджуваного (3%) не було виявлено інтернет залежності. Результати даної методики вказують на те, що більша половина підлітків на сьогоднішній день має уже сформовану інтернет залежність.

Наступним кроком дослідження було визначення взаємозв'язків між акцентуаціями характеру і стратегією поведінки в конфліктних ситуаціях. Розглянемо, яку стратегію обрали підлітки з тією чи іншою акцентуацією.

Відповідно до гіпотези передбачалося виявлення зв'язків між стратегіями поведінки в конфлікті з індивідуально-типологічними властивостями за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена і показника рівня статистичної значущості ( $r$ ). Перевагою даного методу є те, що можна визначити не тільки силу взаємодії, а й характер зв'язку (прямий чи зворотній).

Прямий зв'язок показує, що високий рівень однієї вимірюваної величини відповідає досить високому рівню іншої вимірюваної величини. Зворотній зв'язок, навпаки, демонструє, що найбільш високим значенням першої величини відповідають найбільш низькі значення другої вимірюваної величини і, навпаки.

Таким чином, кіберпростір, з одного боку, призводить до розширення контактів, можливостей обміну соціокультурними цінностями,

породження і реалізації нових форм символічного досвіду, розвитку процесів уяви, інтенсифікації вивчення іноземних мов і ряду інших позитивних ефектів, з іншого боку, нажаль, він може привести до «залежності», сприяючи звууженню інтересів, відходу від реальності, захопленістю комп'ютерними іграми, соціальної ізоляції, ослабленням емоційних реакцій.

Зазначимо, що підлітки, які мають інтернет-адикцію, мають деякі особливості, серед яких: неможливість переносити дисфорію, тому переживання позитивних емоцій компенсують під час перебування в грі, де вони отримують ейфорію та радість; неможливість розслабитися поза межами віртуального простору, відчуття порожнечі і роздратування. У адиктів проявляються характерні стійкі негативні психічні стани, (тривожність, депресія, невдоволення оточуючими і собою), пов'язані із заниженою самооцінкою, низьким рівнем аутосимпатії, самоповаги, самоінтересу, самоприйняття.

Поряд з високим рівнем тривожності, підліткам властиві більш виражені прояви агресивності і фрустрованості. Також відзначається емоційна незрілість, що виражається в невмінні проявляти і приймати свої негативні емоції. Відзначимо, що адикти схильні до більш частого використання непродуктивних емоційних (емоційна розрядка, придушення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність) і когнітивних (розгубленість) копінг-стратегій, що може бути обумовлено зниженим загальним рівнем саморегуляції, ригідністю поведінки, емоційної незрілістю та низькою самооцінкою.

Результати, отримані в нашому дослідженні, не вичерпують всіх аспектів досліджуваної проблеми. Подальші перспективи дослідження ми бачимо в поглибленому погляді на питання інтернет-адикції у студентів та її психосоматичних наслідків. Також нам здається доцільним дослідити рівень тривожності та емоційної напруги в осіб різних вікових категорій в залежності від кіберпростору.

**Завацький Ю.А., Овчаренко М.О., Петренко Д.В.**

## **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕІНТЕГРАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ**

В умовах трансформаційних змін, зумовлених політичними, економічними, воєнними та іншими чинниками, актуальною є концептуальна розробка соціально-психологічних засад, закономірностей і специфіки процесу реінтеграції осіб різного віку, у першу чергу, молоді. Констатовано, що сучасний соціокультурний контекст реінтеграційних процесів детермінований низкою специфічних рис, серед яких найбільш значущими є реорганізація політичних і економічних структур, ускладнення соціально-стратифікаційної системи суспільства, розширення соціальної взаємодії, наростання інформаційних потоків, культурне різноманіття, а також глибока



модифікація нормативно-ціннісної системи і моделей соціальної, економічної, політичної поведінки (Боярин, 2014; Гошовський, Гошовська, 2015). Ці та інші чинники обумовлюють нестабільність соціокультурного середовища, до якого сучасна молодь змушена адаптуватися і в яке має реінтегруватися.

Показано, що конструювання соціальної реальності молоддю відрізняється суб'єктністю, інноваційністю і рефлексивністю. Соціальні зміни на біографічному рівні і кожна нова соціальна дія вимагають співвіднесення з індивідуальною системою її цінностей, яка визначає уявлення про значущість і формування соціальної установки. Тому цілеспрямоване включення молоді у процес відтворення соціальних норм, як суб'єкта соціальних відносин, вимагає можливості співвіднесення сформованих умов і порядку з інтеріоризованими ідеалами, які перебувають на вершині індивідуальної системи цінностей і надають їй загальнозначущий, інтегративний характер (Ващенко, Завацька, 2016). В результаті відбувається спряженість індивідуальних смислів соціальної участі з загальноприйнятими, культурно обґрунтованими. При цьому функціонування ідеалу в цій ролі можливе за умови, коли він сприймається як об'єктивно значущий, незмінний і абсолютний; посилюється потреба у набутті змістовних ідеалів, які дозволяють як знизити невизначеність у виборі життєвих стратегій, так і інтегрувати на індивідуальному рівні всі ціннісні орієнтації. Наголошується, що у сучасному суспільстві дана тенденція посилюється (Гошовський, 2014).

Розкрито сучасні особливості соціального статусу молоді, як соціальної позиції у суспільстві, що визначається її соціальними ролями і виконуваними функціями (Ю. Зубок). Виявлено, що наявність у молоді соціального статусу обумовлена такими факторами: молодь – це частина суспільства, продукт його розвитку і засіб відтворення; молодь – явище конкретно-історичне, вона виступає продуктом історії і культури, рушійною силою і необхідною умовою змін; молодь, як соціально-демографічна група, перебуває у положенні залежності, не маючи повної самостійності у прийнятті рішень; основними завданнями молоді є завдання професійного, сімейного, морально-етичного життєвого самовизначення (Пілецька, 2015).

Показано, що у соціальному статусі молоді домінують динамічність і перспективність, пов'язані з її інтенсивною вертикальною соціальною мобільністю, яка має переважно висхідну спрямованість і з завершенням присвоєння молоддю соціальної суб'єктності й можливістю набуття значущих для соціального статусу ознак; соціальна нерівність, пов'язана з обмеженням прав молодих людей до настання повноліття.

Встановлено, що психосоціальний розвиток молоді являє собою якісні і кількісні зміни її соціальних характеристик. Підкреслюється, що змістовно психосоціальний розвиток молоді полягає у придбанні і зміні власного соціального статусу і формування громадянської ідентичності у процесі

досягнення соціальної зрілості і соціальної суб'єктності (транзиції) (Ю. Борець, А. Борисюк, Ю. Зубок, В. Лісовський, В. Лупандін, В. Чупров та ін.). При цьому багатоваріантний характер транзиції не виключає її закономірності і незворотності (спрямованості).

Підкреслюється специфіка цього вікового періоду і важливість його сензитивності для розвитку системи цінностей. Наголошується, що цінності молоді, як соціальної групи, розглядаються як певні ідеали або зразки, що вбирають у себе релевантність явищ дійсності, а об'єднуючись у систему, утворюють ціннісні орієнтації, які зумовлюють регуляцію соціальної активності як на індивідуальному, так і на груповому та суспільному рівнях, і є детермінантою сприйняття дійсності, що визначає вибірковість поведінки й характер оціночної діяльності (Г. Авер'янова, В. Білодід, Р. Білоус та ін.). Розглянуто основні групи ціннісних орієнтацій сучасної молоді: переважання цінностей професійної сфери; цінностей досягнення особистого успіху; матеріального забезпечення та соціальних контактів; сім'ї; при загальній лабільності ціннісних орієнтацій. Констатовано, що змістовними характеристиками цінностей молоді виступають ієрархічність, складність, відкритість, багатомодальність, дифузність, інерційність та нелінійність (І. Ващенко, Л. Волченко, Н. Гарькавець, С. Гарькавець та ін.).

Розкрито стереотипні та індивідуальні прояви соціальної аномії в процесі реінтеграції молоді. Показано, що відображаючи характер циклічного відтворення системи соціальних відносин, цей процес у соціальному аспекті постає як зміна молоддю свого місця в соціальній структурі, тобто як певна спрямованість її соціальної мобільності (Ю. Завацький, Ю. Зубок, І. Ільїнський, К. Уільмас, В. Чупров та ін.). Зазначається, що становлення соціальної зрілості молодого покоління, його соціальне дорослішання знаходять відображення у придбанні і зміні власного соціального статусу в ході реінтеграції у структуру суспільства, а також в характері ідентифікації з різними соціальними групами.

Систематизація наукових досліджень дозволила підкреслити складність, суперечливість і недостатню концептуальну розробленість сутнісно-змістової характеристики феномену реінтеграції; виділити головні напрямки вивчення соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції молоді в умовах сучасного соціуму, зокрема в період вимушеної міграції, в основі яких лежить специфіка завдань дослідження.

Дослідження теоретико-методологічних передумов реінтеграції молоді дозволило визначити сутність цього процесу як вид особистісних змін, при якому приймається тип поведінки, відмінний від попереднього, як поновне повернення у соціум завдяки оволодінню просоціально-реадаптаційним, реінтеграційним і самоактуалізаційним мисленням (Я. Гошовський). Встановлено, що процес реінтеграції молоді містить процесуальну і змістовну сторони. Процесуальна сторона пов'язана з етапами цього процесу,

які ідентичні для молоді по своїй послідовності і безперервності, обумовлені системою детермінант (індивідуально-особистісні особливості: стать, вік, характер, темперамент; культурне розмаїття). Змістовна – зі знаннями про особливості культури і її духовні цінності, взаємодію у соціокультурному просторі, усвідомленням значущості та цінності позитивного ставлення та самоствалення тощо.

Показано, що реінтеграція у соціум як процес включає такі компоненти: стратегічно-цільовий, змістовний, організаційно-діяльнісний, оціночно-прогностичний. Результатом процесу реінтеграції молоді є соціокультурна та соціально-психологічна адаптованість.

Визначено, що з позиції системно-інтегративного підходу концептуальну основу реінтеграції молоді складають принципи цілісності (розгляд реінтеграції як системи, що складається з підсистем); інтегративності (аналіз механізмів, умов і факторів реінтеграції з точки зору різних психологічних підходів, моделювання інтегративно-інваріантних технологій); принцип індивідуально-групового підходу; принцип дослідження і корекції часової перспективи життя; принцип детермінації майбутнім; принцип комплексності в оцінці результату процесу реінтеграції.

Виокремлено систему параметрів, критеріїв і рівнів соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції молоді в умовах сучасного соціуму, що включає когнітивний, емоційно-оцінний, світоглядний, поведінковий компоненти. Показниками когнітивного компоненту є наявність знань про культуру, вміння встановлювати зв'язки між наявними знаннями, давати змістовну характеристику своїх вчинків і взаємин, наявність знань щодо норм і правил поведінки у міжособистісній взаємодії, знання про суспільні цінності. Показниками емоційно-оцінного компоненту є наявність емоційних, вольових, інтелектуальних, мотиваційних складових, які відображають динаміку і специфіку емоційних переживань, що є суб'єктивним індикатором ефективності соціально-психологічного забезпечення процесу реінтеграції молоді в умовах сучасного соціуму. Показники світоглядного компоненту відображають прояв повноти, самостійності, стійкості суджень. Показники поведінкового компоненту відображають використання отриманих знань на практиці, у міжкультурній взаємодії, перенесення отриманого досвіду з одних ситуацій в інші, самооцінку власних вчинків, прояв переконань, стійкість поведінки.

### **Список використаної літератури**

1. Боярин Л.В. Аналіз психотерапевтичної практики вітчизняних та зарубіжних науковців щодо соціально-психологічної дезадаптації молоді. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць*

Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. Северодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. № 1(33). С. 98–103.

2. Ващенко І.В., Завацька Н.Є. Психологічні технології професійного самозбереження молоді та її соціальної підтримки в епоху суспільних трансформацій. Розвиток особистості в різних умовах соціалізації: монографія / за наук. ред. Л.О. Калмикової, Г.О. Хомич. К.: Видавничий Дім «Слово», 2016. С. 405–421.

3. Гошовський Я.О., Гошовська Д.Т. Психологічна реінтеграція особистості в умовах глобальних трансформацій: засадничі положення. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля*. Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. № 3 (38). С. 134–142.

4. Гошовський Я. Ревіталізація психогенези депривованої особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля*. Северодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. № 2 (34). С. 101–108.

5. Ковальчук О.С., Канциренко О.В. Взаємозв'язок соціальної відповідальності як цінності з психологічним благополуччям української молоді. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2016. № 1. С. 37–44.

6. Пілецька Л.С. Вплив професійної мобільності особистості на професійне становлення молоді в координатах сучасних парадигм. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний університет імені Григорія Сковороди»*. Вип. 35. Т. III. К.: Гнозис, 2015. С. 370–376.

**Завацький Ю.А., Побокіна Г.М., Царенок Л.Б.**

## **РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ У КРИЗОВІ ПЕРІОДИ ЖИТТЯ: АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ**

У сучасному світі все більше зростає розуміння визначальної ролі сім'ї не тільки для розвитку особистості, а й для розвитку суспільства в цілому. Саме сім'я забезпечує успішність процесу соціалізації дитини, відкриває і структурує для неї світ, надаючи значущі критерії для орієнтування у ньому (Lamb, 2004; Parke Parke, 2004). У зв'язку з цим особливо актуальним вбачається вивчення психологічного впливу дитячо-батьківських відносин на процес соціальної адаптації дитини, адже ці питання мають велике практичне значення, оскільки соціальна адаптація є базовим етапом соціалізації особистості, що збігається з періодом дитинства, зокрема у молодшому шкільному віці (Colman, 2000).

На *першому* етапі емпіричного дослідження визначалися особливості впливу дитячо-батьківських відносин на особистісні (прояви тривожності) та міжособистісні (стратегії взаємодії) характеристики молодших школярів.

Виявлено значущі статистичні відмінності між групами досліджуваних з високим і середнім рівнями тривожності за шкалами гіперпротекції ( $\varphi^*_{\text{емп}}=3,96$ ;  $p \leq 0,01$ ), недостатність вимог – обов'язки дитини ( $\varphi^*_{\text{емп}}=1,89$ ;  $p \leq 0,05$ ), надмірність вимог – заборон ( $\varphi^*_{\text{емп}}=2,82$ ;  $p \leq 0,01$ ). Встановлено, що такий тип порушення батьківського ставлення, як домінуюча гіперпротекція, у більшому ступені впливає на виникнення тривожності у дітей молодшого шкільного віку.

Визначено вірогідні відмінності у використанні позитивних і негативних стратегій міжособистісної взаємодії у досліджуваних з високим і середнім рівнями тривожності. Частка молодших школярів, які використовували позитивні стратегії міжособистісної взаємодії та мали середній рівень тривожності виявилася значно більшою, у порівнянні з досліджуваними, які використовували негативні стратегії такої взаємодії та мали високий рівень тривожності ( $\varphi^*_{\text{емп}}=3,78$ ;  $p \leq 0,01$ ). Виявлено значущі статистичні відмінності між групами молодших школярів із високим і середнім рівнями тривожності за частотою прояву негативних стратегій придушення ( $\varphi^*_{\text{емп}}= 2,91$ ;  $p \leq 0,01$ ), залежності ( $\varphi^*_{\text{емп}}=2,08$ ;  $p \leq 0,05$ ). З'ясовано, що між виявленими дисгармонійними типами дитячо-батьківських відносин і негативними стратегіями міжособистісної взаємодії молодших школярів існують позитивні кореляційні залежності, як-то: між домінуючою гіперпротекцією і негативними стратегіями міжособистісної взаємодії (придушення ( $r=0,87$ ;  $p=0,01$ ), залежності ( $r=0,92$ ;  $p=0,01$ ), конфронтації ( $r=0,81$ ;  $p=0,05$ ), уникнення ( $r=0,79$ ;  $p=0,05$ )); потураючою гіперпротекцією і негативними стратегіями міжособистісної взаємодії (придушення ( $r=0,64$ ;  $p=0,05$ ), залежності ( $r=0,69$ ;  $p=0,05$ ), конфронтації ( $r=0,71$ ;  $p=0,05$ ), уникнення ( $r=0,73$ ;  $p=0,05$ )); жорстоким поведінням і негативними стратегіями міжособистісної взаємодії (придушення ( $r=0,66$ ;  $p=0,05$ ), залежності ( $r=0,54$ ;  $p=0,05$ ), уникнення ( $r=0,68$ ;  $p=0,05$ )); емоційним відкиданням і негативними стратегіями міжособистісної взаємодії (придушення ( $r=0,65$ ;  $p=0,01$ ), залежності ( $r=0,59$ ;  $p=0,01$ ), уникнення ( $r= 0,56$ ;  $p=0,05$ )); підвищеною моральною відповідальністю і негативними стратегіями міжособистісної взаємодії (придушення ( $r=67$ ;  $p=0,01$ ), уникнення ( $r=0,53$ ;  $p=0,01$ ), конфронтації ( $r=0,58$ ;  $p=0,05$ ), залежності ( $r=0,65$ ;  $p=0,05$ )); бездоглядністю і негативними стратегіями міжособистісної взаємодії (придушення ( $r=0,71$ ;  $p=0,05$ ), залежності ( $r=0,74$ ;  $p=0,05$ ), конфронтації ( $r=0,63$ ;  $p=0,05$ ), уникнення ( $r=0,61$ ;  $p=0,05$ )). Отже, порушення батьківського ставлення, зокрема за типом домінуючої гіперпротекції, значно впливає на рівень тривожності молодших школярів і задає негативні стратегії у їх міжособистісній взаємодії.

На *другому* етапі дослідження з'ясувалася специфіка взаємозв'язку дитячо-батьківських відносин і стилів копінг-поведінки батьків та їх вплив на ефективність соціальної адаптації молодших школярів.

Виокремлено найбільш типові характеристики змістовної сторони дитячо-батьківських відносин: побутову, пов'язану з організацією життєдіяльності сім'ї (обідаємо, дивимося телевизор); соціальну, пов'язану з організацією дозвілля у формі особистісного спілкування (граємо, гуляємо); ділову, пов'язану з допомогою дитині у навчанні (робимо уроки, готуємо виступ); конфліктну, як особливий різновид соціальної взаємодії (сваримося, ображаємося).

З'ясовано, що одним із провідних чинників дитячо-батьківських відносин є система оціночних характеристик, одержуваних молодшим школярем у сім'ї. При цьому у змісті батьківського оцінювання задається система ціннісних орієнтирів, яка, заломлюючись в образі Я дитини, починає впливати на її комунікативну вибірковість.

Встановлено взаємозв'язок між особливостями дитячо-батьківських відносин і копінг-поведінкою батьків, як механізмом позитивного або негативного їх впливу на ефективність соціальної адаптації молодших школярів. Показано, що батьківське ставлення за моделлю умовного прийняття у поєднанні з переважанням стратегій проблемно-орієнтованого копіngu сприяє успішності соціальної адаптації молодших школярів ( $\chi^2=13,27$ ;  $p\leq 0,01$ ); батьківське ставлення за моделлю безумовного прийняття пов'язане з частим використанням копінг-стратегій, орієнтованих на соціальне відволікання, також позитивно впливає на успішність соціальної адаптації дитини молодшого шкільного віку ( $\chi^2=14,32$ ;  $p\leq 0,01$ ). З'ясовано, що середній ступінь вираженості проблемно-орієнтованого копіngu батьків, пов'язаний з батьківським ставленням за моделлю умовного прийняття, негативно впливає на успішність соціальної адаптації молодших школярів ( $\chi^2=10,52$ ;  $p\leq 0,01$ ). Визначено, що невираженість проблемно-орієнтованого копіngu у поведінці батьків, пов'язана, зокрема, з недостатнім рівнем вимог до дитини, сприяє виникненню у неї ускладнень у соціальній адаптації ( $\chi^2=9,59$ ;  $p\leq 0,05$ ). Виявлено, що недостатньо високий рівень контролю за дитиною, непослідовність виховних впливів, пов'язані з вираженістю у копінг-поведінці батьків емоційно-орієнтованого копіngu, ускладнюють процес соціальної адаптації дітей молодшого шкільного віку ( $\chi^2=11,76$ ;  $p\leq 0,01$ ).

На *третьому* етапі емпіричного дослідження визначався взаємозв'язок між типом прихильності молодших школярів до батьків і станом їх адаптованості як результату соціальної адаптації.

Виявлено, що існують відмінності у дитячо-батьківських відносинах у повних і неповних сім'ях, які впливають як на формування типу прихильності дитини молодшого шкільного віку до батьків, так і на процес її соціальної адаптації. З'ясовано, що кожному типу прихильності відповідають певні способи переробки інформації і побудова відповідної стратегії поведінки. Так, досліджувані з надійним типом прихильності засвоюють

комунікативне значення безлічі засобів спілкування, використовують як інтелектуальну, так і афективну інформацію. У групах молодших школярів, які за даними соціометричного опитування мають соціальний статус бажаних або прийнятих, самооцінка є адекватною або завищеною, тобто уявлення досліджуваних про себе збігаються з уявленнями про них інших людей ( $\chi^2=9,67$ ;  $p\leq 0,05$ ). У молодших школярів із надійним типом прихильності сформовані соціальні уявлення та соціальні емоції, а у своїй поведінці вони керуються моральними мотивами.

Показано, що у молодших школярів із тривожно-амбівалентним і ненадійним типами прихильності виявлений низький рівень сформованості соціальних емоцій, соціальних уявлень і соціальних мотивів, тобто спостерігається спотворення процесів сприймання, розуміння і відтворення соціальної дійсності і себе у ній. У групі однолітків діти з тривожно-амбівалентним і ненадійним типами прихильності мають соціальний статус ізольованих або неприйнятих, їх самооцінка занижена (має тенденцію до неадекватності) ( $\chi^2=12,34$ ;  $p\leq 0,01$ ), тобто для таких дітей характерні тривожність, невпевненість у собі, незадоволеність собою. Отже, молодші школярі з ненадійним і тривожно-амбівалентним типами прихильності відчують труднощі в процесі соціальної адаптації і відрізняються низьким рівнем адаптованості в цілому.

### **Список використаної літератури**

1. Colman W. Tyrannical omnipotence in the archetypal father. *J. Analyt. Psychol.* 2000. V. 45. P. 521 – 539
2. Eckelaar J. *Family Law and Personal Life.* Oxford, 2006. 208 p.
3. Lamb M. The development and significance of father-child relationships in two-parent families / The role of the father in child development / M. Lamb, C. Lewis. Wiley; New Jersey, 2004. P. 272 – 307.
4. Parke R. *Fathering and children's peer relationships. The role of the father in child development.* Wiley; New Jersey, 2004. P. 307 – 341.

**Завацький Ю.А., Проскурін О.С., Самойленко Ю.О.**

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ ТА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПЕРІОД ПУБЕРТАНОЇ КРИЗИ**

Питання зростання рівня агресивності сучасного суспільства наразі набуває особливої гостроти. Особливо важливим у психологічній науці є дослідження проявів агресивності у підлітковому віці та розроблення технологій управління агресивними станами, які б допомогли молодим людям конструктивно розвиватися, спрямовуючи свої емоції на самотворення, а не на саморуйнування.

У підлітковому віці через складність і суперечність особливостей зростаючого покоління, внутрішніх і зовнішніх умов їх розвитку можуть

виникати ситуації, які порушують нормальний хід особистісного становлення, створюючи об'єктивні передумови для виникнення і прояву агресивності.

Поведінка учнів підліткового віку неодноразово привертала увагу дослідників складністю та багатоманіттям проявів. Досить сильно загострюються суперечності між нормою поведінки та її порушенням, між інтересами групи і особистими міркуваннями у підлітковий період. На виникнення агресивної поведінки у підлітковому віці може впливати безліч факторів, зокрема це акцентуації характеру.

На даний момент не існує однозначного погляду на проблему впливу акцентуацій характеру на агресивну поведінку підлітків, тому дослідження у даному напрямку є актуальними.

У результаті емпіричного дослідження впливу акцентуацій характеру на агресивну поведінку було виявлено:

за результатами методики на визначення акцентуацій характеру (Г. Шмішек) виявлено, що у досліджуваних, які складають дану вибірку, найбільше виражений емотивний тип акцентуацій характеру. Особи цього типу відрізняються особливою вразливістю й чутливістю.

Найменше виражений неврівноважений тип акцентуацій характеру. Особи у яких виражений даний тип акцентуацій відрізняються підвищеною імпульсивністю, ослабленням контролю над потягами і спонуканнями.

Результати за даною методикою зображено на рисунку 1.

За результатами методики ПДО виявлено, що у досліджуваних, які складають дану вибірку, найбільше виражений конформний тип акцентуацій характеру. Головною рисою осіб, у яких переважає даний тип акцентуацій є постійна і надмірна конформність до звичного оточення, до свого середовища. Найчастіше у таких осіб конформність поєднується з вражаючою некритичністю. Такі особи найбільш успішно працюють, коли не потрібно особистої ініціативи.

Найменше виражені циклоїдний та лабільний типи акцентуацій характеру. Циклоїдний тип зустрічається тільки у вигляді акцентуацій характеру. При циклоїдній акцентуації фази гіпертимності і субдепресії виражені різко, зазвичай короткочасні і можуть перемежовуватися тривалими інтермісіями. У субдепресивній фазі падає працездатність, до всього втрачається інтерес, особи стають млявими домосидами, уникають компанії. Невдачі й дрібні негаразди важко переживаються.

У результаті емпіричного дослідження впливу акцентуацій характеру на агресивну поведінку підлітків за методикою на визначення акцентуацій характеру (Г. Шмішек) виявлено, що у досліджуваних, які складають дану вибірку, найбільше виражений емотивний тип акцентуацій характеру. Особи цього типу відрізняються особливою вразливістю й чутливістю.



За методикою ПДО виявлено, що у досліджуваних, які складають дану вибірку, найбільше виражений конформний тип акцентуації характеру. Головною рисою осіб, у яких переважає даний тип акцентуації є постійна і надмірна конформність до звичного оточення, до свого середовища.

За методикою на визначення агресивності (Л.Г. Почебут) виявлено, що у досліджуваних, які складають дану вибірку, найбільше виражений середній рівень агресивності. Даний показник свідчить, що більшості досліджуваним притаманний оптимальний рівень агресивності.

За методикою «Агресивна поведінка» (Є.П. Ільїн, П.А. Ковальов) виявлено, що у досліджуваних, які складають дану вибірку, найбільше виражена схильність до непрямой вербальної агресії.

У результаті кореляційного аналізу визначено, що між акцентуаціями характеру та агресивною поведінкою існує взаємозв'язок. Таким чином, для осіб з гіпертичним, дистимічним, психостенічним, шизоїдним та конформним типом акцентуації характеру не властиві прояви агресивності та ворожості. Для даних осіб не характерні спалахи гніву, фізичної, вербальної агресії.

Особи, у яких спостерігаються емотивний, застрягаючий, екзальтований, демонстративний, невірноважений, астено-невротичний, епілептоїдний, істероїдний та нестійкий типи акцентуації характеру, схильні до проявів ворожості та агресивності, зокрема до спалахів гніву, фізичної та вербальної агресії..

Колом питань, розглянутих у даній статті, проблема психологічних особливостей впливу акцентуації на агресивну поведінку підлітків не вирішена. Подальше вивчення проблеми може бути спрямоване на пошук впливу різних детермінант на агресивність підлітків шляхом теоретичних та емпіричних досліджень.

### **Список використаної літератури**

1. Бандура А., Уолтерс Р. Підліткова агресія. М., 2000. 512 с.
2. Бандура А., Уолтерс Р. Підліткова агресія. Вивчення впливу виховання і сімейних відносин. М., 1999. 120 с.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика, некоторые общие соображения и данные. Психология индивидуальных различий. Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М. : Изд-во МГУ, 1982.
4. Леонград К. Акцентуирование личности. Киев, 1981. 236 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. К. : Выш. шк. Головное издательство, 1989. 375 с.
6. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Ленинград: Медицина, 1983. 318 с.

7. Михайлова О. Б., Сафи А.В., Шептура А.В. Агрессивность личности: основные подходы и перспективы в изучении. *Интернет-журнал «Мир науки»*. 2017. №6, Том 5. С. 341-347.

8. Реан А.А. Агресія та агресивність особистості. *Психологічний журнал*. 1996. № 5. С. 3-18.

9. Фельдштейн Д.І. Психологічні аспекти вивчення сучасного підлітка. *Питання психології*. 1993. № 1. С. 6-8.

**Завацький Ю.А., Пілецька Л.С., Колногоров Д.С.**

## **ФЕНОМЕН АСЕРТИВНОСТІ У КОНФЛІКТОЛОГІЧНІЙ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ**

Реалії сьогодення актуалізують роль комунікативної компетентності фахівців-медиків. Різномірне спілкування з великою кількістю суб'єктів в непростих життєвих ситуаціях вимагає неабияких навичок комунікативної толерантності, асертивної поведінки й, насамперед, конфліктологічної компетентності. Оскільки, поява конфліктів у професійному середовищі спричиняє деструктивні наслідки для всіх учасників конфліктної взаємодії. Незважаючи на те, що в науковому полі ведуться дослідження конфліктологічної компетентності фахівців соціономічних професій, важливо з'ясувати вплив асертивності на формування конфліктологічної компетентності фахівців-медиків.

На думку більшості дослідників, конфліктологічна компетентність передбачає: здатність індивіда ефективно взаємодіяти з навколишнім середовищем у системі міжособистісних стосунків; оволодіння навиками асертивної поведінки; формування конструктивного ставлення до конфліктів; володіння навиками конструктивної критики; наявність навичок керування конфліктними ситуаціями; уміння використовувати адекватні ситуації копінг-стратегії; здатність перетворювати деструктивні конфліктні явища в конструктивні. Модель конфліктологічної компетентності, запропонована С. С. Філь, містить наступні важливі компоненти: когнітивний компонент, що передбачає формування базових знань у сфері конфліктології та конфлікт-менеджменту; операційний компонент – передбачає формування практичних умінь і навичок вирішення конфліктів на основі цінностей співробітницького підходу; мотиваційно-ціннісний компонент – це орієнтація фахівця на безконфліктну взаємодію; рефлексивно-регулятивний компонент – передбачає здатність фахівця до рефлексії та усвідомлення власної поведінки в конфлікті; експерієнтальний компонент – передбачає набуття досвіду у сфері вирішення конфліктів. О. Денисов розкриває психологічну структуру конфліктологічної компетентності фахівця через низку взаємопов'язаних компонентів:

гностичний – знання про причини виникнення конфліктів, закономірності його розвитку й перебіг; регулятивний – вміння впливати на опонентів, здійснювати профілактику конфлікту; проектувальний – уміння передбачати дії опонентів, розвиток і наслідки конфлікту; рефлексивно-статусний – вміння організувати процес самопізнання; комунікативний – уміння ефективно спілкуватись; нормативний – знання про нормативні та моральні регулятори поведінки в умовах управління і вирішення конфліктів, здатність та готовність дотримуватись етичних норм щодо учасників конфлікту.

Важливим у формуванні конфліктологічної компетентності є оволодіння навиками асертивної поведінки. Термін «асертивність» походить від англійського «assert» – наполягати на своєму, відстоювати свої права. Асертивність передбачає наявність впевненості у собі, готовності та здатності адекватно реалізувати власні прагнення. Впевнена поведінка сприяє редукції агресивної поведінки у формі неагресивної впевненості та наполегливості. Поняття асертивності увійшло у науковий обіг на початку 60-х років ХХ століття завдяки працям американського психолога А. Солтера. В його теорії асертивна поведінка розглядається як найбільш конструктивний спосіб міжособистісної взаємодії, на противагу двом поширеним деструктивним способам – маніпуляції та агресії. С. Стаут дає таке визначення асертивної особистості: «асертивна людина відповідає за власну поведінку, демонструє самоповагу і повагу до інших, вона позитивна, слухає, розуміє і намагається знайти компроміс». Основними складовими асертивності С. Стаут вважає наявність самоповаги та поваги до інших, а також здатність прийняти на себе відповідальність за свою поведінку. «За своєю суттю асертивність – це філософія особистісної відповідальності. Тобто ми відповідальні за власну поведінку й не маємо права винуватити інших людей за нашу реакцію на їхню поведінку». На думку американського психолога М. Дойча, особистість, яка поважає і цінує себе, вирізняється високим рівнем асертивності, завдяки чого в будь-якій ситуації діє «рішуче, чесно і дружелюбно». Асертивність, за С. Стайном і Г. Буком, складається з трьох основних компонентів: здатності адекватно висловлювати почуття, здатності відкрито висловлювати переконання і думки, здатність захищати свої права. Асертивні люди здатні висловити свою позицію в конфліктній ситуації без агресії, не ображаючи опонента. Асертивний стиль поведінки є свідченням сили особистості та позитивну твердість характеру. Згодом цю теорію підтримали та поглибили такі психологи, як Р. Алберті, Д. Вольпе, М. Емонс, В. Капоні, К. Келлі, А. Лазарус, Т. Новак та ін. У вітчизняній психології поняття асертивності почало розглядатися нещодавно, зокрема такими вченими, як С. Герасіна, Л. Курганська, Л. Ніколаєв та ін.

Для підвищення асертивності використовуються наступні п'ять технік.

Перша – надбання навичок поведінки засобами трансактного аналізу, зокрема техніки зміни ролей – це підвищує асертивність завдяки моделюванню як вербальних, так і невербальних компонентів асертивності.

Друга – відтворення поведінки за зразком – апробація нових форм поведінки у рольовій грі, репетиції бажаної поведінки.

Третя – вдосконалення поведінки – полягає в доданні новому поведінки невимушеності і стійкості за допомогою адекватної зворотного зв'язку, критичних коментарів і вказівок тренера.

Четверта – когнітивне реструктурування – включає критичний аналіз ірраціональних уявлень, що перешкоджають асертивності, і надбання знань, що підсилюють асертивність.

П'ята і остання процедура – генералізація та перенос результатів навчання – нової поведінки в реальні ситуації і заохочує інноваційної поведінки у реальному житті. Ці процедури можна застосовувати й самостійно, поки людина не набуде бажаного рівня асертивності.

При опрацюванні очікувань учасники тренінгу визнавали, що їм не вистачає впевненості в собі та здатності спокійно і наполегливо відстоювати свої інтереси, що їм важко змусити інших вислуховувати себе., що їх часто перебивають, кричать на них; такі ситуації для них вкрай неприємні. Відповідно, що їх очікування були пов'язані з прагненням навчитися поводитися більш впевнено в повсякденному житті та в конфліктних ситуаціях.

Таким чином, під конфліктологічною компетентністю фахівців-медиків розуміємо здатність і готовність фахівця ефективно взаємодіяти в ситуації конфлікту, передбачати можливі наслідки і ефективно управляти ними. Вважаємо, що розвиток навичок асертивності здатний підвищити рівень конфліктологічної компетентності фахівців-медиків, оскільки дозволяє повною мірою реалізувати структуру конфліктологічної компетентності особистості.

### **Список використаної літератури**

1. Денисов О. И. Проблема конфликтологической компетентности руководителя. Москва : Изд – во МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2000. 35 с.
2. Дойч М. Разрешение конфликта (Конструктивные и деструктивные процессы) // Социально-политический журнал. – 1997. – № 1. – С. 202-212.
3. Філь С. С. Визначення, зміст та структура конфліктологічної компетентності студентів – майбутніх фахівців соціономічних професій // Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. - 2011. - Т. 123. - С. 20-24. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMApp\\_2011\\_123\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMApp_2011_123_6).

## РОЗЛАДИ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРУ ОСОБИСТОСТІ: МІКРО-, МЕЗО- ТА МАКРОРІВНІ

Наразі зростає інтерес до психології особистості в цей віковий період. Проблемам розвитку особистості у зрілому віці, побудові її життєвого шляху присвячено низку психологічних досліджень, розкрито стратегії та стилі життя особистості зрілого віку, питання особистісної й професійної самореалізації та пошуку сенсу життя, побудови життєвого світу, концепції життя, ментальної моделі, життєвого наративу, її аксіогенезу, розвитку творчої активності (Beutel, Huber, 2008).

Встановлено, що у сучасній психології реалізуються нові гуманістичні технології розвитку особистості зрілого віку, яка спрямована на самоздійснення, саморозвиток, на формування ефективних стратегій взаємодії та засобів самовизначення у соціальних відносинах, політичній сфері, професійній діяльності (Dattilio, Salas-Auvert, 2000). За сприятливих умов саме в цей віковий період особистість досягає такого рівня, коли стає спроможною конструктивно та ефективно керувати власним життям, робити відповідальні життєві вибори, самостійно вирішувати протиріччя життєдіяльності (Duggan, Sham, 2000).

З'ясовано, що дискусійним науковому просторі залишається питання про кризи розвитку періоду зрілості і про їх нормативність. У сучасних підходах відзначається єдність у тому, що розвиток і пов'язані з ним психофізіологічні, особистісні та соціально-рольові перебудови відбуваються протягом усього життя і найбільш інтенсивно в критичні, кризові або перехідні періоди. Однак більшість дослідників використовують ці поняття або як рядоположні (Л. Виготський), або користуються одним з наведених термінів. Це створює суттєві труднощі як при побудові періодизацій, так і для розуміння логіки розвитку дорослого, інтерпретації емпіричних даних. Констатовано, що одним із перших поняття «криза» і «критичний період» запропонував розділити О. Леонтьєв, де останній розуміється як перехід з однієї стадії розвитку на іншу, і пов'язаний з якісними змінами у розвитку, а «криза» трактується як негативне явище, свідокство не здійсненого своєчасно переходу. О. Сергієнко також трактує ці поняття як різні, де критичний період – це еволюційний період ієрархічної реорганізації системи, а вікова криза – їх наслідок, прояв нового у поведінці.

У дослідженні критичний період пропонується розглядати як нормативний період перебудови функціональних структур і системи відносин особистості зрілого віку. Поняття кризи, крім зрушень у розвитку особистості і функціональної перебудови, передбачає наявність певних негативних афективних станів і дезорганізації поведінки. В основі поняття «криза» лежить

уявлення про розгортання соціально-психологічних протиріч, які є рушійними силами розвитку (Hautzinger, Meyer, 2002). Таким чином, поняття кризи розвитку включає інформацію про критичний період, як період перебудови сформованої системи; крім того, кризовий період являє собою й соціально-психологічне протиріччя, що супроводжується негативними переживаннями і можливою дезорганізацією поведінки внаслідок змін і перебудов, що відбулися у критичний період (який усвідомлюється і переживається особистістю). Поняття переходу існує у західних концепціях, де передбачається, що розвиток людини характеризується послідовністю важливих, очікуваних подій, які можна передбачити і стосовно яких можна будувати плани. Дослідники визначають «завдання розвитку» або «життєві завдання» для кожного підперіоду, що включають проблеми і цілі соціально-психологічного характеру (Hawton, 2000; Heim, Owens, 2001). Модель переходу передбачає також певну психологічну перебудову особистості. Отже, поняття переходу використовується переважно в межах життєвого шляху особистості, і означає, по суті, критичний період життєвого шляху.

Проведена диференціація соціально-психологічних чинників афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя на макро-, мезо- та мікрорівнях показала, що серед макросоціальних чинників, які впливають на виникнення і розвиток афективних розладів особистості в цей період провідну роль відіграють соціально-економічні та соціально-політичні чинники; культуральні норми і цінності; культивування високих перфекціоністських стандартів сучасного суспільства; серед соціально-психологічних чинників мезорівня превалюють дисфункції структури сім'ї та сімейного функціонування; порушення мікродинаміки та ідеології сім'ї; стресогенність життєвих подій, наявність вираженого психологічного стресу; обмеженість мережі соціальної підтримки та її ядра; соціально-психологічними чинниками афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя на мікрорівні виступають соціально-демографічні характеристики; вразливість типології особистості; особистісних рис, установок і переконань; афективно-когнітивний стиль особистості; порушення соціально-психологічної регуляції поведінки та діяльності.

Визначено, що корекція афективних розладів особистості зрілого віку, зокрема на фазах латентного та ініціального фракталів, має здійснюватися з урахуванням соціально-психологічних чинників таких розладів на макро-, мезо- та мікрорівнях.

Наголошується, що конструктивною методологічною основою, яка не суперечить критеріям діагностики і психотерапії розладів афективного спектру у осіб зрілого віку в кризові періоди життя, є мультидисциплінарна синергетична методологія (синергетика), яка надає можливість подолати діагностичну і прогностичну невизначеність в структурі зазначених розладів. Саме методологія синергетики дозволяє запропонувати нові концептуальні

підходи для вирішення багатьох складних проблем психічного здоров'я (В. Підлубний). Синергетичний підхід представлено тривимірними векторами біопсихосоціальної моделі: сомато-, психо- і соціогенезу. Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез – розвиток психічних функцій; соціогенез – розвиток соціальних ролей і відносин (Дж. Енгель). При цьому життєвий шлях розглядається як низка подій, між якими складається неієрархічний зв'язок, а кризові періоди життя постають як ризоматична сукупність численних варіантів вибору нових траєкторій. Застосування понятійно-термінологічного апарату синергетичної методології у дослідженнях соціально-психологічного напрямку дозволяє з'ясувати загальні процеси у міждисциплінарному дискурсі, визначити у них нові контексти, досягнути перспективи розвитку нового психологічного знання (В. Шебанова), зокрема, щодо розвитку афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя.

Проведено структурно-рівневий аналіз соціально-психологічних чинників афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя та здійснено їх диференціацію на макро-, мезо- та мікрорівнях. Серед чинників макрорівня, які впливають на виникнення і розвиток афективних розладів особистості в цей період виокремлені: соціально-економічні та соціально-політичні (невисокий рівень соціально-економічного статусу, пасивна соціальна позиція); культуральні норми і цінності (патогенні цінності і установки культури, зокрема, стереотипи, пов'язані з культом стриманості, сили, успіху і досконалості); культивування високих перфекціоністських стандартів сучасного суспільства (щодо рівня освіти, зовнішності тощо). Серед соціально-психологічних чинників мезорівня превалюють: дисфункції структури сім'ї та сімейного функціонування; порушення мікродинаміки та ідеології сім'ї; стресогенність життєвих подій, наявність вираженого психологічного стресу; обмеженість мережі соціальної підтримки та її ядра. Соціально-психологічними чинниками мікрорівня щодо афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя виступають: соціально-демографічні (приналежність до жіночої статі, невисокий рівень освіти тощо); вразливість типології особистості (типологічний підхід); вразливість особистісних рис, установок і переконань (параметричний підхід); афективно-когнітивний стиль особистості (стильовий підхід); порушення соціально-психологічної регуляції поведінки та діяльності.

### **Список використаної літератури**

1. Beutel M.E., Huber M. Functional Neuroimaging – Can It Contribute to Our Understanding of Processes of Change? 2008. *Neuro-psycho analysis*. Vol. 10(1). P. 5 – 16.

2. Dattilio F.M., Salas-Auvert J.A. Panic disorder: assessment and treatment through a wide-angle lens. Phoenix : Zeig, Tucker & Co. Inc. 2000. P. 312 – 320.
3. Duggan C., Sham P. Family history as a predictor of poor long - term outcome in depression. *British Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 157. P. 185 – 191.
4. Hautzinger M., Meyer T.D. Diagnostik Affektiver Storungen. Gottingen: Hogrefe, 2002. P. 56 – 65.
5. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *Br. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 177. P. 484 – 485.
6. Heim C., Owens M. Role of early adverse life events in the pathogenesis of depression. *WPA Bulletin on Depression*. 2001. Vol. 5 P. 3 –7.

**Завацький Ю.А., Соболєва І.С., Соляник В.Ю.**

## **РОЗВИТОК КОНФЛІКТОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНОСТІ ФАХІВЦІВ-МЕДИКІВ**

Проблема конфліктів в різних сферах людського життя є традиційним полем дослідження психології та суміжних наук. Для сучасної науки проблема професійних конфліктів особливо актуальна у зв'язку зі зміною соціально-економічної моделі розвитку країни (Жигаренко, Новицька, 2017). Вивчення професійних конфліктів у психології є досить обмеженим і зводиться переважно до дослідження конфліктів у структурних підрозділах промислових підприємств (І. Волков, Н. Гришина, Ю. Ємельянов, Б. Паригін, Л. Петровська та ін.). Розширенню бази досліджень в цій області перешкождали і об'єктивні (слабка вираженість соціально-економічних протиріч в суспільстві), і ідеологічні причини. Наразі соціальна психологія знаходиться на етапі освоєння і адаптації зарубіжного досвіду дослідження професійних конфліктів (Л. Почебут, Б. Хасан, та ін.), а власна концептуальна база і обсяг емпіричних досліджень невеликі.

Незважаючи на те, що конфліктологічна компетентність зазвичай розглядається як необхідна складова частина професійної компетентності, яка забезпечує професійну і особистісну надійність фахівців-медиків, специфіка її прояву і функціонування в медичній сфері найчастіше ігнорується. Особливої актуальності проблема конфліктологічної компетентності набуває для фахівців медичної галузі. Не визначені відмінності конфліктологічної компетентності в медичній сфері від загальної конфліктної компетентності особистості фахівця. Дискусійними є питання формування високого рівня конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі з метою забезпечення ефективної професійної діяльності в повсякденних і екстремальних умовах, зокрема при пандеміях. Недостатньо



розроблені теоретичні підходи та конкретні способи формування конфліктологічної компетентності в професійній сфері. Все це робить актуальним дослідження розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі з позиції соціальної психології.

Виявлено, що конфліктологічна компетентність фахівців медичної галузі визначається як інтегральна якість особистості і інтегральна когнітивна здатність, яка визначає темп формування та напрямки розвитку ситуації конфлікту, форми поведінки в конфліктній взаємодії і результати конфлікту.

Конфліктологічна компетентність фахівців медичної галузі має складну структуру і включає когнітивний, мотиваційний та регулятивний компоненти, які комплексно реалізують превентивну, прогностичну, конструктивну, рефлексивну та корекційну функції (О. Денисов, А. Деркач, В. Зазикін, М. Кашапов та ін.).

В рамках процесуального підходу до конфлікту конфліктологічна компетентність виступає як базова індивідуально-психологічна детермінанта, що модерує (прискорює або уповільнює) розвиток конфлікту (М. Бендюков).

Теоретичний аналіз показав, що більшість дослідників вважають конфліктологічну компетентність необхідною складовою частиною професійної компетентності, проте, не виділяють конфліктологічну компетентність професіонала як особливий вид компетентності, що дозволяє ефективно вирішувати конфлікти у професійній сфері. У дослідженні ми дотримуємося уявлення про те, що конфліктологічна компетентність фахівця-медика суттєво відрізняється від конфліктної компетентності, сформованій поза професійної діяльності на основі загального досвіду соціального життя.

Структура конфліктологічна компетентність фахівця-медика, яка дозволяє ефективно вирішувати професійні конфлікти включає не тільки особливості особистості, а й здатність до рефлексії професійних ситуацій на надситуативному рівні (системне мислення) на основі метакогнітивних стратегій контролю, регулювання та моніторингу процесів оцінки конфліктних ситуацій і, на цій основі, вибору копінг-стратегій і типів реагування у конфлікті, а також сформованість навичок саморегуляції стану.

Аналіз робіт, присвячених формуванню конфліктологічної компетентності, дозволив визначити основні завдання програми розвитку конфліктологічна компетентність фахівця-медика: оволодіння знаннями про специфіку і ознаки конфліктів в медичній сфері, причини їх виникнення, динаміку та можливості вирішення; розвиток здатності до репрезентації проблемної ситуації, яка відповідає системній складності обставин, що об'єктивно у медичній сфері; розвиток метакогнітивних стратегій контролю і регулювання процесу осмислення потенційно конфліктних ситуацій, що відрізняються низькою когнітивною проникністю; розвиток навичок саморегуляції стану, тобто здібності гнучко реагувати на вимоги

професійного медичного середовища з метою підтримки рівня активації, оптимального для вирішення завдань у проблемно-конфліктних ситуаціях професійної медичної діяльності; формування навички надситуативного аналізу конфліктної проблемності (системне мислення) на всіх етапах професійного конфлікту; підвищення суб'єктивної доступності системного мислення, метакогнітивного моніторингу та навичок саморегуляції стану в актуальній проблемній ситуації професійної медичної діяльності.

Конфліктологічна компетентність фахівця медичної галузі являє собою складне психічне утворення і інтегральну якість особистості, яке забезпечує успішне розпізнавання, ефективну поведінку і оптимальне розв'язання професійних конфліктів в медичній сфері. Конфліктологічна компетентність фахівця медичної галузі є особливим видом компетентності та не зводиться до конфліктної компетентності особистості, сформованій на основі загального досвіду соціального життя. Конфліктна компетентність професіонала виступає як важлива індивідуально-психологічна детермінанта-модератор, що визначає темп формування, напрямки ескалації, форми поведінки і результати професійного конфлікту в медичній сфері. Конфліктологічна компетентність фахівця медичної галузі характеризується високою суб'єктивною доступністю ефективних для успішного вирішення професійного конфлікту типів реагування у конфлікті. В результаті програми тренінгових заходів розвитку конфліктологічної компетентності фахівців-медиків відбулися такі зміни: встановлено, що найбільш доступним типом реагування на конфліктну ситуацію виступає «оптимальне розв'язання», забезпечене когнітивно складними копінгамі «асертивні дії» і «маніпулятивні дії», а також соціально орієнтованими копінгамі «вступ до соціального контакту» і «пошук соціальної підтримки»; тип реагування на конфлікт «оптимальне розв'язання» забезпечується метакогнітивними процесами контролю і моніторингу когнітивної діяльності, що спільно з копінгом «обережні дії» і поведінкою, властивою гіпертимному типу особистості фахівця-медика, свідчить про високу доступність рефлексивних процесів і розумових стратегій поведінки, які спрямовані на оптимальне розв'язання професійного конфлікту в медичній сфері. Підтверджено гіпотезу про те, що конфліктологічна компетентність фахівця медичної галузі може бути сформована в результаті практико-орієнтованого навчання та тренінгу. Отримані результати доводять, що розроблена в ході дослідження програма розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі, яка складається з інформаційного, рефлексивного блоків і блоку розвитку навичок довільної саморегуляції стану, може бути використана як модель для розвитку конфліктологічної компетентності фахівців-медиків.

### Список використаної літератури

1. Жигаренко І.Є., Новицька Л.В. До питання подолання міжособистісних конфліктів як засобу психопрофілактики афективних розладів особистості. *Virtus: Scientific Journal. Series: Philosophy. Psychology.*

*Pedagogy*. Issue 11. Canada: Center of modern pedagogy «Learning without Frontiers», 2017. С. 57 – 59.

2. Ковальчук З.Я. Особистісний та рольовий аспекти професійного спілкування. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Т. 11. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 7. Ч. 1. Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2014. С. 443 – 451.

3. Комар Т.В. Становлення професійної зрілості фахівця соціономічного профілю: [монографія]. Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2016. 401 с.

4. Попович І.С. Вплив соціально-психологічних очікувань на професійне зростання та професійне здоров'я фахівців. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного ун-ту імені В. Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ імені В. Даля, 2018. № 2 (46). С. 129 – 139.

**Заїка О.А.**

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ**

Проблема дитячих церебральних паралічів є однією з актуальних проблем дитячої ортопедії та невропатології. Соціальна значущість цієї проблеми настільки велика, що цілком закономірним є все більш зростаючий до неї. Дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що призводить не лише до рухових порушень, але і викликає затримку або патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху і т. д.

Основне значення в походженні дитячого церебрального паралічу до 60-х рр. 20 ст. приділялося внутрішньоутробній гіпоксії, асфіксії при пологах, механічній родовій травмі, крововиливу в мозок. З 60 - 70-х рр. стає все більш чіткою роль внутрішньоутробних нейроінфекцій в походженні церебральної патології плоду. Найбільшу актуальність проблема дитячого церебрального паралічу отримала за останнє десятиліття, оскільки захворювання це стало зустрічатися значно частіше. Нині частіші випадки народження дітей з ДЦП. На сьогодні, тяжкість інвалідизації у 20-35% хворих виявляється настільки значною, що вони не обслуговують себе, не пересуваються, та не здібні навчатися. Важливість цієї проблеми визначається зростаючою поширеністю та соціальною значущістю захворювання, що спричиняє за собою тяжку інвалідизацію. До вивчення цієї патології прикована увага багатьох учених не лише у нас, але і за кордоном. Спостереження останніх років показали, що комплексне, систематичне лікування може значно знизити ступінь інвалідизації дитини або навіть зовсім усунути її. Усе більш зростаючі можливості в лікуванні хворих ДЦП

та особливої актуальності, набуває ця проблема у зв'язку з тим, що вона стосується дітей [1].

Основні задачі фізичної реабілітації хворих з ДЦП полягають у нормалізації, безумовно, рефлекторної рухової діяльності, тону м'язів, зниженні рефлекторної збудливості рухового апарату, нормалізації м'язового почуття, боротьбі з порочними руховими стереотипами, стимуляції деяких стато-кінетичних рефлексів, нормалізації довільних рухів в суглобах верхніх та нижніх кінцівок. Надалі включаються вправи, що сприяють зміцненню паретичних м'язів та розвитку замісної функції за рахунок м'язів-синергістів, стабілізації положення тулуба, навчанню сидінню, стоянню навколішки і ногах, ходьбі [2].

Проте основною лімітуючою ланкою вже існуючих стандартних методів є явне обмеження спектру рухових якостей, що пов'язане з відсутністю здійснення самостійних рухових актів у вертикальному положенні, що загалом і заважає максимальній реалізації оздоровлення дитини [3, 4].

Можливості відновлювального лікування хворих з дитячим церебральним паралічем останніми роками розширилися за рахунок впровадження нових сучасних технологій. Останнє десятиліття, вкупі з традиційними методами лікування, дітям з ДЦП застосовується одна з сучасних відновлювальних методик лікування - метамерне обколювання церебролізином за методикою Скворцова-Осипенко. Цей метод ґрунтується на захопленні та піноцитозі введених речовин нервовими закінченнями вегетативних клітин. Один курс лікування складається з 5 обколювань, за яких використовується, переважно, церебролізін, рідше актовегін.

Описана методика застосовується в комплексі з лікувальною гімнастикою, загальним, диференційованим та крапковим масажем. Останнім часом при спастичних формах ДЦП стали використовувати склеромірний масаж. Цей метод ґрунтується на тому, що при масажі окістя в ній виробляються антагоністи "субстанції Р" - ендорфіни, аналоги морфію, які блокують больову чутливість, зменшують потік больових імпульсів до спинного мозку, знижують тонічну активність нейронів, а потім і спастичність м'язів.

За останні 10 років обколювання церебролізином за методикою Скворцова-Осипенко отримали 737 дітей з руховими та психомовними порушеннями (70 % з них склали діти з ДЦП). Було помічено, що найкращі результати досягалися при ранній постановці діагнозу (до 1 року - 27 %) і, відповідно, рано початому лікуванні (до 6 міс. - 3 %, до 2 міс. - 16 %). У більшості досліджуваних дітей постановка діагнозу ДЦП та оформлення на інвалідність відзначалися у віці від 1 року до 3 років (55 %). Слід вказати і на пізніє включення в комплекс реабілітаційних заходів методу метамерного обколювання, переважно у 3-7 років, що позначилося на результатах і темпах

лікування. У таких дітей повільніше відновлювалися рухові функції, мова і, отже, більшою мірою обмежувалося соціальне спілкування та самообслуговування.

На момент дослідження діти знаходилися на різних курсах лікування. Поступово, зі збільшення курсів, спостерігалось повільне зниження темпів відновлення рухових та інтелектуальних функцій. Залежно від форми ДЦП, були відмінності в структурності і темпах відновлення порушених функцій. Найменші результати лікування були досягнуті при найбільш важкій формі - подвійній гемиплегії. У таких дітей на першому етапі реабілітації вдалося досягнути деякого зменшення спастичності, кращої фіксації голови, розуміння зверненої мови, поступово збільшувався об'єм рухів в руках. На другому етапі багато хто з них намагався з підтримкою сидіти, стояти, ходити, тобто йшло переважне відновлення великої моторики.

Таким чином, за даними проведеного дослідження, метод метамерного обколювання дозволяє досягнути часткового клінічного ефекту в 95 % випадків. Ефективність методу залежить від терміну постановки діагнозу, початку лікування, форми ДЦП, регулярності курсів, що проводяться. Застосування нових методик відновлювального лікування в комплексі з традиційними дозволяє знизити міру інвалідизації дітей, аж до набування ними навичок самообслуговування, соціальної адаптації та допомагає значно поліпшити якість життя.

Упродовж багатьох років в структурі неврологічної захворюваності перше місце займає ДЦП (39,6 %), причому за останні 7 років ця патологія зросла більш ніж в 2 рази. Нами були проаналізовані анамнестичні, клінічні дані та результати лікування 100 дітей з ДЦП за методикою Скворцова-Осипенко. Віковий склад досліджуваних дітей знаходився в інтервалі від 10 місяців до 13 років. Хлопчиків було дещо більше (52 %), ніж дівчаток (48 %). У структурі ДЦП переважали спастична диплегія (30 %), геміпаретична форма (29 %) і подвійна геміплегія (28 %), рідко зустрічалися атонічно-астатична (2 %) та гіперкінетична (1 %) форми. При аналізі навичок самообслуговування було виявлено, що після проходження курсу реабілітації в експериментальній групі діти поліпшили свої навички самообслуговування на 25%, а в контрольній групі - тільки на 13% [5].

### **Список використаної літератури**

1. Гончарова М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Л. : Медицина, 1994. – 207 с.
2. Блюмберг Г.С. Изменения клинико-электрофизиологических показателей у больных детским церебральным параличом при воздействии СМТ-терапии на центральные структуры / Блюмберг Г.С, Григорьева Н.С, Резникова Е.И. – 1988. – С. 174–176 с.

3. Айзиков Г.С. Лечебная физкультура при паралитических заболеваниях у детей / Айзиков Г.С., Манович З.Х. – М. : Медицина, 1993. – 208 с.
4. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи / Бадалян Л.О., Журба Л.Т. – К. : Здоровья, 1988. – 328 с.
5. Л.К. Дорофеева, А.К. Едомский, Н.Г. Федорова, О.П. Ламыкина. Мать и Дитя. – 2012. – С. 43-44.

**Коваленко В.О., Марійчин А.А., Кравченко Р.В.**

### **ПРОФЕСІЙНА МОБІЛЬНІСТЬ СПОРТСМЕНІВ-ПОЧАТКІВЦІВ**

Професійна мобільність спортсменів – складний і мало досліджуваний феномен. Вивчення зазначеного явища дозволить чіткіше проєктувати траєкторію кар'єрного шляху спортсменів, робити їх професійну діяльність більш успішною. Комунікативна компетентність є невід'ємною складовою професійної мобільності спортсменів, що є показником їх адаптованості до навколишнього середовища, конкурентноспроможності у сучасному суспільстві. Сутність комунікативної компетентності полягає у швидкому реагуванні на зміну навколишніх чинників та адекватну реакцію на них, системне та логічне цілепокладання, всебічний розвиток та удосконалення психологічних властивостей особистості. Тому постає необхідність емпіричного вивчення структурно-функціональних взаємозв'язків між складовими комунікативної компетентності спортсменів.

Розроблені нами складові комунікативної компетентності, а також структурно-функціональні взаємозв'язки між ними визначалась за допомогою статистичної процедури, яка також є експлораторною за своїм призначенням, а саме за допомогою лінійного аналізу головних компонент. Показники усіх психологічних методик були включені до зазначеної статистичної процедури, що спрямована на визначення структурно-функціональних взаємовідносин між складовими певного явища. Нами було застосовано метод головних компонент, який виявляє  $k$  компонент — факторів, що пояснюють усю дисперсію й кореляції вихідних  $k$  випадкових величин; при цьому компоненти шикуються за порядком спадання частки, що пояснюється ними, сумарної дисперсії вихідних величин, що дозволяє найчастіше обмежитися декількома першими компонентами (2003). Оптимальне число компонент для компонентної моделі визначалось за допомогою набору критеріїв, що наведені нижче. Також визначалась частка загальної дисперсії, яку пояснювала кожна із компонент моделі. Значення Критерію адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна ( $KMO = 0,534$ ) та тесту Бартлетта ( $p < 0,001$ ) задовольняли вимогам до методу головних

компонентів. Усі змінні характеризувалися значеннями даного критерію більшими, ніж 0,500, тим самим підтверджуючи правомірність їх включення до аналізу.

Аналіз методом головних компонент показав, що власними значеннями більшими за 1 характеризуються перші 11 компонент (до обертання). Ці компоненти характеризуються власними значеннями в діапазоні від 4,531 до 1,010. Зміни в послідовному ряді власних значень були несуттєвими після 7-ї компоненти, це виходить з такого правила зупинки для аналізу головних компонент як критерію «каменистого осипу» (1993). Наочно лінійний графік власних значень, отриманих при аналізі головних компонент наведено на рисунку 1. Компонентна модель, що складалась із сімох складових і на якій ми зупинилися для подальшого аналізу, пояснювала 54,953% дисперсії. Отже, суттєву частку інформації, що міститься у наборі параметрів психологічних методик буде збережено.

Розподіл дисперсії за головними компонентами відбувався наступним чином: 1-а компонентна пояснювала 13,326% загальної дисперсії даних, 2-а компонента – відповідно 10,992%, 3-я компонентна – 10,166%, 4-а компонента – 5,987%, 5-а фактор – 5,450%, 6-а компонента – 5,006%, і наостанок, 7-а компонента – 4,026%.

Таким чином, чим більш релевантною є самооцінка власних комунікативних навичок до вимог соціального середовища гірськолижників, тим меншою є їхня необхідність досягнути високого обсягу комунікативної взаємодії в малих групах, адже досліджені спортсмени при адаптованій комунікативній самооцінці вже добре знайомі одне з одним та не намагаються емоційно з'ясовувати стосунки. Очевидно, що основна взаємодія відбувається у них у той зоні, що залишилась – в зоні контролю. Адже включення має на увазі такі поняття, як взаємини між людьми, увагу, визнання, популярність, схвалення, індивідуальність і інтерес. Афект включає в себе сильні емоційні прихильності до окремих людей, тоді як сутність контролю є домінування (2002).

З іншого боку, асертивність міцно пов'язана із комунікативним самоконтролем та комунікативним домінуванням. Очевидно, що для реалізації асертивної поведінки у спілкуванні необхідні зазначені складові. На нашу думку вони відповідають певним вимірам асертивності. Ми цілком згодні з Л.О. Ніколаєвим (2016), що асертивність – це центральна властивість особистості, ядром якої виступає впевненість, позитивна оцінка індивідом власних навичок і здібностей як достатніх для досягнення значущих для нього цілей і задоволення його потреб. Це полікомпонентне особистісне утворення, що має різні, множинні внутрішні і зовнішні форми прояву і включає основні поведінкові, емоційні і когнітивні характеристики впевненої в собі людини. Також видається можливим констатувати, що в даний час асертивність можна розглядати як почуття, стан, якість та (або) властивість

особистості. М. Лорр та В. Мор (1980) виділили чотири виміри асертивності: директивність, соціальна напористість, захист власних інтересів та незалежність. Перші два виміри ми схильні розглядати як прояви такої компоненти комунікативної компетентності як комунікативне домінування, останні два виміри – як прояви такої компоненти комунікативної компетентності як комунікативний самоконтроль.

Отже, визначено структуру комунікативної компетентності спортсменів-гірськолижників, яка містить сім компонентів «Подолання комунікативних труднощів», «Адаптивна комунікативна самооцінка», «Обсяг комунікативної взаємодії», «Асертивність». «Комунікативне пристосування» «Комунікативне домінування», «Комунікативний самоконтроль». Показано, що функціональні відношення між цими складовими розкривають два аспекти комунікативної компетентності спортсменів. По-перше, розкрито динаміку розвитку комунікативної взаємодії в процесі адаптації в малих групах, де взаємодія від зон включення та афекту у кінцевому підсумку концентрується в зоні контролю, де відбувається основна комунікативна взаємодія. По-друге, показано, що комунікативне домінування та комунікативний самоконтроль виступають проявами такої компоненти комунікативної компетентності спортсменів-гірськолижників як асертивність.

#### Список використаної літератури

1. Ермолаев О. Ю. Математическая статистика для психологов. М: МПСИ, Флинта, 2002. 336 с.
2. Ільїна Ю. Ю. Адаптивність особистості як умова перцептивно-інтерактивної компетентності. *Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави»* <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/7709>.
3. Калинина В. Н., Соловьев В. И. Введение в многомерный статистический анализ: Учебное пособие / ГУУ. М., 2003. 66 с.
4. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 1984, 335 с.
5. Марійчин А. А. Емпіричне дослідження особливостей впливу комунікативної компетентності на професійну мобільність спортсменів // *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. Збірник наукових праць*, № 2 (55), 2021, С.113-121.



## КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ

Проблему реабілітації осіб з депресивними розладами слід віднести до розряду питань, які завжди зберігали і зберігатимуть свою значущість. Проте в кризові періоди розвитку суспільства завдання реабілітації суттєво ускладнюються внаслідок зростання невизначеності перспектив суспільного розвитку, на тлі яких проектується життєвий шлях кожної конкретної особистості, а також руйнації системи старих соціально-типових сценаріїв життєвого шляху, якими озброюється суб'єкт у процесі соціалізації. Тому актуальність проблеми розвитку реабілітаційного потенціалу загострюється нині ще й нестабільністю соціальної ситуації розвитку особистості в умовах сучасної України.

Прагнення людини до прогнозування та планування свого власного майбутнього з прадавніх часів породжувало і попит на відповідні соціально-психологічні методи допомоги їй у розв'язанні цих завдань. Науковий підхід до надання допомоги особистості у сфері реабілітації тривалий час спеціально не розроблявся.

Проте сьогодні ситуація починає суттєво змінюватись, і вказана прогалина починає активно заповнюватись психологами, в контексті яких чітко усвідомлена проспективна спрямованість структурування життєвого шляху людини.

Вивчення феномену реабілітації як універсальної складової будь-якої діяльності вивело дослідників і на вивчення реабілітації в структурі такого різновиду діяльності, як життєдіяльність, де основним змістом реабілітації є життєвий шлях особистості.

Окрім того, в психології стрімко формується арсенал дослідницьких та психодіагностичних методик та методів корекції й розвитку психічних функцій. Все це створює нові можливості для пошуку шляхів дослідження процесу реабілітації особистості в умовах сучасного соціуму.

Науково-психологічне вивчення проблеми реабілітації особистості в умовах сучасного соціуму дає змогу зробити новий крок у опрацюванні методів соціально-психологічної допомоги у сфері прогнозування та проектування життєвого шляху. Отримані дані можуть набути широкого застосування в практичній психології особистості.

Методологічною основою дослідження слугували загальнонаукова методологія системного аналізу, філософська та психологічна концепції життєтворчості, психологічна концепція реабілітації, теорія і методологія психосемантичного підходу, концепції психологічного консультування та біографічного тренінгу. Методи дослідження полягали у теоретичному аналізі

наукової літератури з відповідних питань, узагальненні існуючих результатів, побудові концептуальної моделі реабілітації особистості в умовах сучасного соціуму, розробка експериментальних методик спиралась на дослідження особистості, опитування та інтерв'ювання. Статистичний аналіз здійснювався на базі Microsoft Excel.

Актуальність проблеми депресій обумовлена великою їх поширеністю і тяжкістю наслідків. Згідно з даними ВООЗ, приблизно 4-5% населення земної кулі страждає депресіями, при цьому ризик захворіти на депресію протягом життя досягає 10% у чоловіків і до 20% у жінок. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресія вийде на перше місце серед захворювань в світі, обігнавши сьгоднішніх лідерів - інфекційні та серцево-судинні захворювання (Аршава І.Ф., 2019). Депресія є хронічним рецидивуючим захворюванням, причому повторні епізоди виникають приблизно у 60 % хворих (Корнієнко В.В., 2011).

Медико-соціальні наслідки депресій різноманітні і важкі. До них відносяться: високий суїцидальний ризик, порушення адаптаційних можливостей пацієнтів, зниження професійного статусу, розпад сім'ї, інвалідність, втрата соціальних зв'язків і зниження якості життя в цілому (Корнієнко В.В., 2011).

Депресія є провідною причиною інвалідності та займає четверте місце за рівнем матеріального збитку, що наноситься суспільству. При цьому значна частина цих витрат пов'язана з тимчасовою і постійною непрацездатністю. Так, за даними фармако-економічних досліджень, в США щорічний збиток від депресії оцінюється приблизно в 83 млрд. доларів, а в країнах Євросоюзу - в 75 млрд. Євро. Найбільші економічні втрати обумовлені відсутністю пацієнта на робочому місці або зниженням через наявність депресії продуктивності праці, незважаючи на формальне присутність працівника. В результаті депресії втрачається в середньому 27 робочих днів на одного працівника в рік .

Відомо, що раннє виявлення депресій і своєчасний початок лікування істотно покращує результат терапевтичного втручання. І, навпаки, тривале перебування в хворобливому стані сприяє хроніфікації патологічного процесу, підвищує ризик розвитку повторних депресивних епізодів в подальшому і помітно погіршує прогноз захворювання в цілому. Депресія - гетерогенне захворювання, що вимагає лікування не тільки емоційних симптомів, а й відновлення соціального функціонування та якості життя пацієнтів. Відомо, що, незважаючи на виражене поліпшення стану хворих в результаті терапії, більше 50% пролікованих пацієнтів все ще відзначають значно зниження якості життя. Тому увага до повного функціонального відновлення пацієнта дає йому шанс на поліпшення повсякденного життя.

У зв'язку з цим, великого значення набувають реабілітаційні заходи, що мають на меті реадаптацію і реінтеграцію пацієнтів, і пов'язані з ними,

реабілітаційні можливості особистості пацієнта. Реабілітаційний потенціал - це можливості хворої людини за сприяння реабілітаційних служб і суспільства в цілому приводити біологічні та соціально-психологічні резерви до мобілізації реституційних, компенсаторних і адаптивних процесів і інших механізмів, що лежать в основі відновлення його порушеного здоров'я, працездатності, особистого статусу і становища в суспільстві.

Важливою складовою реабілітаційного потенціалу є його психологічна складова (психологічний реабілітаційний потенціал - ПРП), яку можна визначити як комплекс індивідуально - психологічних особливостей особистості (когнітивних, мотиваційних, емоційних і ін.), А також соціально-психологічних факторів, які є основним джерелом, що сприяє реадaptaції і ресоціалізації пацієнта в результаті виникнення і розвитку хронічного захворювання. ПРП пацієнтів з депресивними розладами дає можливість визначити ресурси особистості для реалізації як психологічної, так і комплексної медико-соціальної реабілітації.

З науково-дослідної та практичної точок зору на даному етапі розвитку психологічної науки має велике значення проведення досліджень не стільки окремих складових ПРП, скільки побудова єдиної, цілісної моделі розуміння природи і змісту факторів, що мають фундаментальне значення для формування і подальшого розвитку реабілітаційного потенціалу пацієнтів з депресивними розладами. У зв'язку з цим при вивченні ПРП одним з найважливіших аспектів є багаторівневий розгляд процесу адаптації. Процес адаптації є універсальним механізмом, які забезпечують повноцінне функціонування особистості в середовищі, і розглядається в сучасній психології як «динамічний процес пристосування організму до нових умов існування».

Існує безліч робіт, присвячених вивченню процесу адаптації, в яких приділяється увага закономірностям філогенетичного формування механізмів регуляції в процесі адаптації, спробі обумовити процес адаптації соціальними відносинами, індивідуальними особливостями особистості, що реалізує власну суб'єктність. Також виділяються психологічні механізми, в фокусі вивчення яких розглядаються не тільки інтер-, але і інтраспрямовані тенденції, що опосередковують процес адаптації і впливають на ефективність діяльності особистості. Активно ведуться дослідження захисних механізмів і копінг-ресурсів особистості і їх ролі в формуванні успішного впораття зі стресом поведінки. При розгляді проблем адаптації людини в деяких дослідженнях доводиться, що здатність до адаптації є не тільки індивідуальною, а й особистісною якістю. Існує ряд робіт, в яких вивчалася роль психологічних резервів особистості, як в подоланні соматичних захворювань.

В останні десятиліття стає все більш актуальною задача визначення механізмів саморегуляції психічної діяльності в нормі і патології, ресурсів

організму людини і його особистості для успішного подолання наслідків різних захворювань, збереження або підвищення здатності до виконання різних видів діяльності. Однак залишається відкритим питання про індивідуальну специфіку, яка визначає межі потенційних внутрішніх змін особистості, пов'язаних з характером хвороби, в рамках якої можлива адаптація конкретної особистості. Невивченими залишаються психологічні чинники, пов'язані з особливостями перебігу хвороби, що сприяють продовженню періодів ремісії і зниження ризику рецидиву хвороби. Все вищезазначене надає як теоретичну, так і практичну актуальність проблеми психологічного реабілітаційного потенціалу та необхідності його активізації в ситуації хвороби.

Встановлені диференційовані патопсихологічні особливості хворих на депресивні розлади різного генезу, які негативно впливали на ПРП та полягали в наявності емоційних дисфункцій: а) у пацієнтів з невротичними депресіями: наявність легкого рівню депресії, переважання фобічної та ажитованої форм депресивного розладу, прояв obsесивно-компульсивних, вегетативних та серцево-судинних симптомів, психічної тривоги, почуття страху, травневих порушень та іпохондрії. б) у пацієнтів з органічними депресіями: переважання легкого та помірного рівню депресії, домінування соматизованої форми депресивного розладу, прояви соматичних та серцево-судинних симптомів, соматичної тривоги, раннього пробудження та інтелектуальних порушень. в) у пацієнтів з ендогенними депресіями: переважання помірного та тяжкого рівню депресії, домінування адинамічної форми депресивного розладу, прояви загальмованості, напруженості, наявності добових коливань, втрати ваги, почуття провини та суїцидальних намірів, а також респіраторних, травневих та сечостатеєвих симптомів.

Сформульовані диференційовані принципи психологічної реабілітації з урахуванням особливостей ПРП пацієнтів з депресивними розладами, розроблено та апробовано комплексну диференційовану програму реабілітації, за допомогою якої реалізується комплексний підхід до реабілітації із застосуванням інтеграції психотерапевтичних методів (поєднання арт-терапії, мотиваційної, когнітивно-поведінкової, екзистенціальної психотерапії та тренінгів життєстійкості, когнітивних та соціальних навичок). Програма реалізується поетапно (підготовчий, патогенетичний, адаптаційний та психопрофілактичний етапи) та передбачає поєднання індивідуальних та групових форм роботи в стаціонарному та амбулаторному режимах. Мішенями психологічного впливу були обрані п'ять основних факторів, що визначали рівень ПРП: адаптаційні можливості пацієнта, особливості ціннісно-мотиваційної сфери, особистісні особливості, наявність емоційних та когнітивних порушень та особливості міжособистісних комунікацій. За результатами апробації комплексної диференційованої програми реабілітації пацієнтів з депресивними розладами,

підтверджено її високу ефективність в порівнянні з традиційними методами лікування даної патології.

### **Список використаної літератури**

1. Kornienko V. Influence of personal and pathopsychological characteristics on adaptation possibilities of patients with depression in the process of medical-psychological rehabilitation. *Psykhologichni aspekty zdorov'ya ta khvoroby* [monographia] / I. Arshava, V. Kornienko, A. Baratynska. Rīga : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2019. Vol. S. 25-28.

2. Корнієнко В.В. Проблема формування особистості осіб з фізичними вадами. *Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України* / [за ред. С.Д. Максименка]. К. : Логос, 2011. Т. 12, Ч.2. С. 244 –252.

3. Корнієнко В.В. Про ефективність засобів соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату з орієнтацією на гармонізацію «образу-Я». *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2011. Вип.14. С. 381 – 394.

**Коротенко Д.О., Чала Т.І.**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ: АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ**

Дуже важливою складовою фізичної реабілітації є технічне забезпечення. Винайдення та запровадження сучасних засобів реабілітації значно підвищує ефективність реабілітаційних заходів. Регулярно оновлюючи свої знання про сучасне забезпечення та нові методи реабілітації, реабілітолог може досягнути максимальної ефективності, та подарувати людям більш швидке відновлення, або відчутніше полегшити їх життєдіяльність за рахунок сучасного технічного засобу.

Реабілітація перш за все направлена на максимально можливе відновлення тих чи інших раніше втрачених функцій результаті травми, або будь якого каліцтва. Держава наразі максимально зацікавлена в поверненні працездатності людям.

В Україні кількість осіб з обмеженими фізичними можливостями, які потребують соціального захисту і визнані інвалідами у встановленому порядку, постійно зростає і нині становить понад 2,8 млн громадян. У загальній структурі інвалідності дорослі та діти з вадами та захворюваннями опорно-рухової системи складають понад 0,5 млн осіб [1]. З метою вдосконалення системи соціального захисту цієї категорії населення в

Україні протягом 2000–2012 рр. було прийнято цілу низку нормативно-правових актів та документів різного рівня затвердження, в яких визначено комплекс заходів, спрямованих на захист здоров'я, прав, інтересів інвалідів та їх інтеграції з суспільством. Реабілітація людей з обмеженими можливостями, це важливий для держави процес. За державний кошт розроблюються нові методи та системи, які допомогли б повернути людині максимальну працездатність.

Та все ж не тільки люди з обмеженими можливостями потребують цього. Професіональні спортсмени також потребують особливого відношення. Задля досягнення максимальних результатів, ними використовуються чітко прописані схеми тренувань та дієти, які зможуть надати найвищу ефективність.

У зв'язку із стрімким розвитком пауерліфтингу в Україні в останні роки спостерігається необхідність розробки нових методичних напрямків для створення ефективної системи тренування, до якої б увійшли кращі теоретичні та практичні досягнення. Система підготовки кожного спортсмена високого класу унікальна. Поряд із загальними положеннями, у ній, як правило, використовуються оригінальні підходи при підборі вправ, тренажерів, у методиці їх використання, у розробці програм тренувань, організації раціонального харчування [2].

Досягнення високих спортивних показників у пауерліфтингу, як і у інших видах спорту, можливе тільки при умові систематичних занять, які вимагають від спортсмена максимальних зусиль, і здебільшого є граничними для його можливостей, спрямованих на всебічний розвиток фізичних, вольових якостей, прагнення до постійного вдосконалення техніки виконання змагальних вправ. Таким чином виникає проблема пошуку такої системи навантажень, яка б забезпечила досягнення високого результату з одного боку, та попередила початкові прояви патологічного процесу організму з іншого боку [3].

Таким чином ми можемо сказати про те що засоби і методи фізичної реабілітації, це прогресивний та потрібний напрямок. Розвиненням цієї галузі ми зможемо покращити рівень життя населення з певними вадами. Також на мою думку, з використанням сучасного обладнання, та збалансованих схем тренування, в купі з правильно побудованим харчуванням, стане реально покращити життя та показники спортсменів, що в свою чергу може вигідно вплинути на імідж держави.

### **Список використаної літератури**

1. Мельник С., Гаврюшенко Г., Коропець П. та ін. Праця та зайнятість осіб з інвалідністю в Україні. – К. : Національна доповідь, 2008. – 200 с.

2. Заціорский В.М. Методика навчання сили // Фізичні якості спортсмена. – М. : ФиС, 1970. - С. 8-75

3. Шалда С.В. Фізична реабілітація поперекових болей хребта спортсменів силових видів спорту / С.В. Шалда // Реалізація здорового способу життя – сучасні підходи : Монографія / За заг. ред. М. Лук'яченка, А. Матвеева, А. Подольски, Ю. Шкрєбтія – Дрогобич: КОЛО, 2007. – 445с.

**Кривобогова Н.П., Мірошникова Н.С.**

## **ПОЗИТИВНА ДІЯ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧОГО ТУРИЗМУ НА ФІЗИЧНИЙ СТАН СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Навчально-виховний процес у вищому навчальному закладі передбачає не тільки навчання, але й оздоровлення студентів. Сьогодні обсяги освітніх програм характеризуються неможливістю повноцінного засвоєння студентами матеріалу, який все зростає. Це негативно впливає як на творчі здібності, так і фізичний стан студентської молоді.

Необхідною умовою зміцнення здоров'я є підтримання організму на високому функціональному рівні. Спортивно-оздоровчий туризм – це не тільки специфічний вид оздоровчої діяльності, а і засіб ефективної реалізації формування здорового способу життя.

Постановка проблеми. Актуальність досліджуваної теми є в тому, що зважаючи на зниження рівня життя, погіршення екологічних умов, скорочення медичних, соціальних державних програм на перший план стає проблема фізичного здоров'я сучасної молоді, так як оволодіння вищою освітою можливе лише за умови достатньо високого рівня здоров'я студента.

На жаль, останнім часом, спостерігається стійке погіршення стану здоров'я населення, зокрема молоді. Спостерігається і зменшення кількості студентів основної групи заняття фізкультурою з 70,2 до 64%. Знищення рівня здоров'я у студентської молоді є наслідком значного психоемоційного навантаження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній педагогічній науці фізичному вихованню приділяється велика увага як одному з пріоритетних напрямів розвитку вищої освіти. На її розв'язанні наголошують державні програми «Освіта», Закони України «Про освіту», «Про фізичну культуру». І все ж, по даним органу ООН, Україна, по індексу людського розвитку за 2020 рік займає 79 позицію серед 189 країн. Науковці опублікували багато робіт на тему туризму. В публікаціях А. Булашева відмічається, що систематичне заняття туризмом позитивно впливають на формування морально-духовної зрілості особистості. Дослідники Ю. Грабовський, В. Дехтяр доводять, що туристичні походи усувають психічне напруження особистості. Колотуха О.В. вважає, що здоров'я

людини значною мірою залежить від обсягу її знань і практичних умінь в процесі використання оздоровчих сил природи.

Мета роботи – теоретичне дослідження і обґрунтування впливу занять туризмом, як засобу фізичної активності студентів.

Виклад основного матеріалу. Усвідомлення значущості збереження і підтримання власного здоров'я повинно прийти до майбутнього фахівця ще в студентські роки. Важливо домогтися щоб кожен випускник був не тільки фахівцем у своїй області знань, але і людиною, яка володіє різного роду вміннями і навичками підтримки власного здоров'я і відновлення організму після напруженої розумової чи фізичної праці. Навчання в ЗВО вимагає від студентів значного розумового напруження, що в сукупності з іншими несприятливими факторами все частіше призводить до збільшення числа юнаків і дівчат, які мають серйозні відхилення в стані здоров'я. Це негативно впливають на творчі здібності та здоров'я студентів.

В комплексному підході до традиційних методів оздоровлення слід в першу чергу виділити загальний напрямок – дотримання здорового способу життя.

Здоровий спосіб життя – це діяльність, спрямована на формування, збереження та зміцнення здоров'я людей як необхідної умови для прогресивного розвитку суспільства в усіх його напрямках.

Оздоровча цінність туризму полягає у тому, що природа взаємодіє з людиною, виконуючи стосовно неї низку важливих функцій: реабілітаційну, психотерапевтичну, естетичну та пізнавальну. Довгочасність такої взаємодії загартовує людину та підвищує фізичну життєдіяльність організму. Водночас туристична діяльність проводиться за будь-яких погодних умов і для проходження маршруту вимагає фізичного та психологічного навантаження.

Спортивно-оздоровчий туризм передбачає подолання маршруту активним способом, тобто без використання транспортних засобів, покладаючись лише на власні сили, реалізуючи вміння і навички пересування пішки, на лижах, плавання на плотах і човнах, їзди на велосипеді тощо.

Заняття туризмом дають змогу виконувати норми здорового способу життя. Туризм передбачає активне життя студента: реалізація вміння і навички пересування пішки, на лижах, плавання на плотах, човнах. За допомогою турпоходів відбувається оздоровлення молоді шляхом зміни виду діяльності та дозованих фізичних навантажень. Таким чином, туризм підсилює та сприяє розвитку позитивних здібностей людини. Заняття туризмом дають можливість виховувати і вдосконалювати позитивні особисті якості молоді.

Здоровий спосіб життя передбачає знання і дотримання режиму навчання та відпочинку, правил харчування й особистої гігієни, визначення й обов'язкове виконання фізичних вправ, які забезпечують оптимальний



руховий режим, а також усвідомлення шкідливості вживання наркотиків, алкоголю, тютюну.

При цьому велике значення має правильний вибір індивідуальних оздоровчих систем або їхнє поєднання та практичне використання з метою зміцнення здоров'я.

Висновки. Впровадження спортивно-оздоровчого туризму в навчальну діяльність студентів забезпечить залучення якнайбільшої кількості молоді до активного пізнавального процесу і створить позитивне навчально-виховне середовище. Дотримання здорового способу життя впливає на формування, збереження та зміцнення здоров'я, сприяє інтелектуальному і духовному розвитку особистості, успішному навчанню.

Спортивно-оздоровчий туризм є могутнім засобом фізичного, естетичного, трудового, морально-етичного, патріотичного виховання студентської молоді.

### **Список використаної літератури**

1. Булашев А.Я. Спортивный туризм: учебник / А. Я. Булашев. – Харьков: ХГАФК, 2009. – 332 с.
2. Грабовський Ю.А. Спортивный туризм : навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту] / Ю. А. Грабовський, О. В. Скалій, Т.В. Скалій. – Тернопіль : Навчальна книга–Богдан, 2009. – 304 с.
3. Дехтяр В.Д. Основи оздоровчо-спортивного туризму : навч. посіб. для закл. освіти / В. Д. Дехтяр. – К. : Наук. світ, 2003. – 203 с.
4. Колотуха О.В. Спортивні рекреаційно-туристські ресурси України / О. В. Колотуха. – К. : Федерація спортивного туризму України, 2006. - 208 с.
5. Янович І.В. Спортивный туризм як фактор оздоровлення студентів // Янович І.В., Кривобогова Н.П. Матеріали ХІ Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Європи та Азії» // Збірник наукових праць. – Переяслав, 2021 р. –105 с

**Лук'янюк О.В.**

### **ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ І КРИТЕРІЇВ ДОТРИМАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В ПЕРІОД ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

На сьогоднішній день особливої актуальності набувають питання формування, збереження та зміцнення індивідуального здоров'я студентської молоді, оскільки від стану здоров'я молодого покоління країни залежить здоров'я нації.

Для формування здорового суспільства потрібно, щоб більшість його членів усвідомлювали ідеологію збереження здоров'я, а соціально-політична, наукова та освітянська еліта стала фундатором соціальних норм, призначених зберігати здоров'я [2, с.8].

Здоров'я – це індивідуальна й суспільна цінність. Немає важливішого загальнонаціонального завдання, ніж поліпшення здоров'я населення. Здоров'я населення треба розглядати як індикатор суспільних змін [2, с.17].

Збереження здоров'я, дотримання здорового способу життя вважається найбільш вагомим нормою загальної культури людини в цивілізованому суспільстві [2, с.33].

Однією з основних ознак здорового способу життя (далі – ЗСЖ) є висока фізична активність – рух.

Достатня рухова активність – одне з правил ЗСЖ та умова розвитку людини.

Рухова і фізична активність є винятково важливим, фундаментальним чинником формування, збереження, зміцнення здоров'я та розвитку людини, особливо в юнацькому віці. Завдяки здатності організму до саморегуляції відбувається його адаптація до змін зовнішнього середовища, організм стає стійкішим і життєздатнішим.

Варто зазначити, що рухова активність і форми її організації та реалізації продукують позитивний вплив на здоров'я людини лише за умови правильного їх сполучення з комплексом соціальних та економічних чинників життєдіяльності (харчування, відсутність шкідливих звичок, наявність ціннісних орієнтацій людей у сфері формування, збереження і зміцнення здоров'я).

Брак фізичної активності було визначено четвертим основним фактором ризику в оцінках рівня смертності у світі (причина 6% смертей в усьому світі). Трьома факторами, що його випереджають, є високий кров'яний тиск (13%), вживання тютюну (9%) і високий рівень глюкози в крові (6%). Надмірна вага та ожиріння відповідальні за 5% глобальної смертності [3].

Протягом 2019/2020 навчального року спостерігалось зниження рухової активності молоді. У 2020 році ситуація ускладнилась через введення карантинних заходів, спричинених значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19 [1].

2021/2022 навчальний рік не став винятком. З 23.09.2021 року, з метою запобігання поширення COVID-19, Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля розпочав навчальний процес дистанційно.

В умовах пандемії, яка триває вже другий рік, і дистанційного навчання студентство може переживати проблеми, пов'язані з фізичним та психічним здоров'ям.

Малорухомий, сидячий спосіб життя здобувача вищої освіти призводить до гіподинамії. Внаслідок чого відбувається негативний вплив на системи органів, опорно-руховий апарат, що впливає на психоемоційний стан організму.

Одним із основних шляхів досягнення максимально можливого здоров'я студентської молоді є формування здорового способу життя. Саме ЗСЖ – якісна передумова майбутньої самореалізації молодих людей, успішного навчання, продуктивної діяльності, творчої та суспільно-політичної активності. Здоровий спосіб життя можна розглядати як показник рівня сформованості культури здоров'я особистості, як ступінь усвідомленості людиною важливості дотримання певних правил і норм здоров'язбереження.

З цією метою було розроблено особистісно-орієнтований опитувальник «Паспорт здоров'я» для дослідження показників і критеріїв дотримання ЗСЖ.

Моніторинг дозволить встановити: сформованість рівня культури здоров'я; дотримання балансу праці та відпочинку; відповідність індексу маси тіла віковій нормі тощо.

Результати проведених досліджень повинні привернути увагу керівництва закладу вищої освіти щодо важливості збереження здоров'я здобувачів вищої освіти. А також визначити ключові сфери для вдосконалення фізичного виховання, стимулювання рухової активності студентської молоді, формування ціннісного ставлення здобувачів вищої освіти до власного фізичного здоров'я шляхом інтенсифікації оздоровчих занять фізичними вправами, що зменшить негативний вплив гіподинамії на організм та сприятиме зменшенню ризику розвитку неінфекційних захворювань, насамперед, серцево-судинних, у дорослому віці.

### **Список використаної літератури**

1. Про затвердження Рекомендацій щодо стратегічного розвитку фізичного виховання та спортивної підготовки серед учнівської молоді на період до 2025 року : Наказ М-ва освіти і науки України від 15 лют. 2021 р. № 194 // Сайт ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0194729-21#Text> (дата звернення: 06.11.2021)
2. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна: монографія. Київ: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. 536 с.
3. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ РОБОТИ ВИКЛАДАЧА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В УМОВАХ КАРАНТИНУ**

Карантинні заходи обмежують людину в «живому» спілкуванні, звичному для себе способі життя, але найвагомішою проблемою є обмеження рухової активності. Це найбільше відчуває юнацький організм, який потребує постійної динаміки, впливу ультрафіолетових променів, свіжого повітря тощо. Все це в комплексі ставить перед вчителем фізичної культури завдання – знаходити дієві шляхи у вирішенні складних питань дистанційного навчання [2].

Дистанційне навчання – це спосіб отримання освіти із використанням комп'ютерних та сучасних інформаційних технологій, що надає студентам змогу навчатися на відстані, без відриву від роботи та виїзду за кордон. Серед інших назв дистанційного навчання використовуються і такі, як «відкрита освіта», «електронна освіта», «віртуальне навчання» тощо [1, с. 10].

Вимушене дистанційне навчання стало викликом для всіх учасників освітнього процесу: студентів та викладачів. Як виявилось, зовсім не просто організувати якісне навчання з використанням новітніх інформаційних технологій, надихати й мотивувати здобувачів вищої освіти, давати раду технічним проблемам.

Для фахівців фізичного виховання це досить складне завдання, тому що виконання фізичних вправ самостійно потребує неабияких психологічних та фізичних зусиль студентів.

Дистанційна форма навчання передбачає собою доступ до мережі Інтернет, технічне забезпечення (комп'ютер, смартфон та ін.) здобувачів вищої освіти, а також спирається на знання і вміння викладачів користуватися сучасними гаджетами та програмами. Це справді не просте завдання – організувати онлайн-навчання [3, с. 344].

Із метою залучення студентської молоді до здорового способу життя, організації на уроках фізичного виховання нових видів спорту (фрізбі, workout, чирлідінг, хортинг та інших) проведено Всеукраїнський проект «Junior Z» для вчителів фізичної культури «Онлайн уроки з Junior Z» [2].

Проект реалізовано за підтримки Міністерства освіти та науки України (Меморандум про співпрацю з МОН від 27.12.2018), Комітету з фізичного виховання та спорту МОН України, НДУ «Інститут модернізації змісту освіти», Спортивного комітету України, численних національних федерацій з різних видів спорту.

Під час організації дистанційного навчання викладачу необхідно враховувати таке:

- індивідуальний план роботи викладача фізвиховання на період карантину;

- засоби надання навчального матеріалу студенту;
- засоби контролю успішності здобувача вищої освіти;
- знання студентами правил самостійних занять фізичними вправами;
- правила самоконтролю під час виконання практичних завдань;
- виконання фізичних вправ протягом дня (ранкова гімнастика, фізкультурні паузи під час роботи за комп'ютером, смартфоном тощо);
- місця проживання студентів (гуртожиток, квартира, будинок, наявність власного подвір'я тощо);
- використання нестандартного обладнання для занять в домашніх умовах, дотримуючись усіх вимог техніки безпеки та карантинних заходів.

Під час карантину ефективним буде проведення здобувачами вищої освіти самостійних занять фізичними вправами в умовах проживання студента. Ці заняття надають можливість оволодіти певними руховими уміннями та навичками, які не передбачено програмою з фізичного виховання, розширити діапазон рухових дій [2].

До основних форм самостійних занять належать:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- фізичні вправи протягом дня;
- виконання елементів спеціальної фізичної підготовки варіативних модулів навчальної програми «Фізичне виховання».

Ранкова гігієнічна гімнастика входить в розпорядок дня у ранковий час після пробудження.

У комплекс слід включати вправи для всіх груп м'язів, вправи на гнучкість і дихальні вправи. Не рекомендується виконувати вправи статичного характеру, зі значними обтяженнями, на витривалість (наприклад, тривалий біг до втоми).

Ранкова гігієнічна гімнастика може поєднуватися із самомасажем і загартовуванням організму [2].

Фізичні вправи протягом дня попереджають стомлення, підтримують працездатність тощо. Вправи виконуються в перервах між заняттями з інших предметів.

Тренувальні заняття, як правило, мають комплексний характер, тобто повинні сприяти розвитку всього комплексу фізичних якостей, а також зміцненню здоров'я та підвищенню загальної працездатності організму [2].

Тренуватися треба при частоті пульсу 70 % від максимально припустимої. Максимально припустиму частоту серцевих скорочень визначають за формулою:  $220 - \text{вік} = \dots$

Самостійні тренувальні заняття проводяться за загальноприйнятою структурою: підготовча (розминка), основна і заключна частини.

Під час самостійних занять фізичними вправами студенти повинні слідкувати за самопочуттям. Самоконтроль необхідний для того, щоб заняття надавали тренуючий ефект і не викликали порушень у стані здоров'я.

Підсумовуючи, слід зазначити, що дистанційна форма навчання відкриває нові можливості для здоров'язбереження і навчання здобувачів вищої освіти. Головне – це їх мотивація і бажання.

### **Список використаної літератури**

1. Дистанційне навчання як сучасна освітня технологія [Електронний ресурс] : матеріали міжвузівського вебінару (м. Вінниця, 31 березня 2017 р.) / відп. ред. Л.Б. Ліщинська. – Вінниця : ВТЕІ КНТЕУ, 2017. – 102 с.

2. Методичні рекомендації про викладання фізичної культури у 2021/2022 навчальному році : Додаток до листа Міністерства освіти і науки України від 22.09.2021 №1/9-482 // Шкільне життя 07.10.2021. URL: <https://www.schoollife.org.ua/metodychni-rekomendatsiyi-pro-vykladannya-fizychnoyi-kultury-u-2021-2022-navchalnomu-rotsi/> (дата звернення: 05.12.2021)

3. Проніна О.М. Основні аспекти дистанційного навчання у вищих навчальних медичних закладах України в регіонах червоної карантинної зони // The VIII th International scientific and practical conference “Modern problems in science”, November 09-12, 2020, Prague, Czech Republic. 722 p.

**Лук'янюк О.В., Гуркіна В.В.**

## **ЗАГАРТУВАННЯ ОСНОВА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Головною цінністю в нашому житті є здоров'я. Кожному з нас слід щодня задумуватися про те, чи правильно ми турбуємось про стан свого організму.

Одним із засобів, що дозволяють зміцнити і відновити здоров'я, є загартовування.

Перші наукові дослідження впливу перепадів температури на хворий та здоровий організми були проведені ще у XVI-XVII вв. Основний ефект загартовуючих процедур пов'язаний з їх дією на температурні рецептори, які розташовані субепітеліально, що сприймають зміну температури. Причому холодівих рецепторів значно більше, ніж теплових. Холодові рецептори передають інформацію нервовими волокнами типу А $\delta$  при температурі шкіри нижче 15 °С. Теплові рецептори передають інформацію нервовими волокнами типу С при збільшенні температури шкіри вище 45°С, вони

належать до вільних нервових закінчень. Адаптація рецепторів не спостерігається при температурі шкіри до 20°C і понад 40°C [1].

Адаптація людини до коливань температури навколишнього середовища залежить від здатності стійко зберігати сталість температури тіла. Чим вища загартованість, тим більшою мірою людина здатна протистояти хворобам. Від загартованості залежить імунна реактивність організму, рівень його працездатності, що є одним з критеріїв здоров'я [2].

Загартовування впливає на всі ланки нервової системи, починаючи від кори головного мозку і закінчуючи периферичними рецепторами – клітинами, що сприймають подразнення, а також ендокринні та гуморальні механізми. Активізується крово- і лімфообіг, стимулюються всі види обміну, що покращує живлення тканин в організмі, допомагає відновити тимчасову або постійну компенсацію органів. На подразнюючу температуру організм відповідає зміною інтенсивності процесів терморегуляції і фізіологічних механізмів, діє збудливо на периферичні закінчення шкірних нервів, а потім рефлекторно – на всю нервову систему [3].

З метою аналізу рівня загартованості студентської молоді було проведено анкетування 48 здобувачів вищої освіти, денної форми навчання, за спеціальністю 081 «Право». Серед них було 12 (25%) юнаків і 36 (75%) дівчат.

Дослідження показало, що лише 10,4% опитаних (16,6% юнаків і 8,3% дівчат) загартовують свій організм холодом, а більшість здобувачів вищої освіти у своєму повсякденному житті ігнорують засоби загартування. Хоча більшість студентської молоді прекрасно розуміє, що міцний імунітет – запорука хорошого здоров'я. Щоб запобігти простуді й підвищити імунітет треба загартовуватися.

Загартовування – це система тренування терморегуляторних процесів організму, підвищення його стійкості до несприятливих умов кліматичних чинників. Це один із методів зміцнення здоров'я і профілактики захворювань.

Загартовування повинно бути поступове й послідовне зі збільшенням дозування процедур. Процедури повинні проводитися не від випадку до випадку, а систематично, що підвищить здатність нервової системи пристосовуватися до мінливих умов зовнішнього середовища. Загартовування треба розпочинати з невеликих доз і найпростіших способів з врахуванням індивідуальних особливостей людини і стану її здоров'я. Нехтування цими правилами може призвести до сумних наслідків.

Загартовуючі заходи поділяються на загальні і спеціальні. Загальні включають правильний режим дня, раціональне харчування, заняття фізкультурою. До спеціальних загартовуючих процедур відносять загартування повітрям (повітряні ванни), сонцем (сонячні ванни) і водою (водні процедури) [4, с.7].

Моржування або обливання холодною водою взимку – це радикальні методи. Загартовування слід починати з прийому контрастного душу. Влітку можна обливатися холодною водою і купатися у відкритих водоймах. До речі, вживання морозива – це теж загартовування. Так можна підготувати горло до низьких температур і уникнути простуд.

У людському організмі закладено великі резерви, які зазвичай молоддю використовуються не повною мірою, насамперед унаслідок незнання або лінощів. Але наслідком недбалості щодо забезпечення взаємоузгодженої роботи всіх систем організму виникають різні хвороби. А використання ліків, особливо антибіотиків, хоча й дає швидкий ефект, проте він тимчасовий, та й імунна система від цього стає тільки слабкішою [4, с.20].

Отже, загартовування для здобувачів вищої освіти повинно стати звичкою, так само, як ранкове умивання і чищення зубів.

### **Список використаної літератури**

1. Терморецепція. Теплові та холодкові рецептори. Навчальні матеріали онлайн (pidru4niki.website) © 2010 - 2021 info@pidru4niki.com URL: [https://pidru4niki.com/80692/meditsina/termoretseptsiya\\_teplovi\\_holodovi\\_retsept](https://pidru4niki.com/80692/meditsina/termoretseptsiya_teplovi_holodovi_retsept) огі (дата звернення: 04.12.2021).

2. Бициева И.Б. Закаливание как фактор оздоровления студентов / И.Б. Бициева, З.А. Гагиева, А.Х. Кусова [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2004. – № 6 – С. 81-81.

3. Толкачев Б.С. Физкультурный заклон ОРЗ / Б.С. Толкачев. – М.: Физкультура и спорт, 1992. – 109 с.

4. Горобей М.П. Загартовування як важливий фактор оздоровлення студентів: методичні вказівки для студентів / Укл.: Горобей М.П., Чалий О.С., Добронизський Є.О., Колодяжна Т.П., Кузьменко М.Г. – Чернігів: ЧНТУ, 2016. – 23 с.

**Лук'янюк О.В., Малмигіна Є.А.**

## **ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА ОЗДОРОВЧІ ЗАХОДИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

Фізична активність сучасної молоді не тішить своїми показниками. За останні два роки карантину українське студентство все менше приділяє увагу таким життєвонеобхідним речам як режим, правильне харчування та спорт, тому зберегти здоров'я на сьогодні стає все складніше. В умовах впровадження дистанційного навчання, коли більша кількість часу студентів витрачається на розумову активність, питання фізичного здоров'я молоді все більше набирає актуальності.



Для професійної підготовки всебічно розвиненого фахівця, покращення фізіологічного та фізичного стану студента фізичне виховання є обов'язковою дисципліною для будь-якої спеціальності. Дана дисципліна включає в себе комплекс засобів, які спрямовані на покращення фізичних якостей та зміцнення здоров'я студентської молоді. На сьогодні перед системою фізичного виховання постає ускладнене завдання – пристосуватися до сучасних умов навчання, використовуючи сучасні технології, організувати оздоровчу діяльність студентів, коли їх рухова активність знаходиться на досить низькому рівні. Міцне здоров'я та гарне самопочуття студента залежить не тільки від його щоденної рухової активності, значне місце займає збалансоване харчування та сон [1].

Під час дистанційного навчання було розроблено опитувальник для моніторингу дотримання режиму дня здобувачів вищої освіти. В опитуванні взяли участь 55 студентів (13 (23,6%) юнаків і 42 (76,4%) дівчини) денної форми навчання зі спеціальностей 081 «Право» та 029 «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа». Дослідження показало, що 67,3% опитаних здобувачів вищої освіти (77% – юнаків і 64,3% – дівчат) дотримуються режиму дня. Тривалість сну – 8-9 годин на добу у 56,4% студентів (46,2% юнаків та 60% дівчат). Також виявилось, що більшість здобувачів вищої освіти – 52,7% лягають спати з 23.00 до 24.00 і лише 16,4% (7,7% – юнаків, 19% – дівчат) засинають о 22.00. Нажаль, скоріше за все, більшість таких студентів є залежними від віртуального простору та соціальних мереж, в яких і проводять багато часу перед сном, тим самим руйнуючи мелатонін. Він “викликає сонливість, зменшуючи тривожний ефект, на цей гормон впливає цикл “світло - темрява” і придушується мелатонін світлом” [2, с. 20-21].

Для збереження нормальної діяльності нервової системи та всього організму велике значення має повноцінний сон. “Переконливо доведено, що сон є універсальною потребою всіх вищих форм життя, а відсутність його спричиняє серйозні фізіологічні наслідки” [2, с. 19]. Дорослі мають регулярно спати 7 або більше годин на добу. Декому, зокрема молодим людям та людям із хронічними захворюваннями, необхідно навіть більше – 9 годин сну на добу.

Через відсутність режиму не в останню чергу страждає гормональний фон. Дослідження показали, що сон сильно впливає на тиреотропний гормон (основний регулятор функції щитовидної залози) та пролактин, також певні стадії сну впливають на гормон росту. Секреція гормону росту, як правило, відбувається протягом перших декількох годин після початку сну і зазвичай відбувається під час фази повільного сну, тоді як секреція гормону щитовидної залози відбувається пізно увечері. Кортизол досягає своєї нижньої межі рано під час нічного періоду сну і досягає піку до кінця сну або ранні ранкові години [2, с. 20-21]. Якщо ви спатимете менше ніж 7 годин на добу, то підвищите ризик розвитку хронічних захворювань, зокрема:

- діабету;
- серцево-судинних захворювань;
- інсульту;
- високого кров'яного тиску;
- збільшення ваги та ожиріння;
- порушення імунної системи;
- погіршення психічного здоров'я;
- депресії;
- втрати концентрації;
- нездатності адекватно приймати рішення.

Фізіологічні зміни в організмі відбуваються теж під час сну, вони добре переносяться здоровими людьми, але можуть порушити тендітний баланс тих, у кого, наприклад, уразлива серцево-судинна система. Зміни артеріального тиску та частоти серцевих скорочень відбуваються під час сну та насамперед визначаються діяльністю вегетативної нервової системи [2, с. 22].

Отже, успішність і працездатність здобувачів вищої освіти залежить від їх самопочуття. Для гарного стану фізичного та психічного здоров'я людини, міцної імунної системи слід підтримувати свою фізичну підготовку на належному рівні. Намагатись вести здоровий спосіб життя, не забувати про свій режим дня, проводити карантинні обмеження з користю, без негативних наслідків для власного здоров'я.

### **Список використаної літератури**

1. Жушма М.А. Необхідність занять фізичною культурою під час пандемії COVID-19// Збірник наукових праць. Матеріали регіональної наукової інтернет-конференції “Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту в сучасних умовах”. Дніпро, 2020. С55-58.
2. Толстикова Е. Тело, которое ты заслуживаешь: меняю жизнь едой. М., 2021, 224 с.

**Лук'янюк О.В., Соловей О.Л.**

## **АНАЛІЗ ВПЛИВУ НАДМІРНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЦИФРОВИХ ПРИБОРІВ СЕРЕД МОЛОДІ**

Складно уявити сучасний світ без використання електронних пристроїв: комп'ютера, ноутбука, планшета та мобільного телефону, особливо у здобутті освіти студентами. Це є невід'ємна частина навчання та взагалі життя. Сучасні інтелектуальні ігри, додатки, електронні журнали, газети, книги та багато інших способів отримання та вивчення потрібної інформації пропонують гаджети, що є дуже зручно. Але, цифровізація

заполнила населення повністю, особливо це стосується молоді. Тому, тема так званої гаджетоманії постає дуже гостро, що обумовлює занепокоєння науковців, викладачів, батьків та лікарів про вплив надмірного використання електронних пристроїв студентами, адже саме вони є більш уразливою категорією населення.

Тема впливу гаджетоманії на фізичний стан та психічне здоров'я молоді є досить актуальною та дискусійною серед вітчизняних науковців, професорів, викладачів, журналістів та міжнародних організацій. Зокрема, Писаревська С., Яремко З., Кобилянська І., Васаженко Н., Яремко З. М., Стахов Л. В., Слободянюк П. А., Бондар О. М. присвятили свої наукові роботи цій проблемі. Серед міжнародних організацій варто відзначити Всесвітню Організацію Охорони здоров'я (World Health Organization), Американське товариство раку (American Cancer Society), Федеральну комісію із зв'язку (Federal Communications Commission).

Метою цього дослідження є аналіз стану залежності від електронних пристроїв студентів, а також усвідомлення ними загрози від такої залежності для здоров'я.

Смартфоновозалежність призводить до негативного впливу та загрози здоров'ю людини. Постійне використання електронних пристроїв, найчастіше комп'ютерів та мобільних телефонів, яке не обмежено у часі є дзвіночком того, що загальний стан організму погіршується, імунітет слабшає, що спричиняє незворотні процеси, які згодом перетворюються у хвороби, які у свою чергу можуть стати хронічними та супроводжувати людину усе подальше життя. Наприклад, спираючись на дослідження World Health Organization (Всесвітньої Організації Охорони здоров'я), у великих дозах хвилі радіочастотного діапазону можуть руйнувати тканини і пошкоджувати ДНК. Хоча рівень випромінювання пристроїв є відносно низьким, проте шкода від довготривалого впливу на людину залишається невідомою. Тому, з метою безпеки потрібно зводити час опромінення до мінімуму, а рівень випромінювання нормувати [3, с.35-36].

В умовах пандемії та необхідності запровадження дистанційного навчання, питання загрози смартфонів та персональних комп'ютерів (далі – ПК) є актуальною, адже більшість свого часу кожен здобувач вищої освіти проводить сидючи перед екраном монітору, це обумовлює необхідністю присутності студента на занятті, а потім виконання домашнього завдання.

Отже, на основі викладеної проблеми, під час дистанційного навчання було розроблено анкету для моніторингу дотримання режиму дня здобувачів вищої освіти. В опитуванні взяли участь 48 студентів (12 (25%) юнаків і 36 (75%) дівчат) денної форми навчання зі спеціальності 081 «Право». Дослідження показало, що 62,5% опитаних здобувачів вищої освіти (75% юнаків і 58,3% дівчат) дотримуються режиму дня.

Також студентам було запропоновано надати відповідь на таке питання: «Скільки годин (хвилин) на добу ви користуєтесь комп'ютером, мобільним телефоном, смартфоном тощо?» За даними анкетування виявилось наступне:

- до 4 годин користуються ПК, смартфоном 6 студентів зі 48, тобто – 12,5% (0% юнаків, 18,2% дівчат);
- до 6 годин – 25% (41,7% юнаків, 19,4% дівчат);
- до 10 годин – 41,7% (50 % юнаків, 38,9% дівчат);
- більше 10 годин – 20,8% (8,3 % юнаків, 25% дівчат)

Аналізуючи результати анкети, можна зробити висновок, що більшість опитаних студентів проводять надмірний час у смартфонах та ПК. Що є привидом занепокоєння за здоров'я студентської молоді.

Використання комп'ютера та ноутбука несуть негативні наслідки для стану здоров'я людини. Профспілка працівників освіти та науки України визначає, що постійне сидіння та відсутність активного відпочинку викликає ряд хвороб – остеохондроз, захворювання дрібних суглобів, короткозорість, застоїв крові тощо [4]. Тож існує багато порад щодо зменшення негативного впливу на зір, спину, мозок людини. Онлайн-довідник Squeak закликає дотримуватися відстані від монітора близько 50-60 см, намагатися підібрати правильні (зручні) крісла та стільці а також, робити перерву [2].

Існує кілька порад, як побороти залежність від мобільних телефонів та покращити реальне життя. Бондар О. М. виділяє наступні ефективні способи: по-перше, треба встановити обмеження часу для соціальних мереж; по-друге, відкладати смартфон на достатню відстань та бажано вимикати телефон на годину. По-третє, треба видалити програми, які затягують [1].

Таким чином, питання використання цифрових приладів серед молоді є важливим та досить актуальним. Важливо не тільки знати про негативний вплив гаджетів на здоров'я людини, а й усвідомлювати певні ризики, до яких ці дії можуть призвести. На думку Писаревської С., Ващук В., та Зіновій Я. першим кроком до уникнення небажаних наслідків від будь-яких потенційних небезпек є усвідомлення їхньої наявності в середовищі перебування людини [3]. Здоров'я – це відповідальність кожного з нас, важливо це розуміти та дотримуватись елементарних правил безпеки, які можуть врятувати життя.

### Список використаної літератури

1. Бондар О. М. Гаджетоманія: чи варто переживати за молоде покоління: методичний посібник [для студ. вищ. навч. закл.] / О. М. Бондар. – Рівне : РВГ, 2019. URL: <http://navigator.rv.ua/wp-content/uploads/2019/02/metodychka-converted.pdf>.
2. Онлайн-довідник Squeak. Скільки часу на день можна сидіти за комп'ютером, вплив комп'ютера на здоров'я дітей та дорослих. URL:

<https://squeak.ru/uk/uslugi/skolko-vremeni-v-den-mozhno-sidet-za-kompyuterom-vliyanie-kompyutera-na.html>.

3. Писаревська С., Ващук В., Зіновій Я. Усвідомлення студентами проблем, пов'язаних з використанням мобільних телефонів. URL: <https://doi.org/10.31649/2524-1079-2020-5-1-035-042>.

4. Профспілка працівників освіти і науки України. Шість правил роботи з комп'ютером без шкоди для здоров'я. URL: <https://pon.org.ua/novyny/5812-6-pravil-roboti-za-kompyuterom-bez-shkodi-dlya-zdorovya.html>.

Лук'янюк О.В., Шуліка А.О.

## ПРАКТИКА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ В СУЧАСНОМУ СОЦІУМІ

В останні десятиліття світова наука зарахувала проблему здоров'я в широкому розумінні до кола глобальних проблем, вирішення яких обумовлює не тільки кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, а й навіть сам факт його подальшого існування як біологічного виду.

Сьогодні проблема загрози здоров'ю розглядається світовою спільнотою як сьома додаткова до шести раніш визначених загроз планетарного масштабу (загроза світової війни, екологічні катаклізми, контрасти в економічних рівнях країн планети, демографічна загроза, нестача ресурсів планети, наслідки науково-технічної революції науко- і техногенного походження) [1].

Реалії сучасності, такі як захворювання, мала фізична активність у людей або взагалі її відсутність, вказують на проблемні аспекти формування розуміння важливості ведення здорового способу життя та підкреслюють актуальність збереження здоров'я в сучасному соціумі.

Вивченням теоретико-методологічних засад формування здорового способу життя займалося чимало науковців, серед яких варто виділити О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарову, Р. Левіна, І. Солоненка, О. Яременка.

Поняття здорового способу життя людей в цілому, зокрема, сьогодні, розглядається як один із пріоритетних напрямків розвитку системи освіти. Значущість формування цінностей здорового способу життя обумовлена необхідністю збереження і примноження здоров'я людей і вдосконалення їхнього фізичного, психічного, соціального і духовного благополуччя. Добре самопочуття, фізична працездатність є умовою і базисом для розкриття творчого потенціалу особистості, її професійної самореалізації. Від того, наскільки ефективно вдається сформувати і закріпити спрямованість на здоров'язбереження в молодому віці, залежить в майбутньому спосіб життя

молодої людини, стан її здоров'я, отже її благополуччя і задоволеність життям [2].

Вельми цікавими й актуальними в розрізі аналізу проблеми представляються думки видатного педагога В. Сухомлинського. Він висловив ідею про те, що попередження хвороби та схильностей до захворювань, зміцнення організму є головними умовами повноцінної розумової праці; що проблема збереження здоров'я залежить в значній мірі від духовного життя, в тому числі від культури розумової праці [3, с.97].

Саме здоровий спосіб життя, на думку вчених, є визначальним фактором здоров'я людини. Його основні складові глибоко і наочно представлені в роботах різних дослідників (Г. Апанасенко, І. Брехман, В. Казначеев та ін.).

Аналітичний підхід дозволяє виділити основні компоненти здорового способу життя:

1. Особиста поведінка, що сприяє підвищенню захисних сил організму:

- розумний режим праці та відпочинку;
- раціональне харчування;
- оптимальний руховий режим;
- заняття фізичною культурою;
- загартовування;
- дотримання правил особистої гігієни;
- дотримання норм і правил психогігієни;
- сексуальна культура;
- медична активність, динамічне спостереження за своїм здоров'ям.

2. Особиста поведінка, спрямована на боротьбу зі шкідливими звичками: - утримання від тютюнопаління, вживання наркотичних речовин та зловживання спиртними напоями;  
- недопущення самолікування.

Робота з формування здорового способу життя повинна починатися з дитячого віку, оскільки саме в цей період формуються основи рухової і розумової діяльності, раціональної організації режиму дня, харчування, загартовування, ставлення до шкідливих звичок тощо. Ефективність цієї роботи можна оцінити за рівнем успішності застосування знань, умінь і навичок в життєвих ситуаціях, в прояві індивідуальних здібностей до роботи над особистим здоров'ям [4].

Отже, у нашому суспільстві існує гостра соціальна проблема, пов'язана з украй низьким рівнем здоров'я української молоді, що потребує детального аналізу його стану, розроблення нових підходів до формування ціннісних орієнтацій молоді щодо здоров'я. Системний підхід до розв'язання проблеми підтримання здоров'я населення означає залучення до вирішення означеного питання не лише галузі охорони здоров'я, але й освіти, культури,

соціальної роботи тощо. Як свідчить світовий досвід, головним чинником, що найбільше зумовлює стан здоров'я, є спосіб життя. Тому перспектива поліпшення здоров'я молоді найбільше пов'язана з системною діяльністю щодо формування здорового способу життя, що є набагато ефективнішою й економічно доцільнішою стратегією, ніж постійне збільшення витрат на лікування наслідків нездорового способу життя.

### **Список використаної літератури**

1. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя [Електронний ресурс] / [О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін.] // Український інститут соціальних досліджень. – 2000. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.health.gov.ua/publ/conf.nsf/09e0043b46a8b8e7c2256d8e006e5352/0ead6848c9d6825ac2256ddc0038c24c?OpenDocument>.
2. Валетов М.Р. Формирование здоровьесориентированной направленности личности в процессе физического воспитания: дисс. канд. пед. наук. – Челябинск, 2006. – 174 с.
3. Сухомлинский В.А. Павлышская средняя школа. – М.: Просвещение, 1979. – 396 с.
4. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків, 2017. – 488 с.

**Мальцев В.М.**

## **ФОРМУВАННЯ ПОНЯТТЯ ПРО РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ У СТУДЕНТІВ**

Здоровий спосіб життя з точки зору медиків – це гармонійний режим поєднання роботи та відпочинку, рухова активність, дотримання гігієни, відсутність шкідливих звичок і раціональне харчування. Принцип раціонального харчування в Україні стає ледь не головною проблемою сьогодення, від якої значною мірою залежить здоров'я кожного. Харчування виступає важливим підґрунтям, від якого залежить формування здоров'я і здорового способу життя підрастаючого покоління, особливо студентської молоді в процесі навчання в вищих навчальних закладах.

Харчовий режим сучасної людини здебільшого хаотичний, а раціон збіднений на біологічно активні речовини. Як наслідок ціла низка захворювань. До хвороб, на поширеність яких впливає харчування, відносять серцево-судинні захворювання (артеріальна гіпертензія), ішемічна хвороба серця, гострі порушення мозкового кровообігу), онкозахворювання, ожиріння, карієс зубів та інші. Політика в галузі харчування і здорового способу життя може внести значний внесок в попередження передчасної смертності і зниження захворюваності. Від адекватного забезпечення

організму життєво необхідними біологічно активними речовинами (білками, жирами, вуглеводами, вітамінами, мінералами, водою, харчовими волокнами) залежать такі важливі біологічні характеристики людей, як інтенсивність росту, побудова тіла, особливості обміну речовин, стан імунної системи, захворюваність та тривалість активного життя. Відповідно, як недостатнє, так і надмірне споживання харчових продуктів може призводити до цілої низки хвороб аліментарного характеру і є важливою проблемою громадського здоров'я.

Щоб мати здоровий і квітучий зовнішній вигляд і прекрасне самопочуття потрібно раціонально харчуватися. Для цього спочатку слід усвідомити, що таке раціональне харчування. Є кілька тлумачень цього поняття:

1. Вживання такої кількості калорій в день, яка необхідна для нормальної життєдіяльності людини, тобто з урахуванням її енерговитрат.

2. Вживання їжі в обмежених дозах, у правильному поєднанні, в певний час.

3. Урахування набору хімічних елементів, що містяться в їжі.

Існує масовий стереотип, що дієта і здорове раціональне харчування – це одне і те саме. Раціональне харчування (ratio – розумний) – це фізіологічно повноцінне харчування здорових людей із врахуванням їх віку, статі, характеру праці та інших факторів. Раціональне харчування сприяє збереженню здоров'я, опірності шкідливим факторам навколишнього середовища, високій фізичній та розумовій працездатності, а також активному дозволіттю. Вимоги до раціонального харчування складаються із вимог до:

- 1) харчового раціону;
- 2) режиму харчування;
- 3) умов прийому їжі.

Вимоги до харчового раціону:

1) енергетична цінність раціону повинна покривати енергозатрати організму;

2) належний хімічний склад – оптимальна кількість збалансованих між собою поживних речовин;

3) добра засвоюваність їжі, яка залежить від її складу і способу приготування;

4) високі органолептичні властивості їжі (зовнішній вигляд, консистенція, смак, запах, колір, температура);

5) різноманітність їжі за рахунок широкого асортименту продуктів і різних прийомів їх кулінарної обробки;

6) здатність їжі (склад, об'єм, кулінарна обробка) створювати відчуття насичення;

7) санітарно-епідемічна безпечність.



Режим харчування включає час і кількість прийомів їжі, інтервали між ними, розподіл харчового раціону за енергоємністю, хімічним складом і масою по прийомах їжі. Умови прийому їжі: відповідна обстановка, сервіровка столу, відсутність відволікаючих від їжі факторів.

Людину живить не те, що вона з'їла, а те, що засвоїлося. Травлення – це процес, який пов'язаний зі значними енерговитратами, і організм повинен бути готовий до прийому їжі. Природою встановлений сигнал готовності – почуття голоду. Їжа без почуття голоду не про запас іде. Вона лише перевантажує і засмічує організм. Критерій здорового апетиту – сильне бажання що-небудь з'їсти, навіть найбільш неапетитні речі (кірка черствого чорного хліба). При думці навіть про таку їжу починається процес виділення слини. Такого голоду не буває відразу після напруженої роботи, після охолодження або перегрівання, після бурхливих емоцій. У цих випадках не варто і сідати за стіл (рекомендовано 20-40 хвилин відпочити). Не хочеться їсти і при різних захворюваннях. Організм спеціально економить сили, енергетика перебудовується на боротьбу з хворобою. Як тільки тілу знадобиться їжа, відразу виникне голод. Щоправда, при деяких хронічних захворюваннях справді здорового почуття голоду не виникає, або воно проявляється спотворено. Наприклад, при сильно зниженій кислотності шлункового соку або при великій зашлакованості, коли вже через кілька годин після пропущеного обіду починає боліти голова, з'являється хвороблива слабкість та інші неприємні симптоми, хоча по-справжньому організм ще не зголоднів.

Один з найважливіших принципів – ретельне пережовування. Жувати слід до тих пір, поки шматочок не стане рідким. Тоді навіть найбільш важка їжа засвоїться відносно легко. Адже при жуванні відбувається не тільки механічне подрібнення, але і зміна консистенції і початкове розщеплення крохмалів і частково білків ферментами, які містяться у слині. Несмачна їжа погано засвоюється, адже синтезом багатьох травних ферментів керує язик. Зрештою, при справжньому голоді позбавленою смаку здається тільки погана їжа. Натуральна незіпсована їжа, навіть найпростіша, по-справжньому голодними людьми сприймається з радістю. Вживати їжу треба не пізніше як 2 години до сну. Саме цього часу потребує організм, щоб закінчити шлункове травлення і щоб їжа в основному перейшла у кишечник.

Існують особливо шкідливі продукти. Це консерви, особливо м'ясні і рибні, ковбаси, копченості, майонез, кава, какао, чорний чай, Кока-Кола, Фанта і майже всі газовані напої, кондитерські вироби. Бажано уникати також всього солоного, рафінованих рослинних олій, цукру і всіх продуктів, що його містять, столового оцту, спецій, раніше приготовленої їжі.

Рациональне харчування передбачає вживання широкого спектру продуктів. Бажано харчуватися різноманітно протягом дня і протягом тижня. Скажімо, на обід каша, на вечерю – картопля. Сьогодні – пшоно, завтра – рис

і т.д. Найкращою їжею при раціональному харчуванні визнані фрукти, свіжі та варені овочі, злаки, зелень. Сюди ж можна віднести і горіхи. Найкраща їжа для дітей – молоко і кисломолочні продукти. Не слід зловживати напоями перед, під час або після прийому їжі. Запивати їжу, в принципі, допускається, але краще за все ж обходитися власною слиною. Виняток – дуже суха їжа. Вода або трав'яний чай можуть бути складовою частиною трапези, але після їжі хоча б близько години бажано утримуватися від пиття. У цілому за день бажано випивати не менше 2-3 літрів (включаючи воду, що міститься у фруктах, овочах та іншій їжі). Обов'язковими вважаються прийоми води вранці, після пробудження, ввечері, перед сном і за півгодини перед кожним прийомом їжі.

Як молоді, так і дорослим, оптимально харчуватися 5-6 разів на день натуральними продуктами. Основними по насиченості мають бути сніданок, обід і вечеря, а між ними овочі або фрукти. При голоді перед сном слід відмовитися від вуглеводів з жирами, а краще з'їсти овочі і білкову їжу. Корисно вживати рослинні продукти відповідно до сезону. Готувати їжу треба з любов'ю. Якщо готувати їжу у гніві, страху, роздрагуванні, негативні емоції, накладаючись на їжу, будуть псувати її. Їжа вийде неприємною і шкідливою. І навпаки, якщо готувати в хорошому настрої та з любов'ю, їжа стане цілющою і смачнішою. Їжа повинна бути свіжою. Треба уникати смаженого. Смажені продукти найгірше засвоюються, подразнюють шлунок і кишечник, печінку та нирки. Найбільш прийнятні способи термообробки – відварювання (особливо на пару) і запікання. Причому, як правило, чим простіше приготоване блюдо, тим більше в ньому зберігається цілюща енергія і цінні речовини і тим воно корисніше. Треба також уникати контрастних температур за один прийом їжі (холодний суп і гаряча каша, гаряча кава з морозивом і т.п.). Шкідлива також як дуже холодна (з холодильника) їжа, так і дуже гаряча. Вважається, що холодні страви повинні мати температуру не нижче кімнатної, а гарячі – не обпалювати губи і рот, щоб не виникла необхідність дути на ложку.

Шлунок після їжі має бути заповнений не більше, ніж на половину. Щоб не переїдати, можна питати самого себе, чи хочеться з'їсти шматочок черствого хліба, і коли таке бажання пропадає, вставати з-за столу. Не слід приступати до важкої роботи одразу після їжі.

### **Список використаної літератури**

1. Основы физиологии человека: Учебник / Под ред. академика Б. И. Ткаченко. – СПб.: Международный фонд истории науки, 1994. – 380 с.
2. Фомин М.А., Вовилов Н.А. Физиологические основы двигательной активности. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 190 с.
3. Якименко С. Н. Дифференцированный подход к использованию физиологических средств восстановления. – М., 1999. – 210 с.

## ТРАНСФОРМАЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Фізична культура як галузь соціальної діяльності відіграє в суспільстві певну роль. Більшість авторів, що розглядають проблеми навчання, виховання та освіти, виділяють їх специфічні і загальні функції. При цьому загальні функції є сполучною ланкою між даною сферою діяльності (фізичною культурою) і іншими явищами суспільного життя. Вони визначені насамперед культурою суспільства і представлені функцією духовного виховання, економічної функцією, функціями дозвілля і пізнавального розвитку.

Специфічні функції відображають особливості, характерні властивості, які відсутні у інших явищ, процесів і більшою мірою притаманні даному феномену. Дослідники цієї проблеми виконують такі специфічні функції: освітню, прикладну, спортивну, оздоровчо-рекреативну і реабілітаційну.

Разом з тим на формування, становлення і розвиток соціальних функцій впливає політичне і економічне пристрій суспільства і держави. Зміни, що відбулися на етапі реформування економіки і політики держави, негативно позначилися і на прояві даних функцій в суспільстві. З огляду на обмеженість даної статті, доцільно звернути увагу на дослідження освітньої, спортивної та виховної функцій фізичної культури, так як вони вносять незаперечно більший внесок в формування гармонійно розвиненої особистості. Слід визнати, що в Радянському Союзі були досягнуті певні успіхи в оздоровленні людей, прилучення їх до занять фізичною культурою і спортом. Створювалися фізкультурно-оздоровчі комплекси, будувалися басейни. Фізична культура була впроваджена в усі навчальні заклади, а також була присутня у вигляді виробничої гімнастики на підприємствах. На стадіонах і в спортивних комплексах створювалися групи для занять за інтересами. Існувала фізична культура для людей різного віку.

Слід навести деякі факти і цифри, які свідчать про постійну увагу, яку приділяють державою вдосконалення фізкультурно-спортивного руху в країні. Так, наприклад, фізкультурний рух налічувало в своїх рядах понад 45 млн осіб. Воно являло собою одну з найбільш масових форм задоволення потреб та інтересів населення. При цьому дане напрямком не було якимось аморфним утворенням, а мало відповідними потужностями, що забезпечують реалізацію висунутих завдань:

- широко розгалуженою мережею великих і малих спортивних споруд (комплекси, стадіони, Палаці спорту, зали, манежі, треки, басейни, спортмайданчики);

- промисловістю, що виробляє обладнання, інвентар, взуття, одяг;
- системою навчальних закладів, що здійснюють підготовку кадрів вищої і середньої кваліфікації;
- науково-дослідними установами, які розробляють наукові основи розвитку фізичної культури і спорту;
- організацією пропаганди фізкультурних занять.

Не можна не відзначити усвідомленість і прагнення керівництва країни до фізичного вдосконалення та оздоровлення нації. Безсумнівно, соціальні функції в той період знаходили свою реалізацію в суспільстві.

Однак в епоху перебудови питання виховання і освіти молодого покоління в деякій мірі втратили своє значення. На перший план висунулися проблеми отримання прибутку і доходів. Взяти гору в останнє десятиліття ідея загального ринкового регулювання всіх галузей соціальної сфери, в тому числі фізичної культури і спорту, не сприяла збереженню багатьох суспільно-масових структур, що займалися в попередні часи організацією і проведенням фізкультурно-спортивної роботи. Не витримали напору комерціалізації добровільні спортивні товариства: багато хто з них зникли, деякі перетворилися в професійні спортивні організації. Значно скоротилася кількість дитячих спортивних шкіл, багато з яких перейшли на комерційну основу. А отже, знизилася значення освітньої функції. Наприклад, сьогодні більшість студентів бачать в дисципліні «фізична культура» лише предмет навчання, за яким треба отримати залік, а не знання, вміння і навички, необхідні в подальшій професійній діяльності і повсякденному житті. В цілому полеміка, яка ведеться в педагогічній літературі, про доцільність використання в освітньому процесі давно існуючої системи, яка передбачає формування у студентів знань, умінь і навичок, не могла не відбитися і на фізичному вихованні. Багато педагогів висловлюють думку, що ця система в даний час втрачає своє значення і необхідно надавати особистості альтернативу у виборі програм навчання. Можливо це так. Однак в освітньому просторі фізичної культури це призвело до того, що до закладів вищої освіти приходять студенти, які не володіють повною мірою практичними навичками в будь-якому виді спорту і які прагнуть чогось навчитися. Зазнає змін і спортивна функція, яка є провідною в системі фізичної культури. Якщо раніше бути спортсменом вважалося престижно, то в даний час багато молодих людей розглядають своє ставлення до спорту через призму таких понять, як уболівальник-фанат, «качок» тощо. Однак молоде покоління не тільки не проявляє себе активно в спортивному відношенні, але і рідко відвідує спортивні заходи з метою організованого проведення дозвілля.

Виховна функція фізичної культури, по суті, відстає від реальностей сьогодення. Більшою мірою молоде покоління надано саме собі. Виховний процес, який повинен бути першорядним в сім'ї, часто йде на

другий план або взагалі не сприймається як ефективний засіб формування мотивів і потреб у використанні засобів фізичної культури в різні вікові періоди життя людини. У навчальних же закладах педагогічна спрямованість викладачів простягається лише на натаскування учнів на конкретні нормативи.

Так, аналізуючи цілі і завдання навчання і виховання, слід зазначити, що вони повинні виражати не просто практичний курс навчання дисципліни, а в більшій мірі ставитися до процесу формування цілісної особистості, що включає навчання, виховання, розвиток і освіту в цілому. Недоліки існуючої системи фізичної культури пояснюються в основному тим, що вона сьогодні базується на тих пріоритетах, цінностях і умовах, які були сформовані в соціалістичному суспільстві. Однак політика і економіка держави, соціальний устрій суспільства, та й сама життєдіяльність людей докорінно змінилися. У той же час працівники систем фізичної культури не змогли зробити переоцінку сучасних цінностей і обрати реальні напрямки її вдосконалення.

Безумовно, на систему фізичної культури в суспільстві впливає і та політика, яку проводить держава в соціальній сфері діяльності. Сьогодні великі зусилля керівних органів країни спрямовані на розвиток спорту, в тому числі і спорту вищих досягнень, а питання організації та управління фізичною культурою, які передбачають самостійні й організовані заняття за місцем проживання, навчання (роботи), в парках, під час сімейного відпочинку, до жаль, залишаються поза увагою. Необхідно докорінно змінити цю політику і спрямувати зусилля на роботу з конкретною людиною. Можливості для цього існують, так як держава в даний час має в своєму розпорядженні солідним капіталом, який може бути використаний в тому числі і в рамках реалізованих національних проєктів.

### **Список використаної літератури**

- 1.Багнетова Е. А. Формирование профессионально-педагогической культуры здоровья студентов педагогического вуза: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. – Сургут, 2004. – 22 с.
- 2.Горащук В. П. Валеология (Підручник для 10–11-х класів середньої загальної школи) – К.: Генеза, 1998. – 144 с.
- 3.Основи валеології: Навч. програма загальноосвітнього курсу для студ. всіх спеціальностей пед. ВНЗ / Програму підготували: С. Страшко, Л. Животовська, М. Гриньова, В. Шахненко, В. Мовчанюк, Л. Морозова-Хмарська, А. Царенко, В. Горащук // Інформ. вісн. М-ва освіти і науки України. – К.: Вища освіта, 2001. – № 6. – С. 43–47.

## ЖИТТЕСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ В ПРОЦЕСІ ЇЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вивчення життєстійкості є важливим напрямком соціально-психологічних досліджень. Все частіше можна почути запитання про якість життя людей з інвалідністю, їх задоволеність собою, своєю роботою та сім'єю. Увага концентрується на вивченні ключових передумов, що дозволяють підтримувати ефективну взаємодію зі значимими людьми, досягати успіху в житті, бути щасливими навіть при наявності несприятливих зовнішніх обставин.

Зазначимо, що життєстійкість розглядається як особистісний ресурс особистості, що дозволяє моделювати життєві цілі людей з інвалідністю після реабілітації, бачити майбутні перспективи в сьогоденні. Життєві домагання, вимоги, очікування, бажання і надії щодо свого життя і майбутнього на шляху самореалізації особистості вимагають від людини з інвалідністю використання всіх особистісних ресурсів і адаптаційних механізмів.

Життєстійкість реалізується завдяки механізмам оцінки життєвих змін як менш стресових; створення мотивації до трансформаційного подолання (відкритість новому, готовність до дій у стресовій ситуації); посилення імунної реакції; посилення відповідальності щодо власного здоров'я та ведення здорового способу життя; пошук активної соціальної підтримки, що сприяє трансформаційному доланню. Життєстійкість окремої людини пов'язана з життєстійкістю суспільства, де відбувається збагачення смислами, які циркулюють у суспільстві. У свою чергу, стійкість функціонування суспільства пов'язана з готовністю людини вирішувати глобальні і миттєві соціальні завдання, поєднувати особисті інтереси з інтересами суспільства, і в цьому відчувати моральну та психологічну опору (Фоминова, 2012). Стреси у соціальному житті людини пов'язані не тільки з технологічними змінами та економічними кризами, але і гострими питаннями соціального розшарування суспільства, професійними кризами. Ці процеси відображаються на особистісних змінах людей.

Сьогодні особливої актуальності набуває не тільки проблема збереження фізичного здоров'я та працездатності людей з інвалідністю, а й проблема їх соціально-психологічної реабілітації та адаптації в суспільстві. Різноманітні фактори зовнішнього середовища, психології життя, індивідуальні особливості психіки, специфіка ситуацій взаємодії людини з інвалідністю зі світом сприяє або не сприяє розвитку і прояву життєстійкості. Саме життєстійкість визначає здатність людей протистояти стресам. Напруга соціального життя людини в Україні багато в чому пов'язана з гострими

питаннями соціальної реабілітації. Соціальна реабілітація як технологія соціальної роботи – це відновлення соціального статусу людини, втраченого або зниженого через проблеми, які створили в їх житті важку ситуацію. До таких проблем ми відносимо як вроджену, так і набуту інвалідність, що дуже актуально для українців.

Ситуація інвалідності ставить людину в особливі умови життя, що вимагають мобілізації всіх її психічних і фізичних сил. Часто людина з інвалідністю не може самостійно впоратися з цим станом. Слід зазначити, що результатом прояву життєстійкості є позитивне світовідчуття, осмисленість життя, підвищення його якості, ефективна саморегуляція та самореалізація через адаптацію до соціуму, а також здатність та готовність витримувати стресову ситуацію не знижуючи успішності діяльності (Горностай, Титаренко, 2001).

Результати численних досліджень, спрямованих на пошук психологічних чинників успішного протистояння стресу свідчать про існування такої особистісної особливості як життєстійкість (Леонтьєв Д., 2002; Maddi, Harvey, Khoshaba, Lu, Persico, 2001). Показником життєстійкості може виступати якість життя, яка суттєво не погіршується під час пристосування до труднощів і соціальних змін. Ми погоджуємося з думкою А. Фоминої, що роль культурного середовища в розвитку життєстійкості людини пов'язана зі створенням значущих цінностей, ідеалів, які є зовнішньою і внутрішньою опорою в рішенні життєвих завдань людиною. А щоб включити цінності та ідеали у свої внутрішні опори, важливо, щоб людина мала можливість до них долучитися, щоб з'явилася можливість повноцінного розвитку особистості (Фоминова, 2012).

Відповідно, одним із пріоритетних завдань психологічної науки є надання комплексної психологічної допомоги людям з інвалідністю, а також розробка і наукове обґрунтування соціально-психологічних реабілітаційних програм (Костенко, Урезков, 2000).

Проблемою дослідження реабілітації та адаптації людей з інвалідністю в нових соціально-економічних умовах і аналізом різних підходів до визначення життєстійкості особистості займалися такі вчені: О. Купреєва, Л. Сердюк, О. Чиханцова, I. Baranauskienė, A. Valaikienė.

На думку С. Рубінштейна, соціокультурне середовище відіграє важливу роль у розвитку особистісних якостей дитини. І те, як вона їх зможе реалізувати, якою особистістю стане, залежить від суспільства і його культури, системи виховання і навчання (Рубінштейн, 2004). Життєстійкість є системою переконань, що сформувалися в людини, про саму себе, про навколишній світ і взаємини з ним. Система переконань утворює особливий профіль стійкої особистості, що містить у собі три компоненти: залученість, контроль і прийняття ризику (Maddi, Harvey, Khoshaba, Lu, Persico, 2001).

Варто зауважити, що вчені відносять до показників життєстійкості особистості ряд факторів соціальної адаптації, а саме: вміння володіти собою, стресостійкість, самооцінку, здатність до саморегуляції і саморефлексії, рівень адаптаційного потенціалу, мобілізаційний потенціал, поведінкову регуляцію, ціннісні орієнтації та ін.

Залежно соціальних чи особистісних проблем людей з інвалідністю, застосовуються такі основні види соціальної реабілітації:

- соціально-медична – це відновлення або формування у людини нових навичок повноцінного життя і допомоги по організації побуту і ведення домашнього господарства, також включає в себе відновлюючу і реконструктивну терапію.

- соціально-психологічна – це відновлення психічного і психологічного здоров'я суб'єкта, оптимізації внутрішньогрупових зв'язків і відносин, виявлення потенційних можливостей особистості та організації психологічної корекції, підтримки і допомоги.

- соціально-педагогічна – це організація і здійснення педагогічної допомоги при різних порушеннях здатності людини з інвалідністю до отримання освіти, певна робота по створенню адекватних умов, форм і методів навчання, а також, відповідних методик і програм.

- професійна і трудова – формування нових або відновлення втрачених людиною з інвалідністю трудових і професійних навичок, а згодом і працевлаштування людей з інвалідністю.

- соціально-середовищна – відновлення у людини з інвалідністю почуття соціальної значущості всередині нового для неї соціального середовища.

**Мілорадова Н.Е., Дятченко Д.О., Давиденко Н.С.**

## **ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОМЕНІВ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА В АСПЕКТІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ОСОБИСТОСТІ**

Проблема насильства не є новою у суспільстві. Причини його виникнення, форми прояву, механізми існування та розвитку, наслідки та профілактика є предметом досліджень вчених у різних галузях науки. Домашнє насильство є однією із найбільш розповсюджених форм порушення прав людини. Достатня кількість робіт як зарубіжних так і вітчизняних авторів присвячена методологічним засадам протидії цьому явищу. Насилля як багатоаспектне поняття включає в себе комплекс взаємопов'язаних явищ і процесів, які протікають у різних сферах життя суспільства, а також мають різноманітні характеристики і прояви природи людини. Як зазначає у своїх дослідженнях А. Блага, «...при розробці основних теоретичних засад запобігання



насильству в цілому, та насильству в сім'ї зокрема, слід виходити з багатовимірного пояснення цього феномену, в якому немає провідної ролі якогось одного чинника чи складника» [3, с. 250].

Саме тому запорукою ефективного реагування на факти домашнього насильства, якісної та злагодженої профілактичної діяльності всіх суб'єктів є глибинне розуміння причин виникнення, механізмів розвитку, наслідків та феноменів цього явища.

Дослідженням питань, пов'язаних із домашнім насильством і насильством взагалі, займалися науковці з різних галузей знань психології, педагогіки, соціології, адміністративного й кримінального права та ін.

Вперше, як проблема національного масштабу, насильство в сім'ї стало розглядатися у Сполучених Штатах Америки. Приводом для цього стала публікація в журналі Американської медичної асоціації, в 1962 році, статті «Синдром дитини, яку б'ють» [1, с.8]. Проблематиці домашнього насильства як історико-теоретичній категорії, присвятили свої праці О. Бандурко, О. Бойко, А. Блага, С. Волошина, О. Литвинов, О. Храмцов та інших. В межах соціологічних досліджень теоретико-методологічних і практичних проблем цього феномену вагомий внесок здійснили Р. Берк, М. Вебер, К. Йолло, Л. Лерман, Л. Шерман та ін.

У сучасній науці існують три основні підходи щодо аналізу чинників, які мають вплив на розвиток ситуації домашнього насильства: соціокультурний, системний сімейний та індивідуально-психологічний.

Так *соціокультурний підхід* базується на існуванні комплексу соціальних структур, культурних норм і цінностей, які підтримують такий тип соціальної чутливості суспільства, наслідком якого є наявність толерантності до насильства чоловіків по відношенню до жінок. Основними теоріями даного підходу є: теорія культури насильства (Wolfgang M., Ferracuti F.), ресурсна теорія (Warner R, Lee G.; Hotaling G., Sugarman D.; Gelles R.). Найбільш поширеною в рамках даного підходу є патріархальна теорія насильства (Dobach R.), представники якої вважають, що соціальні та економічні норми життя безпосередньо чи опосередковано підтримують патріархальний устрій суспільства і що домінування чоловіків є поясненням історично зумовлених патернів насильства по відношенню до жінок. *Системний сімейний підхід* об'єднує основні концепції комунікативного (Jacson D., Haley J., Watzlawick P.), структурного (Haley J., Madanes K.), поведінкового (B. Catip, Patterson G.) напрямів сімейної психотерапії. Сімейне насильство розглядається як дисфункція всієї системи, а не просто як наслідок індивідуальної психопатології одного з членів родини (Giles-Sims J.). *Індивідуально-психологічний підхід* піднімає проблеми дослідження особистісних рис кривдника та жертви (Caplin D.; Rosenbaum A.; Straus M.; Dutton D.; Wallace H.) як факторів, що спричиняють насильницьку поведінку.

Найбільш загальноприйнятною на сьогодні вважається екологічна теорія насильства Урі Бронфенбреннера [4], яка пояснює насильство в родині, розглядаючи проблему з різних сторін. Автор припускає, що буття людини переважно визначається системами, в які вона включена, та характером впливу цих систем одна на одну.

Однак, незважаючи на актуальність тематики і велику кількість досліджень, певні аспекти зазначеної проблеми, потребують подальшого розгляду. Особливу увагу необхідно приділити розгляду особливостей та механізмів формування травматичного зв'язку між учасниками домашнього насильства.

Аналізуючи сучасні напрацювання, ми бачимо, що більшість науковців [1,3,7] виокремлює психологічні, соціальні, економічні чинники його виникнення. Але нам вважається більш ґрунтовним підхід, згідно з яким розглядаються наступні чинники:

- соціальні (напруження, конфлікти, насильство в суспільстві; пропагування в засобах масової інформації насильства як моделі поведінки);
- економічні (матеріальні нестатки; відсутність гідних умов життя та одночасно – відсутність умов для працевлаштування і заробітку грошей; економічна залежність; безробіття);
- психологічні (стереотипи поведінки);
- педагогічні (відсутність культури поведінки – правової, моральної, громадянської, естетичної, економічної, трудової);
- соціально-педагогічні (відсутність усвідомленого батьківства, сімейних цінностей у суспільстві, позитивної моделі сімейного життя на засадах гендерної рівності, сімейного виховання на основі прав дитини);
- правові (ставлення до насильства як до внутрішньосімейної проблеми, а не як до негативного суспільного явища, до членів сім'ї – як до власності; недостатня правова свідомість);
- політичні (схильність до гендерних стереотипів; недостатній пріоритет проблем сім'ї та гендерної рівності; увага до материнства й дитинства, а не до сім'ї загалом; брак уваги до батьківства, чоловіків);
- соціально-медичні (відсутність репродуктивної культури у населення, відповідального батьківства, системи сімейних лікарів; алкоголізм, наркоманія, агресія тощо);
- фізіологічні та медичні (порушення гормонального фону, обміну речовин, швидкості реакцій; прийом збуджувальних лікарських препаратів; хвороби нервової системи тощо) [7].

Домашнє насильство, як деструктивна форма міжособистісних відносин в сім'ї, характеризується *циклічністю, повторюваністю, зростанням сили та активності дій, тотальністю контролю та поширенням впливу на всі сфери сімейного функціонування й закріпленням такої поведінки*. Якщо насильство з'явилося один раз, воно буде повторюватися у

більш жорстокішої та грубішій формі, та як воронка, захоплювати різні аспекти життя людини. Крім того, домашнє насильство має тенденцію до зростання: стає більш грубим, масивним, тобто охоплює більше аспектів життя, тяжіє до тотальності, а образлива поведінка, скоріше, закріплюється, ніж руйнується. Насильницька поведінка стає тотальною, закріплюється та зростає вірогідність її наслідування дітьми у подальшому подружньому житті (феномен соціальної естафети).

Таким чином, розглядаючи домашнє насильство як деструктивну форму міжособистісних відносин в сім'ї, виокремлюються певні його особливості, а саме: циклічність, повторюваність, зростання сили та активності дій, тотальність контролю та поширення впливу на всі сфери сімейного функціонування й закріплення такої поведінки. При побудові ефективних шляхів реагування на факти домашнього насильства, якісної та злагодженої профілактичної діяльності всіх суб'єктів та розробці дійових корекційних програм роботи з постраждалими та кривдниками доцільно враховувати особливості формування травматичного зв'язку між учасниками домашнього насильства причини його виникнення, механізми функціонування та існуючі феномени.

### Список використаної літератури

1.Актуальні проблеми сімейного насильства : монографія / Перцева Т.О., Огоренко В.В., Кожина Г.М., Зеленська К.О., Носов С.Г., Терюшина І.Ф., Гненна О.М., Мамчур О.Й., Тимофєєв Р.М., Шорніков А.В.; за заг. ред. проф. Т.О.Перцевої та проф. В.В. Огоренко. Дніпро, 2021. 188 с.

2.Берн Э. Трансакционный анализ в психотерапии / пер. с англ. А. Грузберга. М. : Эксмо, 2009. 416 с.

3.Блага А.Б. Дослідження соціальної природи насильства – теоретичне підґрунтя для кримінологічного аналізу насильства в сім'ї. *Порівняльно-аналітичне право* 2013. № 3-2. С. 247-250.

4.Бронфенбреннер У. *Два мира - два детства. Дети в США и в СССР*. М.: *Прогресс*, 1976. 167 с.

5.Гарин И. Стокгольмський синдром. О преступниках и жертвах [Електронний ресурс]. Режим доступу : <https://nv.ua/opinion/garin /stokgolmskij-sindromo-prestupnikah-i-zhertvah-2013795.html>.

6.Малкина-Пых И. Г. Психология жертвы. М. : Эксмо, 2006. 1008 с.

7.Попередження домашнього насильства. Навчальний посібник для консультантів «гарячих» ліній / Упорядники: Краснова О.В., Калашник О.А. Київ, 2016. 90 с.

## ГОЛОВНІ ПРАВИЛА КОЖНОГО СПОРСТМЕНА

Кожному спортсмену притаманні індивідуальні правила та тренування, які залежать від виду спорту. Але існують деякі принципи фізичного виховання, котрі виконують усі фізкультурники.

В основу цих принципів входять регулярне медичне обстеження, наявність тренера, що слідкує за тренуваннями та дає рекомендації щодо виконання вправ. Неодмінно відповідає за безпеку підопічного, працездатність спортсмена та інше.

Особиста гігієна – це один із розділів загальної гігієни, що вивчає питання стосовно догляду за тілом. Він включає в собі догляд за шкірою, руками й ногами, сном, психікою, настроєм тощо. Завдяки спостереженню за цими показниками лікарі, тренери та дієтологи виписують індивідуальні програми тренувань, прийому їжі, а також рекомендації щодо догляду за здоров'ям.

Зміцнити організм також можна за допомогою загартовування – системи гігієнічних заходів, що спрямовані на підвищення стійкості організму до несприятливої дії різних метеорологічних чинників (холоду, тепла, сонячної радіації, зміни атмосферного тиску). Систематичне загартовування дає змогу уникнути багатьох захворювань, зберегти високу працездатність упродовж життя.

Неодмінно, правильне харчування також відіграє важливу роль для організму людини. Рациональне харчування – це запорука успіху. Головними його елементами вважаються збалансованість та правильний режим.

Для того, щоб досягти найвищих спортивних результатів потрібне ідеальне постачання енергії. Грамотна побудова раціону спортсмена та підтримання водного балансу – це головна вимога при організації тренувального процесу.

Без знання енергетичних потреб, ролі субстратів та взагалі уявлення про це неможливо обґрунтувати основні рекомендації з харчування для конкретного виду спорту. В залежності від нього за 1-3 дні до змагань починається період спеціальної стратегії харчування.

Можна виділити три основні принципи раціонального харчування:

- його збалансованість на основі головних поживних речовин стосовно виду спорту;

- відповідність енергетичної цінності раціону витраті енергії;

- вибір необхідної кількості прийомів їжі на день.

Також важливо керуватися основними медико-біологічними принципами при виборі спеціалізованих продуктів для спортсменів:

1. Принцип енергетичного балансу. Тобто, харчування має сприяти

підвищенню працездатності та відшкодувати витрачену енергію;

2. Точність дозування інгредієнтів, що необхідні для фізіологічного функціонування;

3. Облік динаміки способу життя – тобто, вибір дієвих форм харчування при заданому способі життя, характеру та тривалості тренувань, місця їх проведення;

4. Системність харчування – взаємодія поживних елементів один з одним. Наслідком цього принципу є адекватність харчування – якщо стається нестача одного важливого поживного елемента, то й інші не зможуть досягнути дієвого функціонування.

Отже, необхідно приділяти особливу увагу своєму здоров'ю, особистій гігієні, харчуванню. Є важливим створити дієву індивідуальну стратегію тренувань та слухати рекомендації тренера, лікаря.

### **Список використаної літератури**

1. Сіренко Р.Р. Гігієнічні основи фізичного виховання студентів : [навч. посібник] / Р.Р. Сіренко, А.Г. Киселевич, В.М. Стельникович, М.О. Сапронов. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2005. – 144 с.
2. Загальна гігієна : посібник для практичних занять ; під ред. І.І. Даценко. – Львів : Світ, 2002. – 302 с.
3. Корзун В. Н. Гігієна харчування: підручник / В. Н. Корзун. - К.: видавничий центр КНТЕУ, 2003. — 236 с.
4. Притульська Н., Хробатенко О., Бондаренко Є. Дослідження якості харчових продуктів // Товари і ринки. – 2011. – вип. 2 – С. 112.
5. Розблюм К. А. Харчування спортсменів, керівництво для професійної роботи з фізично підготовленими людьми. – К.: Олімпійська література, 2014. – 535 с.

**Мірошникова Н.С., Хатіпов М.О.**

## **ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА СПОРТСМЕНА**

Психологічна підготовка - це система психолого-педагогічних впливів, що застосовуються з метою формування та вдосконалення у спортсменів властивостей особистості і психічних якостей, необхідних для успішного виконання тренувальної діяльності, підготовки до змагань і надійного виступу в них.

Одним з вирішальних факторів успіху при відносно однакових рівнях фізичної та техніко-тактичної підготовленості є психічна готовність спортсмена до змагання, яка формується в процесі психологічної підготовки людини.

Зміст психологічної підготовки, її побудова, засоби і методи визначаються специфікою виду спорту. У них більше різного, ніж спільного. Мало що можна сказати про психологічну підготовку спортсмена взагалі. Візьмемо для дослідження приклад спортсмена – боксера.

Історія сучасного боксу має велику кількість прикладів, коли боксери з чудовими фізичними та інтелектуальними характеристиками, проте без сили волі, не могли досягнути верхівок спортивної майстерності через одну просту причину – вони не були психологічно готовими до боксу. Всі етапи підготовки боксера (технічний, психологічний, тактичний і фізичний) взаємозв'язані та взаємообумовлені. Але у такому жорсткому єдиноборстві, як бокс, психологічна підготовка є основою всього.

Загальна психологічна підготовка стоїть на одному рівні з фізичною, технічною та тактичною підготовкою і здійснюється протягом усього періоду спортивного вдосконалення. Вона спрямована не тільки на підготовку боксерів до майбутнього змагання, а й на вирішення завдань спортивного вдосконалення.

Основні завдання загальної психологічної підготовки:

- виховання моральних рис і якостей особистості спортсмена;
- формування спортивного колективу і психологічного клімату команди;
- розвиток процесів сприйняття, в тому числі формування та вдосконалення спеціалізованих видів сприйняття, таких як «почуття дистанції», «почуття партнера», «почуття рингу», «почуття часу»;
- розвиток уваги, зокрема, його обсягу, інтенсивності, стійкості, розподілу і переключення;
- розвиток тактичного мислення, пам'яті, уявлення і уяви, здатності швидко і правильно оцінювати бойову ситуацію, приймати ефективні рішення і контролювати свої дії;
- розвиток здібностей управляти своїми емоціями в процесі підготовки до змагань і в процесі самого бою.

Дуже часто, коли має бути важливий бій, боксери ведуть попередню «внутрішню» боротьбу з самими собою. Адже якщо є найменші сумніви в тому, що програєш, то ці переживання виллються на рингу. Що робити, щоб не потрапити під вплив стресу? Часто тренер і є особистим психологом, який налаштовує боксера на бій. Він повинен з перших днів підготовки навчити недосвідченого боксера тримати емоції в собі, завжди концентруватися на діях опонента і прораховувати подальші кроки.

Як себе повинен вести на рингу хороший боксер? Адже все, так чи інакше, залежить від психологічного стану. Стежити за противником, і в потрібний момент провести атаку. Неправильне і поспішне рішення може призвести до ураження. При цьому боксер повинен в «гарячці» бою пам'ятати, що потрібно зберігати баланс між атакою і захистом. Під час бою

почуття уважності через втому може ослабнути, і тут вже тренер зобов'язаний допомогти своєму підопічному.

Фотоапарати кореспондентів, крики натовпу, внутрішній страх поразки - це лише неповний перелік того, з чим треба боротися. Дуже часто можна зустріти відмінного спортсмена в тренувальному залі, який показує відмінний результат. Але варто йому з'явитися на великому змаганні - і людина піддається страху від чого і програє.

Участь боксера в змаганнях, відповідальність за них перед колективом – усе це пов'язано з великим нервовим напруженням. Щоб уникнути нервових перенапружень необхідна відповідна психологічна підготовка спортсмена.

Психологічну підготовку боксера до змагань можна поділити на три етапи: перший етап – це психологічна підготовка в процесі тренування; другий - психологічна установка до бою з певним противником; та третій - вплив на психіку боксера під час секундування.

В період тренування дуже важливо виховати у боксера постійне прагнення вдосконалюватися. Тільки за цих умов можливе безперервне зростання його спортивних досягнень.

Щоб психологічна підготовка боксера до змагань була успішною, тренер повинен добре знати особливості його характеру, темпераменту та інші психічні властивості. Тільки тоді його вплив на боксера буде дієвим.

У взаємовідносинах з учнем тренер не повинен ставити себе в становище няньки і займатися дріб'язковою опікою. Вольовий і ініціативний боксер найменше потребує моральної підтримки. Такий боксер не розгубиться ні в якій обстановці змагань.

Вплив на психіку боксера під час секундування. На змаганнях тренер боксера стає його секундантом. З його боку потрібним є велике самовладання, щоб мобілізувати боксера на успішні дії.

Психологічна підготовка боксера безпосередньо перед виходом на ринг полягає в тому, щоб створити йому потрібний бойовий настрій для змагання. Ця підготовка проходить в органічному зв'язку з розминкою, в якій тренер нагадує боксеру про основні засоби боротьби, про його виграні прийоми в атаках і захисті. Випробовуючи їх у практичній розминці, боксер набуває необхідної впевненості в своїх діях, зосереджується на своїх тактичних завданнях і виходить на ринг в стані бойової готовності.

У ході бою тренер помічає переваги та недоліки обох супротивників і у хвилині перерви бою дає боксеру поради. При цьому тренер повинен вселяти боксеру впевненість.

При успішному закінченні бою тренер повинен похвалою підтримати бойовий настрій свого вихованця для майбутньої боротьби в турнірі.

При невдалому результаті бою тренер повинен заспокоїти боксера, а потім відверто розповісти йому про помічені недоліки в бою.

У висновку хотілося б особливо підкреслити, що психічна підготовка є основною в оволодінні техніко-тактичною майстерністю.

### **Список використаної літератури**

1. Ковтун А.Н. «Бокс, Секрети професіоналізму». - К: Київ, 2010, 157 - 173.
2. Стрельников В.А. «Тактична і психологічна підготовка боксера. Улан-Уде», 1991. - С. 10, 12-8.
3. Вяткіна Б.А. Управління психічним стресом у спортивних змаганнях. М.: Фізкультура та спорт, 2001. С. 48, 56.
4. Психологія спорту/ укладачі Ямчук Т.Ю., Алмаші С.І.- Мукачево: МДУ, 2017. - 37с.

**Пілецька Л.С., Завацький Ю.А., Анохін С.А.**

### **АСЕРТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ЧИННИК РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ**

Соціальні перетворення торкаються всіх сфер буття сучасної людини, висувають високі вимоги щодо змісту як професійних, так і особистісних соціальних ролей. Існуючі виклики ускладнюються поєднанням реальної і віртуальної соціально-психологічної реальності, а відтак, і виснаженням фізичних і психологічних ресурсів особистості. Разом із цим відбувається зміна усталених уявлень про благополуччя, за допомогою яких особистість визначає своє місце у соціумі, що може спричинити кризу її становлення та розвитку (А. Борисюк, Н. Завацька, Л. Карамушка, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.). Саме за таких умов суттєвого значення набуває відновлювана здатність особистості, сформованість її реабілітаційного потенціалу. При чому, мова йде не тільки про відновлення організму людини внаслідок фізичних і психологічних травм. Роль реабілітаційного потенціалу зростає й на фоні так званого психологічного благополуччя. І часто такі невидимі чинники як прокрастинація, трудоголізм, перфекціонізм, мультизадачність, схильність до узаалежненої поведінки, відсутність навиків асертивної поведінки непомітно руйнують як психологічне, так і фізичне здоров'я особистості.

Проблеми реабілітації особистості є предметом досліджень багатьох науковців. Встановлено, що у контексті означеної проблеми найбільшу цінність представляють дослідження вчених, які вивчали проблеми життєдіяльності людини у сучасних соціальних умовах (О. Блинова, С. Гарькавець, М. Журба, М. Тоба та ін.) та особливості її становлення і розвитку (І. Аршава, І. Ващенко, А. Коваленко, С. Максименко, Е. Носенко, І. Попович, Т. Титаренко та ін.), проблеми самовизначення як складової



життєвого розвитку (Б. Ананьєв, А. Борисюк, В. Бочелюк, Л. Виготський, Е. Еріксон та ін.), вплив професійної діяльності на розвиток особистості (Н. Євдокимова, І. Жигаренко, В. Завацький, О. Лосієвська, Л. Пілецька, О. Шевяков та ін.), стратегії формування здорового способу життя та підтримки психологічного благополуччя (Ю. Бохонкова, І. Бурлакова, Ю. Завацький, А. Лоуен, Н. Мілорадова, Л. Спицька, Н. Твердохлебова та ін.).

Психологічний реабілітаційний потенціал прийнято називати реабілітаційним потенціалом особистості, визначаючи його як здатність реабілітанта здійснювати в діяльності, яка забезпечується психологічними механізмами, конкретні заходи по досягненню реабілітаційних цілей. Психологічний реабілітаційний потенціал визначає можливість розширення сфери життєдіяльності реабілітанта за рахунок відновлення або компенсації порушень на психологічному рівні. Реабілітаційний потенціал особистості доцільно розглядати в двох аспектах: його значення для психологічної реабілітації - як показника ймовірності відновлення або компенсації порушень і розладів психічної діяльності і в аспекті його впливу, як своєрідного виду діяльності реабілітанта, на успішність, ефективність всього комплексу реабілітаційних заходів. Реабілітаційний потенціал особистості, будучи складовою реабілітаційного потенціалу, характеризується, як і всі інші складові реабілітаційного потенціалу, своєю внутрішньою структурою, що включає інтелектуальний компонент РПО, емоційно-вольовий компонент РПО, мотиваційний компонент РПО. Інтелектуальний компонент РПО забезпечує рівень розуміння реабілітантами проблем, пов'язаних із захворюванням, інвалідністю і можливості їх вирішення за допомогою реабілітаційних заходів. Інтелектуальний РПО залежить від рівня стану когнітивних процесів і рівня інтелекту. Емоційно-вольовий компонент РПО визначає енергію реабілітанта в досягненні цілей і завдань реабілітації, чутливу забарвленість відносин до цих цілей і завдань, а так само до окремих реабілітаційних заходів і залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості, емоційних станів і вольових процесів. Мотиваційний РПО визначає спрямованість на досягнення цілей і завдань реабілітації і являє собою сукупність цілей, установок, мотивів і потреб, актуальних для реабілітанта в аспекті різних підсумків, результатів реабілітації і залежить від ціннісно-мотиваційних характеристик особистості, системи особистісних відносин в цілому. Тому аналіз і оцінку реабілітаційного потенціалу особистості слід проводити:

- на основі вивчення психічних функцій, властивостей і утворень; -
- на підставі системного вивчення відповідної феноменології як в рамках патопсихологічного, так і власне психологічного реєстрів;
- з характеристикою ступеня вираженості порушень, їх локальності або тотальності, характеру механізмів психічних порушень;

– кожен компонент РПО слід розглядати диференційовано щодо різних видів реабілітації [2].

Опираючись на дослідження В. Корнієнко, стверджуємо, що адаптаційний потенціал особистості є інтегральним поняттям, яке включає специфічні ресурси, представлені на різних рівнях організації особистості (індивідуальному, особистісному, суб'єктно-діяльнісному) та розглядається як інтегральна змінна, яка характеризує сукупність індивідуально-психологічних ознак, що обумовлюють ефективність психічної адаптації; має властивості складної системи і, відповідно, системний аналіз виступає основним підходом до його дослідження; включає не тільки наявні прояви адаптаційних здібностей, а й латентні властивості, які можуть проявитися при зміні змісту, сили і напрямку впливу адаптогенних чинників; визначає межі адаптаційних можливостей особистості і стійкості до чинників, що впливають на них; містить передумови діапазону відповідних адаптаційних реакцій; пов'язаний з індивідуально-психологічними особливостями; при цьому власна активність особистості виступає як умова, що регулює міру реалізації її потенційних можливостей.

В науковій літературі розкрито критерії ефективності адаптаційного процесу особистості. Встановлено, що дослідники, як правило, об'єднують їх у дві групи: об'єктивні (зовнішні) та суб'єктивні (внутрішні) критерії. При цьому критеріями адаптованості вважають не тільки виживання людини і знаходження її місця у соціальній структурі, а й загальний рівень психологічного здоров'я, здатність розвиватися у відповідності зі своїм життєвим потенціалом, суб'єктивне почуття самоповаги і осмисленість життя (Г. Балл, О. Бондарчук, Л. Карамушка, О. Лосієвська, Л. Онуфрієва, С. Цимбал, Т. Яценко та ін.). Важливим є розуміння аналізу специфічних особистісних ресурсів, які виступають предикторами психологічного здоров'я та є ознаками реабілітаційного потенціалу. Визначено, що у межах ресурсних концепцій такі утворення як життєстійкість, життєздатність, оптимізм, самоцінність, самоефективність, толерантність до невизначеності, самоконтроль та копінг-компетентність розглядаються багатьма вченими як предиктори психологічного благополуччя, що відображає стан психологічного здоров'я загалом (В. Завацький, О. Лосієвська, Л. Пілецька, О. Смирнова, У. Михайлишин, І. Шостя та ін.). Саме в рамках ресурсних концепцій вважаємо за доцільне розглянути вплив асертивної поведінки на реабілітаційний потенціал особистості.

Отже, особистість з асертивною поведінкою характеризується такими якостями, як: упевненість у собі, у своїх здібностях, своєму призначенні, а відчуття внутрішньої свободи дає їй можливість адекватно оцінювати, що відбувається навколо неї, чітко планувати дії, ясно висловлювати свої почуття, шанобливо співпрацювати з партнерами, доносячи до них свою позицію. І таким чином, асертивна поведінка дозволяє

особистості структурованіше розподіляти власні ресурси і, таким чином, сприятиме підвищенню реабілітаційного потенціалу особистості.

### **Список використаної літератури**

1. Подоляк Н.М. Психологічні особливості асертивності. *Наука і освіта: науково практичний журнал Південного наукового Центру АПН України*. 2010. №9. С. 108–111.
2. Реабілітаційний потенціал. [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: Міністерство охорони здоров'я, Наказ "Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності" від 05.09.2011 N 561/[http://search.ligazakon.ua/1\\_doc2.nsf/link1/TM043108.html](http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/TM043108.html).
3. Семиченко В. А. Психологія особистості. К. : Видавець Ешке О.М., 2001. 427 с.
4. Татенко В.А. Психология в субъектном измерении : монография / В. А. Шатенко. К. : Видавничий Центр «Просвіта», 1996. 404 с.
5. Титаренко Т. М. Життєві домагання і професійне становлення особистості практичного психолога. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. № 4. С. 21–23.
6. Хохлова Е.В. Конструктивная агрессивность в формировании навыков асертивного поведения студентов вуза: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.07 «Педагогическая психология», Нижегородский государственный педагогический университет. Нижний Новгород, 2008. 26 с.

**Слурденко Д.О., Савчук О.А., Гетта О.М.**

## **РЕАЛІЗАЦІЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОВРЯДУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Проведення на території України операції об'єднаних сил (ООС) зумовлює високу актуальність досліджень у галузі психологічного забезпечення правоохоронної діяльності, зокрема щодо психологічного супроводу службово-бойової діяльності, яка здійснюється військовослужбовцями Національної гвардії України.

В результаті бойової психічної травматизації у правоохоронців спостерігаються розвиток стресових станів, виснаження психологічних ресурсів, прояви поведінкових розладів. В цих умовах психологічне забезпечення правоохоронної діяльності значною мірою спрямовується на формування у військовослужбовців сприятливих станів (психологічної готовності, рішучості тощо) та профілактику виникнення і загострення негативних психічних станів, роботу з їх наслідками. В ході професійно-психологічної підготовки особового складу неабияка увага приділяється навчанню військовослужбовців управляти своїм станом, регулювати його у

відповідності до зовнішніх умов службово-бойової діяльності. Саме тому проблема управління психічним станом військовослужбовців Національної гвардії України набуває особливої гостроти.

В складних, нетипових, небезпечних умовах службово-бойової діяльності військовослужбовців Національної гвардії України раніш засвоєні, звичні шаблони мислення, переживання та поведінки, що складають основу самоконтролю і саморегуляції, часто виявляються неефективними, викликають невдоволеність своїми вчинками та своєю особистістю як професіонала. Це актуалізує у них усвідомлення необхідності переходу до раціонального аналізу ситуацій службово-бойової діяльності, усвідомленої постановки цілей, цілеспрямованої зміни поведінки, тобто до самоврядування власною поведінкою.

У наукових публікаціях психічне самоврядування розглядається як механізм самоорганізації поведінки, який ієрархічно включає саморегуляцію і самоконтроль, але не обмежується ними. На думку Г.С. Нікіфорова, саморегуляція і самоконтроль дозволяють приводити і утримувати психіку в стані, який дозволяє реалізовувати цілі життєдіяльності, а самоврядування включає і визначення та постановку цілей (Кирпенко, 2016; Сорока, 2018; Цільмак, 2020).

Досвід, який відрізняється від звичайного, є фактором, що визначає особливості розвитку самоврядування. Незвичні події актуалізують процеси самоврядування, їх переживання формують загальну здатність до самоврядування.

Специфіка досвіду визначає особливості здатності до самоврядування, відповідно, можна говорити про загальну та специфічні види здатності до самоврядування.

Загальна здатність до самоврядування складає важливу умову ефективного виконання професійної діяльності в складних і нетипових умовах (Приходько, 2018, 2021). В тому чи іншому вигляді вимоги щодо сформованих навичок цілепокладання, самоконтролю, самоуправління містяться в усіх у професіограмах і критеріях професійно-психологічного відбору персоналу сектору безпеки і оборони України.

Одним із видів спеціальної здатності до самоврядування – є здатність до самоврядування у бойових умовах. Розвинута загальна здатність до самоврядування та більш специфічна здатність до самоврядування у бойових умовах є важливим фактором ефективності діяльності військовослужбовця НГУ у бойових умовах.

Формування специфічної здатності до самоврядування у бойових діях у військовослужбовців НГУ може йти декількома шляхами.

Один з них – стихійний – передбачає формування здатності до самоврядування у бойових діях на основі переносу наявного досвіду дій у нестандартній ситуації на ситуацію дій в бойових умовах, з коригуванням

цього не цілком відповідного досвіду безпосередньо в ході виконання поставлених завдань у бойових умовах та з подальшим прийняттям (що передбачає здатність інтеріоризувати) власного (з врахуванням зроблених помилок) набутого досвіду участі в бойових діях. Цим шляхом шли вимушені були йти перші військовослужбовців НГУ за мобілізацією 2014 року. Нажаль, цей шлях формування здатності до самоврядування у бойових умовах, не завжди був ефективним. Так, значний відсоток цієї категорії військовослужбовців НГУ виявилися нездатними впоратися із ситуацією і, як наслідок, у них мали місце як прояви гострої реакції на бойові стрес-фактори, що робили неможливим виконання поставлених завдань; та формування у подальшому, як окремих ознак психічної травматизації, так і цілком сформованого симптомокомплексу ПТСР.

Більш продуктивна система формування здатності до самоврядування у бойових умовах передбачає більш контрольований процес інтеріоризації бойового досвіду:

- проходження оперативної підготовки, бойової підготовки до участі в бойових діях, спеціальної підготовки до виконання конкретних службово-бойових завдань;

- можливість отримання допомоги більш досвідчених товаришів по службі безпосередньо у ході виконання поставленого завдання при втраті власної здатності до доцільних дій, до опанування собою;

- допомога у прийнятті набутого досвіду (при необхідності психологічну допомогу у формі дебрифінгу тощо);

- у подальшому вироблення більш свідомого ставлення до професійної підготовки взагалі та до виконання конкретних бойових завдань зокрема (як здатність визначати пріоритети при отриманні нових знань і формуванні нових навичок);

- можливість ділитися досвідом з новобранцями (як додатковий спосіб усвідомлення його цінності, цінності набутої здатності до самоврядування у бойових умовах).

На сьогодні усі військовослужбовці НГУ проходять спеціальну підготовку до участі в бойових умовах на основі українського та закордонного досвіду.

Наявна загальна здатність до самоврядування та сформована у військовослужбовців НГУ здатність до самоврядування у бойових умовах можуть впливати на те, які очікування є у військовослужбовців НГУ щодо необхідності виконувати поставлені завдання в бойових умовах, як безпосередньо сприймаються ці умови, як вони оцінюються (у тому числі і постфактум), як оцінюється їх загроза, травматичність (у тому числі потенційна та реально пережита).

Таким чином:

– військовослужбовці – учасники бойових дій НГУ, на відміну від військовослужбовців, які не мають досвіду участі у бойових діях, більш високо оцінюють свої ресурси подолання травматичності подій, зокрема внутрішній ресурс, який пов'язаний із наявною професійною підготовкою;

– висока оцінка наявних ресурсів не лише здатна до певного нівелювання негативу всього спектру інтенсивності травматичних подій (від загального негативного ставлення соціального оточення в зоні соціального конфлікту до високої вітальності подій, свідком яких став військовослужбовець), а й до зниження самої оцінки інтенсивності цих подій;

– переживання інтенсивних негативних подій може знижувати оцінку внутрішніх і зовнішніх ресурсів подолання травматичності ситуації;

– нездатність довіряти своєму оточенню знижує доступ до зовнішнього ресурсу подолання травматичності ситуації.

Рівень сформованості загальної здатності до самоврядування, перевірка його на практиці впливають на актуальні, проактивні і ретроактивні оцінки травматичності бойових умов, в яких військовослужбовці НГУ виконують поставлені завдання:

– військовослужбовці НГУ, у яких недостатньо сформована здатність до самоврядування, відсутній досвід дій в бойових умовах, керуються негативним прогнозом розвитку подій при виникненні необхідності діяти в бойових умовах;

– досить позитивна оцінка власної професійної підготовки та ресурсу приналежності до своєї референтної групи потенційно дозволяють військовослужбовцям НГУ, у яких здатність до самоврядування сформована на достатньому рівні, здійснювати планування та вносити необхідну корекцію у попередній план виконання поставленого завдання у бойових умовах, проте, їм заважають неопановані вітальні страхи;

– хоча військовослужбовці НГУ з досвідом участі у бойових діях, у яких здатність до самоврядування сформована недостатньо, і позиціонують себе, як таких, що завдяки своєму досвіду участі в бойових діях значно відрізняються від військовослужбовців НГУ, які такого досвіду не мають, проте пережита інтенсивність бойових стрес-факторів «зневірила» їх у власній здатності протистояти стресовості ситуації, позбавила «доступу» до наявних внутрішніх і зовнішніх ресурсів стійкості до дії бойового стресу. Виконання завдання у бойових умовах сприймається ними, як таке, що переважно залежить від обставин, що склалися. Хоча вони не схильні ухилятися від відряджень до зони бойових дій, проте, суб'єктивно вони більш високо оцінюють травматичність бойових умов;

– участь у бойових діях дозволила військовослужбовцям НГУ з достатнім рівнем сформованості здатності до самоврядування впевнитися в своїй професійній підготовці, в своєму близькому оточенні, що дозволило їм у цілому знизити стресовість у ставленні до бойових умов, а загрозу для життя сприймати, як «мобілізуючий чинник» для розгортання процесу самоврядування. У цій групі професійна підготовка стає підґрунтям для

побудови плану дій, а довіра товаришам по службі додає рішучості, дозволяє перейти їх досвід.

Таким чином, існуючі види підготовки мають будуватися не лише як засвоєння готового алгоритму, автоматизація навичок, що безумовно важливо, але не є фактором розвитку самоврядування, вони мають будуватися, як проблемно-орієнтоване навчання, як здатність вибудувати новий шлях досягнення цілі.

Наявність небойових втрат, випадки розвитку симптоматики ПТСР, інших негативних станів та інше доводять, що існуюча система професійної психологічної підготовки хоча і значно змінилася на краще за роки участі НГУ в ООС на Сході країни, проте має продовжуватися її вдосконалення. Одним із напрямком такого вдосконалення є виділення типів самоврядування, їх ефективності, виділення факторів, що визначають їх формування.

### Список використаної літератури

1. Барко В. І., Ірхін Ю. Б., Нещерет Т. В., Шаповалов О. В. Професіографічний опис основних видів діяльності в органах внутрішніх справ України : практ. посіб. Київ : Київ. нац. ун-т внутр. справ ; Друкарня МВС, 2007. 100 с.

2. Кирпенко Т. М. Вплив вольових процесів на регуляцію поведінки в екстремальних умовах життєдіяльності. *Актуальні проблеми психології*. Том 7. Екологічна психологія. 2016. Т. 41. С. 151-158.

3. Приходько І.І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України: електрон. наук. фах. вид. Серія : психологія*. 2018. Вип. 1. URL :

[http://books.ndcnangu.co.ua/statti\\_NDL\\_3/Vnadpn\\_2018\\_1\\_13.pdf](http://books.ndcnangu.co.ua/statti_NDL_3/Vnadpn_2018_1_13.pdf)

4. Приходько І. І., Юр'єва Н. В., Лиман А. А. Професіографічний опис діяльності військовослужбовців за контрактом Національної гвардії України управлінського складу. *Честь і закон*. 2021. № 1 (76). С. 115-124.

5. Сорока А. В. Психологічні особливості здатності до довільного самоврядування девіантної особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія Психологія*. 2017. № 61. С. 75-79. URL: <https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/8221>

6. Цільмак О. М. Професіогенез компетентності фахівців кримінальної міліції: теорія та практика : монографія. Одеса : Одес. держ. ун-т внутр. справ, 2011. 432 с.

7. Цільмак О. М. Психологічні основи особистісного самоврядування. *Правове життя сучасної України : у 3 т. : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Одеса, 15 трав. 2020 р.) / відп. ред. М. Р. Аракелян. Одеса : Гельветика, 2020. Т. 1. С. 267-269.

## ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Динаміка спостережень у напрямі стану здоров'я студентської молоді, які проводилися нами більше двох десятиліть, має негативні показники [1; 2; 3]. З погіршенням здоров'я молоді, знижується їхній рівень фізичної підготовленості [4; 5]. Таке саме становище спостерігається в цілому по країні.

Так, за даними О. Микитюк, до 50 – 60% абітурієнтів, які вступають до закладів вищої освіти (ЗВО), мають захворювання серцево-судинної, травної, дихальної, ендокринної системи, міопію тощо (Кривошеєва, 2001, 85). Близько 90% студентів мають відхилення в стані здоров'я, а в 50% спостерігається незадовільна фізична підготовка. Як зазначає В. Сероштан, кількість студентів, котрі мають відхилення в стані здоров'я та фізичному розвитку, щорічно збільшується. (Башавець, 2012, с. 70) [6].

На сьогодні в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня. До чинників, що призвели до такого становища, можна віднести:

- збіднення значної частини населення;
- погіршення екологічної ситуації;
- розповсюдження здоров'яруйнівних стереотипів поведінки;
- зниження доступності якісних медичних послуг;
- здоров'явитратністю сучасної системи освіти [7].

Нове випробування для населення України, яке ще більше погіршило показники якості здоров'я громадян, це виникнення в грудні 2019 року захворювання COVID-19, збудник хвороби вірус SARS-CoV-2. Воно з'явилося в місті Ухань (Китай), та за невеликий час поширилося по всьому світу. Спалах захворювання поширювався так стрімко, що 30 січня ВООЗ надала хворобі міжнародного значення, та оголосила надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я, а вже 11 березня – пандемію.

Локдауни, що були введені по всій Україні, розподіл території країни залежно від спалаху зараження на зони: зелену, жовту, помаранчеву, червону, відповідно до епідемічної ситуації. Усе це мало свої негативні наслідки для країни.

До наслідків пандемії, яка ще триває можна віднести:

- збільшення кількості захворювань та летальних випадків серед населення;
- погіршення економічної ситуації;
- тимчасова або повна втрата роботи серед працездатної частини населення;



- переведення учнів у режим он-лайн навчання, а частини робітників у режим віддаленої роботи;
- зменшення фізичної активності в більшості населення країни.

За такої складної ситуації необхідна була відповідна реакція з боку державних органів. 30 липня 2021 року Рада національної безпеки і оборони України ухвалює рішення: «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою».

У першому пункті рішення вказано, забезпечити Кабінету Міністрів України розроблення та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 року, визначивши строки, відповідальних за виконання та чіткі механізми для забезпечення рівного доступу громадян України до своєчасної, безпечної та якісної екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги та реабілітації у сфері охорони здоров'я [8].

Стосовно можливості покращення здоров'я серед студентської молоді ВНЗ, у цьому напрямі необхідно вирішити такі завдання:

- проведення профілактичних заходів серед студентів з метою прогнозування можливих захворювань, у тому числі й у самому закладі. Для чого навчальний заклад повинен мати профілакторій або медичний пункт, які оснащені необхідним устаткуванням. Послуги повинні надавати кваліфіковані медичні працівники: лікарі, медсестри, санітари;

- забезпечувати наявність у навчальних закладах спортивної бази та необхідного спортивного інвентарю для проведення навчальних та позанавчальних занять різної спрямованості. Збільшення кількості занять із фізичного виховання до двох, або трьох на тиждень;

- залежно від матеріальної бази вишу, наявності навчальних, лабораторних, виробничих корпусів, розміщувати в них їдальні, буфети. Навчальний розклад для студентів необхідно складати з урахуванням часу для прийому ними їжі.

- пропагувати здоровий спосіб життя та фізичну активність у родині, у навчальних закладах, у місцях проживання (села, селища, міста), у цілому в державі.

### **Список використаної літератури**

1. Шигалевський В., Сухенко І. Захворювання та стан механізмів адаптації у сучасної університетської молоді регіону Донбасу/ Матер. Всеукраїнської наукової конференції. "Валеологічна освіта як шлях до формування здоров'я сучасної людини" – Полтава, 1999. – С. 110-112.
2. Шигалевский В., Скобин А., Сухенко И. Заболеваемость студентов: выявление, первичная и вторичная профилактика. Матер. всеукраїнської науково-методичної конф. "Здоров'я та освіта: проблеми та перспективи" – Донецьк, 2000. С. 398-400.

3. Сухенко И. Оценка и самооценка состояния здоровья первокурсников ВУГУ. Матер. всеукраїнської науково-методичної конф. "Здоров'я та освіта: проблеми та перспективи" – Донецьк, 2000. С. 384-385.

4. Шигалевский В., Михайлова Д., Сухенко И. Физическая подготовленность молодежи Луганщины: результаты тестирования 1998 года. Матер. Республіканської науково-методичної конференції. "Актуальні проблеми фізичного виховання і спорту учнівської та студентської молоді" – Дніпропетровськ, 1999. – С. 66-70.

5. Михайлова Д., Сухенко И. Физическая подготовленность студентов ВУГУ автоматизированная оценка тестирования с помощью ПЭВМ. Матер. межрегиональной научно-практической конф. профессорско-преподавательского состава ВУЗов восточного региона Украины. – Луганск, 1999. – С. 35-37.

6. Проблема формування культури здоров'я студентів у педагогічній теорії [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://od.kubg.edu.ua>.

7. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.

8. Рішення Ради національної безпеки і оборони України: «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21/card4#Current>.

**Тетерев М.М.**

## **ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В ЖИТТІ СТУДЕНТА**

Створення умов для формування людини, гармонійно поєднує в собі духовне багатство, моральну чистоту і фізичну досконалість, є однією з актуальних проблем.

Фізична культура являє собою суспільне явище, тісно пов'язане з економікою, культурою, суспільно-політичним ладом, станом охорони здоров'я, вихованням людей.

Наше століття - століття значних соціальних, технічних і біологічних перетворень. Науково-технічна революція внесла в спосіб життя людини поряд із прогресивними явищами і ряд несприятливих факторів, в першу чергу гіподинамію та гипокінезію, нервові і фізичні перевантаження, стреси професійного й побутового характеру. Все це призводить до порушення обміну речовин в організмі, схильність до серцево-судинних захворювань, надлишкової масі тіла тощо. Вплив несприятливих факторів на стан здоров'я

молодого організму настільки велике і об'ємно, що внутрішні захисні функції організму не в змозі з ними впоратися. Досвід десятиків тисяч людей, які зазнали на собі вплив такого роду несприятливих факторів, показує, що кращою протидією їм є регулярні заняття фізичними вправами,

Заняття фізичними вправами мають величезне виховне значення - сприяють зміцненню дисципліни, підвищенню почуття відповідальності, розвитку наполегливості в досягненні поставленої мети. Це однаковою мірою стосується всіх займаються, незалежно від їх віку, соціального стану, професії.

Фізична культура являє собою складне суспільне явище, яке не обмежена вирішенням завдань фізичного розвитку, а виконує і інші соціальні функції суспільства в області моралі, виховання, етики. Вона не має соціальних, професійних, біологічних, вікових, географічних кордонів.

Фізична культура реалізується в таких формах (компонентах), як фізичне виховання (пов'язане з освоєнням фізичних і духовних сил людини), спорт (їх вдосконаленням), фізична рекреація (підтриманням), рухова реабілітація (відновленням). Внутрішнім наповненням кожної з них є поєднання інтелектуального, соціально-психологічного і рухового компонентів, а також певної системи потреб, здібностей, діяльності відносин та інститутів. Це визначає специфіку кожного компонента фізичної культури, де переважаючим моментом буде служити натхненність фізичного. Центральним системоутворюючим фактором, що об'єднує всі компоненти фізичної культури, постає фізкультурно-спортивна (фізкультурна) діяльність, спрямована на фізичне вдосконалення людини.

Традиційний підхід до фізичного виховання на ділі лише декларує єдність у розвитку духовної і фізичної сфери студента, тим самим істотно збіднюючи його можливості, що в кінцевому підсумку призводить до розриву освіти і культури. Сам же процес фізичного виховання втрачає культурний, моральний і одночасно предметно-змістовний сенс.

Емоційно-цілісне ставлення до фізкультурної діяльності не формується спонтанно і не успадковується, воно набувається особистістю в процесі самої діяльності і ефективно розвивається з освоєнням знань і творчого досвіду, з проявом ініціативи і активності в істинному педагогічному процесі.

У той же час найбільшого позитивного результату в фізкультурному освіту можна досягти в разі створення педагогічної системи формування у студентів потреб у фізичній культурі з потужною системою оздоровчих технологій, що забезпечує усвідомлений здоровий спосіб і спортивний стиль життєдіяльності кожної молодої людини.

Спортивне тренування, як вказують фахівці і багаторічний практичний досвід роботи по фізкультурному вихованню студентів, поки

єдина науково обґрунтована концепція управління розвитком фізичних якостей людини.

Витривалість, сила, швидкість, високий рівень функціональної підготовленості організму, його працездатності можуть бути придбані тільки шляхом використання ефекту цілеспрямованого організаційного процесу адаптації організму до фізичних навантажень певного змісту, обсягу і достатньою (розумною) інтенсивності.

Найкращих результатів у розвитку рухової активності студентів в обраному виді фізичної культури можна досягти при максимальному врахуванні їхніх індивідуальних рухових характеристик, соціально-психологічних чинників, морфофункціональних здібностей організму. Це створює передумови до самовизначення, самовиховання, саморозвитку і самореалізації студентів в різних видах фізкультурної діяльності.

Спортивний шлях - це енциклопедія технологій культурного перетворення тілесного (фізичного), психічного і морального в особистості, і не використовувати його в фізкультурному вихованні сучасної людини було б помилковим. Найбільшою популярністю у студентської молоді користується фізична рекреація.

Фізична рекреація як вид фізичної культури увійшла в життя студентської молоді в різних термінах і поняттях, що характеризують її окремі сторони: «масова фізична культура», «оздоровча», «масовий спорт», «активний відпочинок» та ін. У процесі дослідження встановлено, що в дійсності «фізична рекреація» охоплює зміст усіх зазначених вище термінів.

Вона являє собою процес використання фізичних вправ, ігор, видів спорту в спрощених формах, природних сил природи з метою активного відпочинку, розваги, перемикання на інші види діяльності, відволікання від реальних процесів, що викликають фізичні, інтелектуальні, психічні втоми, отримання задоволення, насолоди від фізкультурної діяльності.

Таким чином, фізична рекреація задовольняє потреби, інтереси, мотиви студентської молоді в емоційному активному відпочинку, раціональне використання вільного часу. Вона задовольняє групові та індивідуальні потреби молоді в нерегламентованій, щодо вільної формою рухової активності, адекватній їх суб'єктивним можливостям, сприяючи при цьому нормальному функціонуванню організму шляхом створення оптимального фізичного стану.

Активний відпочинок людини позитивно впливає на рівень інтелекту, завдяки підвищенню працездатності нервової системи і стійкості її до різних навантажень.

Наведені матеріали підкреслюють значущість фактора здоров'я для успішної навчальної праці з найменшими психо-емоційними і енергетичними затратами. Формування здоров'я успішно може проходити лише в умовах

організації здорового способу життя, що можливо лише в разі, коли у людини сформована грамотна фізична культура.

Результати досліджень свідчать про те, що здоров'я людини безпосередньо пов'язане з його працездатністю і стомлюваністю.

Від стану здоров'я багато в чому залежить успішність навчальної та в майбутньому виробничої діяльності студентів.

### **Список використаної літератури**

1. Головин В.А. Физическое воспитание. – М. 1988
2. Физическое воспитание студентов и учащихся /под ред. Петрова Н. Я. Минск: «Полюмя», 1988.
3. Физическая культура: Учебное пособие / под ред. В.А. Коваленко. - М.: Изд-во: АСВ, 2000. - 432.

**Тетерев М.М., Моїсеєнко С.В.**

## **ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

Проблема здоров'я людини по своїй практичній значущості вважається однією з найскладніших сучасних проблем. Це підтверджується широко відомими фактами про неухильної тенденції зниження якісних і кількісних показників здоров'я і життєдіяльності населення нашої країни, в яких особливу тривогу викликають характеристики здоров'я дитячої популяції. За різними даними кількість практично здорових випускників українських шкіл коливається від 10 до 15%. Дана ситуація і глобальні соціальні зміни, що відбуваються в країні, ставлять перед системою професійної освіти в цілому і педагогічною освітою зокрема нові завдання, пов'язані з необхідністю валеологічного виховання і навчання підростаючого покоління. На думку експертів, вчитель сучасної школи повинен бути силою, що творить здоров'я, психіку та інтелект дитини. Руйнування ж здоров'я в умовах педагогічного процесу багато в чому є результатом некомпетентності вчителя в області здоров'я і здоров'язбарігаючої освіти. Все зазначене робить вкрай актуальними проблеми валеологічної освіти і формування валеологічної культури у студентів педагогічних навчальних закладів.

Валеологічну освіту, будучи процесом виховання і навчання, спрямоване на формування системи наукових і практичних знань, умінь, поведінки і діяльності, що забезпечують ціннісне ставлення до особистого здоров'я та здоров'я оточуючих людей.

Результатом правильного валеологічної освіти студентів повинен стати високий рівень валеологічної культури випускника педагогічного навчального закладу, що передбачає володіння знаннями і вміннями зберігати, розвивати і вдосконалювати індивідуальне і суспільне здоров'я і

здатність поширювати валеологічні знання на оточуючих. Професійно підготовлений випускник зобов'язаний усвідомити здоров'я як неминущу цінність в житті людини, мати цілісне уявлення про сутність здоров'я, закономірності та механізми його становлення та формування, володіти знаннями про здоровий спосіб життя і його основних складових.

У професійній діяльності та системі підготовки фахівців з фізичної культури формування валеологічної культури і освоєння системи знань про здоров'я та здоровий спосіб життя є незаперечною пріоритетною умовою і важливим вимогою в силу того, що вчитель фізичної культури за своїм соціальним статусом є вчителем здоров'я і провідником здорового способу життя. Отже, процес і зміст професійного фізкультурної освіти відповідно до потреб сучасної школи повинні направлено формувати у студентів високий рівень валеологічної освіти і культури.

Однак ретельний аналіз і огляд навчальних програм і планів підготовки студентів в галузі фізичної культури дозволяє встановити відсутність системного підходу до реалізації зазначеної цільової установки. Питання, що стоять у ряду стратегічних питань фізичного виховання, в курсі дисциплін предметної підготовки висвітлюються недостатньо, часто поверхнево і бувають нерідко віднесені на самостійну поза аудиторну роботу. Зазначене пояснюється багато в чому відсутністю єдиного і цілісного курсу, в якому б вивчався блок спеціальних валеологічних знань і який сприяв би становленню культури здоров'я студентів.

В процес професійної підготовки вчителя фізичної культури важливо включити питання валеологічної стратегії педагогічної діяльності в умовах шкільного простору: ознайомлення з основними цілями, завданнями, засобами і формами валеологічної роботи в школі, вивчення питань використання здоров'язберігаючих технологій, освоєння способів і прийомів профілактики факторів ризику здоров'ю - шкідливих пристрастей, стресових ситуацій, венеричних захворювань та ін.

Для вирішення проблеми формування валеологічної культури у спеціаліста з фізичної культури назріла необхідність збільшення валеологічної складової в традиційних освітніх областях або введення спеціального інноваційного курсу, який вивчає широке коло питань валеологічної освіти і формує мотиваційно-ціннісні орієнтації в сфері здоров'я та здорового способу життя.

У комплексі особистісних компетенції випускника середньої педагогічної освітньої установи гідне місце повинна зайняти валеологічна культура як важлива і необхідна складова майбутньої професійної діяльності. Знання культури здоров'я, відбившись на цілепокладання діяльності педагога, забезпечують високий рівень здоров'я підростаючого покоління.

Цінність здоров'я людини, будучи однією з базових, зумовлює якість формування інших життєвих цінностей особистості, отже, система

професійної педагогічної освіти повинна бути підпорядкована збагачення знаннями в галузі культури здоров'я і освоєння стратегії валеологічної роботи в умовах загальноосвітньої школи.

### **Список використаної літератури**

1. Бальсевич В.К. Здоровьеформирующая функция образования в РФ/ Физическая культура: воспитание, образование, тренировка; 2006, №5, с.2.
2. Вайнер Э.Н. Валеология. – М.: Флинта: Наука, 2002.
3. Дыхан Л.Б. Педагогическая валеология. – М.: ИКЦ «МарТ», 2005. Кукушин В.С. Трушкин А.Л.
4. Оглоблин К.А. Применение специальных инновационных курсов в подготовке педагогов физической культуры / Физическая культура: воспитание, образование, тренировка; 2007, №6, с.69.

**Тоба М.В., Смирнова О.О., Горобець А.І.**

## **РОЗВИТОК РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ В АСПЕКТІ ЇЇ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ**

Проблема ціннісних орієнтацій особистості в сучасних умовах надзвичайно значуща, насамперед, у зв'язку із зростаючими вимогами до формування активної творчої особистості, здатної знайти своє місце в житті, самовизначитися та реалізувати себе, а також у зв'язку з необхідністю визначення духовного потенціалу юного покоління, чії цінності багато в чому є відображенням цінностей суспільства. Соціально-економічні трансформації України, засновані на ринкових відносинах призвели до дезорганізації громадських груп та інститутів, особистісної ідентифікації, в результаті чого спостерігається розкитування ціннісної системи свідомості під впливом пропаганди ідей і принципів нового політичного мислення. Життя людей усе більше індивідуалізується, менше регламентуються ззовні їх дії. Передбачається, що індивід має розраховувати тільки на себе, ризикувати, робити вибір і нести за нього відповідальність. Намічений рух у напрямі до більшої свободи людини, зокрема у виборі цілей і способів їх досягнення, висунули на перший план проблеми розвитку особистості у юнацькому віці, зокрема формуванню ціннісних орієнтацій та становленню особистісної зрілості. Незважаючи на те, що ця проблема досліджувалася тривалий час психологією, філософією, аксіологією і соціологією, вона не втратила своєї актуальності, про що свідчать постійні дискусії на сторінках видань найрізноманітнішого спрямування – від суто академічних, спеціалізованих і до тих, що орієнтуються на масового читача.

Вивчення впливу ціннісних орієнтацій на становлення особистості необхідно розглядати у контексті більш складних утворень особистості,

зокрема, у структурі самосвідомості, життєвих відношень особистості до світу в цілому. Психологічний аспект впливу ціннісних орієнтацій, як одного із структурних компонентів особистості, тісно пов'язаний з дослідженням процесу формування ціннісних орієнтацій на особистість юнака.

Включення людини у систему суспільних відносин супроводжується формуванням своєрідних «вузлів», що об'єднують різні види діяльності в цілісні особистісні структури. Як вважає О. Леонтьєв, ці вузли є ціннісними утвореннями (Психология личности, 2008: 387). І разом вони утворюють «ядро» особистості, її основу, яка забезпечує цілісність індивідуального розвитку, а також особистісну самототожність.

Особистісні цінності складають внутрішній стрижень особистості, який можна інтерпретувати як ціннісну етичну орієнтацію. Остання забезпечує цілісно-суб'єктивне розуміння окремих актів поведінки людини та сприяє побудові прогнозу її поведінки у більш широкому полі ситуацій (Помиткін, 2008: 87-92).

Ціннісне ставлення до матеріальних чи ідеальних предметів – це переживання їх бажаності (чи небажаності) для людини. Саме у такій психологічній формі духовні цінності суспільства стають суб'єктивними надбаннями особистості. А їх спонукально-регулятивна функція можлива завдяки тому, що переживання бажаності трансформується в зацікавлено-дійове ставлення. Відтак кожний предмет стає для людини складовою життя, щодо якої вона має зайняти певну морально-ціннісну позицію.

У зв'язку з тим, що цінність визначає особливості інших компонентів психологічної структури особистості, її розглядають в ролі центрального компонента психологічної структури особистості.

Ціннісні орієнтації, будучи механізмом особистісного росту і саморозвитку, носять розвивальний характер, виступаючи при цьому

На сучасному етапі під структурою особистості розуміємо єдність, взаємозв'язок та цілісність її елементів, які об'єднуються у чотири підструктури:

- 1) біологічно обумовлена структура – темперамент;
- 2) властиві для індивіда особливості форм психічного відображення – відчуттів, сприймання; емоцій і почуттів; мислення, пам'яті, волі;
- 3) досвід особистості – знання, вміння, навички;
- 4) спрямованість особистості – інтереси, прагнення, ідеали, світогляд, переконання, ставлення до себе та ціннісні орієнтації

Особливої уваги заслуговують дослідження Л. Кахле про реабілітаційний потенціал ціннісної сфери особистості. Дослідниця визначала цінності як когнітивні утворення, основне призначення яких полягає в оптимізації адаптації індивіда до соціального оточення, у забезпеченні такої переробки інформації із навколишнього світу, яка б не порушувала режим оптимального функціонування як окремого індивіда, так



і соціального оточення в цілому.

Життєва орієнтація формується в залежності від того, носієм яких цінностей є те чи інше коло занять для людини, і якого значення набувають дані цінності в її свідомості. Як компонент юнацької свідомості, життєва орієнтація включає в себе всі характерні для ціннісних орієнтацій рівні :

- емоційний, що характеризується, в першу чергу, соціальними почуттями;
- когнітивний, що виражає свідому спрямованість на форми життєдіяльності;
- поведінковий, що виражає готовність зайнятися тією чи іншою діяльністю .

На думку Е. Еріксона, важливим завданням, що постає перед людиною в юності, є встановлення власної ідентичності у близьких стосунках з іншими людьми. Формування ідентичності – безперервний процес, оскільки має структурувати і перебудувати свою особисту, професійну і сімейну ідентичність у міру того, як змінюється їх внутрішній і зовнішній світ. Хоча багато граней дорослої ідентичності можуть сформуватися вже до початку дорослого життя, водночас, як іншим ще тільки передбачається сформуватись.

На основі аналізу наукового доробку проблеми ціннісних орієнтацій доцільне виокремлення таких провідних видів загальноцивілізаційних цінностей, які покладено в основу формування ціннісних орієнтацій юнацтва: абсолютні, вічні, громадянські, сімейні, цінності розвитку. Юнацький вік є періодом інтенсивного формування системи особистих цінностей, яка впливає на становлення характеру і особистості в цілому. Це пов'язано з виникненням на даному віковому етапі необхідних для формування ціннісних орієнтацій передумов: оволодінням понятійним мисленням, накопиченням достатнього морального досвіду, заняттям певного соціального положення. Процес формування системи ціннісних орієнтацій стимулюється значним розширенням спілкування, засвоєнням і перетворенням досвіду минулих поколінь, зіткненням з різноманітними форм поведінки, поглядів, ідеалів.

Перспективними напрямками подальших наукових досліджень можуть стати: поглиблення теоретичних та емпіричних даних з даної проблематики, розробка корекційної програми, спрямованої на формування системи ціннісних орієнтацій особистості та розвиток її реабілітаційного потенціалу.

### **Список використаної літератури**

1. Вікова та педагогічна психологія. О. Скрипниченко [та ін.]; Націонал. педагог. ун-т ім. М. П. Драгоманова. 4-е вид., випр. і доп. К.: Каравела, 2014. 399 с.
2. Головінський І. Педагогічна психологія. К. : Аконті, 2003. 287 с.

3. Зінченко С.В. Роль “Я-концепцій” в особистісному самовизначенні дорослих. Європейський Союз – Україна: освіта дорослих: збірник матеріалів форуму до Міжнародних днів освіти дорослих в Україні. К.-Ніжин, 2015. С. 131-135.

4. Ильин В. В. Аксиология. М.: МГУ, 2005. 216 с.

5. Ігнатенко П. Р. Аксиологія виховання: від термінології до постановки проблем. Педагогіка і психологія. 1997. № 1. С. 118-123.

6. Коберник Л. О. Ціннісні орієнтації як чинник виникнення та подолання конфліктних форм поведінки в юнацькому віці. автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». К., 2010. 22 с.

**Циганок Д.М.**

## **ОЗДОРОВЛЕННЯ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ**

В умовах сучасного світу з появою гаджетів, пристроїв, що значно полегшують трудову діяльність (комп'ютер, технічне обладнання) різко зменшилась рухова активність. Це зумовлює зниження можливостей людини та призводить до ряду захворювань. Тому проблема фізичного виховання серед всіх вікових прошарків особливо актуальна в наш час: заняття фізичними вправами допомагають підвищити рухову активність та удосконалювати фізичні якості [1].

Під поняттям занять фізичними вправами вважають способи організації навчально-виховного процесу, кожен з яких виступає окремим видом взаємодії викладача та студента, учня або дитини дошкільного віку, а також відповідними умовами занять.

При плануванні занять слід враховувати вік, стать, фізичний стан студента, власні інтереси, зовнішні умови – в залежності від того, від чого можуть змінюватися власні задачі і зміст навчального процесу.

На даний час нараховують дві форми створення занять:

1. Урочна форма.
2. Позаурочна форма.

Під поняттям «урочна форма навчання» розуміється заняття, яке проводиться під постійним наглядом викладача в постійному складі команди по загальним державним програмам, викладеним в навчальному плані, яке зазвичай впроваджено в загальнонавчальних закладах, де всі факультативи спрямовані на відточення навичок в обраному виді спорту.

До позаурочної форми належать заняття, які проводяться під наглядом спортивного фахівця як організований час, та самостійні заняття, під якими мається на увазі активний відпочинок, відновлення здоров'я або фізичних якостей, збереження форми тіла, вдосконалення рухових навичок і спортивних навичок.

До позаурочної форми належать:

1.Короткочасна форма занять, яка не демонструють тренувального ефекту.

2.Тривала форма занять, що спрямована на тренування, оздоровчо-лікувальну діяльність або рекреаційний характер вправ.

3.Змагальна форма занять тобто форма спортивної діяльності, які створена задля обрання переможців в певних категоріях.

Зазначається, що урочна та позаурочна форми занять мають декілька варіантів впровадження:

1.загальна фізична підготовка, які представляє собою процес вдосконалення рухальних якостей, спрямований на всебічний розвиток окремої людини.

2.спеціалізоване фізичне виховання (спортивні тренування, лікувальні заняття, заняття фізичної підготовки)

У процесі фізичного виховання викладач та студент прагне до всебічного розвитку, на виробленні звички час від часу повертатися до рухових вправ – саме активна рухова діяльність допомагає краще засвоювати матеріал, сприяє поліпшенню самопочуття та здоров'я [2].

#### **Список використаної літератури**

1. Ашмарин Б.А., Виноградов Ю.А., Вяткина З.Н. Теория и методика физического воспитания. – М.: Просвещение, 1990 – 287 с.

2.Гогунов Е.Н., Мартъянов Б.И. Психология физического воспитания и спорта.- М.,2000.

**Шамич О.М., Завацький Ю.А., Каширіна Є.В.**

### **ОСОБЛИВОСТІ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ПАРАЛІМПІЙЦІВ ЗА РІВНЕМ СПОРТИВНИХ ДОСЯГНЕНЬ**

Сприяння повноцінному інтегруванню людей з інвалідністю у суспільство є однією із найбільш вагомих проблем різних соціальних інституцій. До її вирішення активно залучаються такі наукові та науково-практичні галузі як психологія, соціальна робота, фізична культура та спорт тощо. Зокрема, одним з найбільш ефективних способів вирішення цієї проблеми вважається залучення людей з особливими потребами до занять адаптивною фізичною культурою і спортом. Це, на одностайну думку багатьох науковців, надає можливість істотною мірою забезпечити умови для самореалізації та соціалізації людей з інвалідністю, нівелювання негативних змін їх психоемоційного стану, створення передумов для фізичної і психологічної адаптації до нових умов життя (Абульханова, & Березина, 2001).

Нажаль, констатуємо факт, поки ще не створено належного наукового забезпечення не тільки повноцінного тренувально-змагального процесу паралімпійців, але й, що надзвичайно важливо, забезпечення засобами паралімпійського спорту повноцінного інтегрування їх к суспільства. У цьому контексті очевидна висока актуальність досліджень психологічного та соціально-психологічного спрямування, зокрема спрямованих на визначення психологічних особливостей паралімпійців.

Паралімпійський спорт стає для людей з важкими недугами або травмами потужним стимулом для мобілізації резервних можливостей організму та усвідомлення перспектив до подолання своїх хвороб. Його соціалізуюча та інформуюча роль в сучасному суспільстві є непересічною. Адже він ефективно привертає увагу громадськості до проблем інвалідності, безбар'єрного середовища, підтримки гідності, прав і благополуччя людей, що мають статус людини з інвалідністю (Асмолов, 2007).

Так, серед психологічних відмінностей між людьми з інвалідністю, які займаються та не займаються спортом, називаються вищі рівні в перших: альтруїзму, готовності допомагати оточуючим, прагнення до співпраці, почуття відповідальності, незалежності від думки інших, доброзичливого ставлення до оточуючих, самоактуалізації, самооцінки, комунікабельності, впевненості в собі, конструктивізму, цілеспрямованості, якості життя та психосоціальної адаптації (Адлер, 2015).

Однак, тренувально-змагальний процес ставить й особливі вимоги до особистості паралімпійців, внаслідок вираженої організаційної та психологічної специфіки. Оскільки інвалідність обмежує здатність виконувати фізичні вправи, досягнення високих результатів потребує від спортсменів-паралімпійців дотримання чіткої регламентації як спортивної, так і інших видів діяльності, виключного та постійного прояву вольових зусиль, постійного дотримання цілої низки обмежень і заборон (Ахмедов, & Марцинковская, 2010).

В останнє десятиліття став оформлятися відчутний соціальний запит на психологічні дослідження людей з інвалідністю, хоча потреба в цьому існувала завжди – кількість людей, яким поставлено діагноз того або іншого ступеня інвалідності численна. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я десять відсотків повнолітнього населення світу живуть з інвалідністю, з яких від 2,2 % до 3,8 % мають складні форми захворювання. Відповідно перед сучасним суспільством гостро постає проблема інтеграції людей з інвалідністю в соціальне середовище, базуючись на принципі «рівний-рівному».

Аналіз проблеми інвалідності свідчить про різноманітність підходів до її розгляду – від неприйняття та ізоляції як «неповноцінних членів» до необхідності інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство, створення для них безбар'єрного середовища. З точки зору сучасної дефектології особа,

розвиток якої ускладнений дефектом, не просто менш розвинена, ніж інші, вона розвинена по-іншому. Коли така людина потрапляє в середовище здорових людей, у неї виникає новий досвід, як наслідок, нова інформація про себе, яка, можливо, не співпадає з минулим досвідом і оцінкою себе. Таким чином, інтеграція в середовище здорових людей та включення в соціальну взаємодію з ними – це принципово інша життєва ситуація, яка неминуче впливає на подальший особистісний розвиток.

У світі повної відмови від слова «інвалід» ще не відбулося. Зокрема, у Конвенції ООН про права інвалідів значиться саме поняття «інвалід». Тобто – це особи, які мають офіційний статус інваліда, визначений за певним ступенем важкості соматичного захворювання. Цей термін не ставить тавро на людині, фіксуючи її дефіцитарність, а проводить певну межу між людьми, принаймні офіційно, бо мало хто наважиться стверджувати, що можливості його здоров'я необмежені.

У нашому дослідженні, ми дотримувались термінів «людина з інвалідністю», «людина з особливими потребами». Людиною з інвалідністю вважається особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, зумовлене захворюванням, наслідками травми чи дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності та потребують соціального захисту. Інвалідність – це обмеження в можливостях, спричинене фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині бути інтегрованою в суспільство і брати участь в житті сім'ї та держави на тих умовах, що й інші члени суспільства (Капська, 2000).

У англійській термінології переважно вживається поняття «challenged» (від challenge – виклик). Російські психологи (Леонт'єв, 2002; Леонт'єв, Калітеєвська, & Осин, 2011) це поняття трактують як «виклик», що дозволяє по-іншому підійти до всієї проблематики інвалідності.

Ап'орі несприятлива для людини ситуація інвалідності, навіть вродженої, відповідно до сучасних поглядів на психологію особистості і психологію здоров'я, не може розглядатися як така, що однозначно детермінує проблеми адаптації і соціалізації людини. Ще А. Адлером був описаний феномен компенсації, згідно з яким люди, які опиняються в певному сенсі «органічно неповноцінними», розвивають інші функції на більш високому рівні (Адлер, 2015).

Взагалі в природі не існує рівності можливостей, навіть безвідносно до проблеми інвалідності, і ця нерівномірність по-різному компенсується. Як, зокрема, показано в дослідженнях (Лебединский, 1985; Леонт'єв, & Александрова, 2010; Николаєва, 1987; Суворов, 1996), вихідне, несприятливе становлення може виявлятися у підсумку більш сприятливим, ніж у людей, що перебувають у повному фізичному і фізіологічному станах, проте, розслабляючись, вони втрачають згодом свою стартову перевагу.

До основних соціально-психологічних проблем, які виникають у осіб з інвалідністю, належать: відстороненість їх від світу, непотрібність на ринку праці, соціальна ізоляція. Наслідком цього є суттєві утруднення формування у них активної життєвої позиції, низький рівень «довіри до світу», тенденція до сприймання соціального оточення як ворожого, занижений рівень домагань і самооцінки (Іноземцева, 2007; Лебедева, 2009).

Відзначається, що найпоширенішою проблемою соціальної взаємодії людей з інвалідністю є порушення взаємовідносин, що виникають через стереотипні очікування. А це, зокрема, може стати пусковим механізмом для формування як внутрішньоособистісних, так і міжособистісних конфліктів.

У сучасних дослідженнях (Камінська, 2010) існує чимало підходів до теоретичного осмислення проблем соціалізації та адаптації осіб з обмеженими можливостями, які можна об'єднати в дві основні групи:

1) які впливають із соціоцентристських теорій і 2) які ґрунтуються на теоретико-методологічних основах антропоцентризму.

Однак особливості формування самоставлення Я-концепції людей з вадами фізичного здоров'я та інвалідністю залишаються в сучасній науці недостатньо розкритими. Немає ґрунтовних досліджень, які могли б пояснити механізми соціальної адаптації людини з інвалідністю, не розроблено конкретних методологічних засад сприяння процесам адаптації та самореалізації інвалідів у суспільстві. Незважаючи на численні дослідження з цієї проблеми, існуючі підходи до розв'язання проблем соціалізації та самореалізації людей з інвалідністю не характеризуються системністю, наступністю, ефективністю і потребують кардинальних змін.

### **Список використаної літератури**

- 1.Абульханова К.А., & Березина, Т.Н. (2001) *Время личности и время жизни*. СПб.: Алетейя.
- 2.Адлер А., (2015). Теория и практика индивидуальной психологии. М.: Академический Проект.
- 3.Асмолов А.Г. (2007). Психология личности : культурно-историческое понимание развития человека. М. : Смысл : Издательский Центр «Академия».
- 4.Бріскін Ю. А. (2007). Теоретико-методичні основи спорту інвалідів як складової міжнародного олімпійського руху : автореф. дис... д-ра наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.01; К.: Національний ун-т фізичного виховання і спорту України.
- 5.Кокун О. М. (2004). Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. К.: Міленіум.

6.Марьясова Д. А. (2013). *Психическая адаптация спортсменов-инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата*: автореф. дисс... канд. мед. наук: 14.01.06; 14.03.11. Москва.

7.Маслов Д. В., Рудовский А. А. (2011). Женщины в паралимпийском движении, штрих к “психологическому портрету”. *Материалы I Всероссийского конгресса “Медицина для спорта”*. Москва, 269 - 276.

8.Сердюк Л. З. (2012). Психологія мотивації учіння майбутніх фахівців: системно синергетичний підхід : [монографія]. К.: Університет “Україна”.

9.Шамич О.М. Гендерні особливості самореалізації паролімпійців. Інсайт: психологічні виміри суспільства: Науковий журнал Херсонського державного університету. – Херсон 2020. Вип. 4. – С. 145-158.

10.Шуба Л. В. (2013). Педагогічні умови організації навчально-тренувального процесу паролімпійців з ураженням опорно-рухового апарату. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт, 112(1), 357-360.

11.Dařova K. (2007). *Introduction to adapted physical activities*. Prague: Charles University.

12.Ondruřova Z., Pitekova R., Bardiovsky M., Galikova, Z. (2013). Sport and doing sport s by the disabled posttraumatic return to life. *Clinical Social Work*, 2(4), 65-70.

13.Oleg Kokun, Liudmyla Serdiuk, Oleksandr Shamyч (2020). *Personal characteristics supporting Paralympic athletes' self-realization in sport*. Journal of Human Sport and Exercise. 2021, 16(2), in press. doi:10.14198/jhse.2021.162.17 (<https://doi.org/10.14198/jhse.2021.162.17>)

14.Kokun O., Shamyч O. (2016). [Psychological characteristics of paralympic athletes' self-realisation](#). *Social welfare: interdisciplinary approach*. Vol 2. No 6. P. 138-147. DOI: 10.21277/sw.v2i6.273 (база Web of Science Core Collection, Emerging Sources Citation Index)

15.Semerjian T. Z. (2010). Disability in Sport and Exercise Psychology. *The cultural turn in sport psychology. Fitness Information Technology* [Tatiana V. Ryba, Robert J.Schinke and Gershon Tenenbaum (Eds.)]. West Virginia: Fitness Information Technology, Inc, 257-265.

**Янович І.В.**

## **ПРИЧИНИ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ ТА ЙОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ**

Велика кількість сучасних видів спорту та надмірна інтенсивність навантажень під час занять іноді можуть спричинити пошкодження опорно-рухового апарату. Травми та захворювання, спричинені надмірним

перенапруженням органів опори і руху, займають провідне місце в сучасній ортопедії та травматології, що становить 75–80 % загальної захворюваності спортсменів. Спортивні травми впливають на професійну діяльність спортсменів та загальний стан здоров'я.

Аналіз літературних джерел показав, що проблемі виникнення спортивного травматизму присвячена велика кількість робіт в світовій науковій літературі. Серед різних теорій виникнення травм слід відзначити різноманіття причин їх виникнення.

Отже, як запобігти та знайти засоби і методи фізичної терапії після такого роду травм є актуальною проблемою, яка вимагає глибоких досліджень. Порівняно з реальними тренувальними та змагальними заходами, багато видатних спортсменів змушені витратити більше часу та енергії на лікування захворювань та травм. Спортивне життя багатьох видатних спортсменів, які спеціалізуються в боксі, тенісі, футболі, баскетболі, різних видах боротьби та інших популярних видах спорту, стало низкою безперервних тренувань, змагань та травматизму.

Цілоком природно, що специфіка виду спорту зумовлює причину травми (поштовх, удар або здавлення, форсоване перевищення фізіологічно допустимих навантажень та ін.), їх характер (удари, розтягнення, вивихи, переломи) і локалізацію [1].

Фактори ризику спортивного травматизму можуть бути пов'язані як з зовнішніми так і внутрішніми причинами.

За В. Платоновим [2] зовнішні причини спортивного травматизму обумовлені:

- неправильною організацією і методикою проведення навчально-тренувальних занять і змагань;
- незадовільним станом спортивних споруд, місць занять, якістю спортивного інвентарю, обладнання, форми спортсмена;
- несприятливі санітарно-гігієнічні і метеорологічні умови під час проведення навчально-тренувальних занять і змагань;
- порушенням правил лікарського контролю;
- порушення спортсменами дисципліни і встановлених правил під час тренувань;
- нераціональною побудовою різних компонентів підготовки - розминка, режим роботи і відпочинку, тренувальні засоби, змагальна діяльність та ін.

При гострих травмах, як правило, домінують зовнішні фактори, а втомні, кумулятивні травми зазвичай обумовлені поєднанням внутрішніх і зовнішніх факторів ризику. Внутрішні причини можуть бути обумовлені станом втоми і перевтоми; змінами функціонального стану окремих систем організму спортсмена, викликаних перервою в заняттях; порушеннях біомеханічної структури руху; схильністю до спазмів м'язів і судин;



недостатньою фізичною підготовленістю спортсмена до виконання напружених або складнокоординаційних вправ; психологічною нестійкістю і неадекватністю поведінки в складних умовах тренувальної та змагальної діяльності.

Запобігання травматизму повинно включати заходи в організаційному, матеріально-технічному, медико-біологічному, психологічному, спортивно-педагогічному напрямках. У кожному з них приховані фактори ризику, а також великі можливості для профілактики спортивного травматизму, швидке та ефективне лікування спортивного травматизму та подальше відновлення, дає великі можливості для підвищення ефективності спортивних тренувань.

Л. Нootman [5] також виділяє ряд факторів ризику. До зовнішніх факторів відносяться: вид спорту; правила; ігровий час; рівень гри (рекреаційний, змагальний); ігрове амплуа; тип і стан ігрової поверхні; погода; час сезону; екіпірування. Внутрішні чинники (що не піддаються впливу): попередня травма; вік спортсмена; соматотип.

Внутрішні чинники, які потенційно піддаються впливу: рівень підготовленості; попередні заняття спортом; гнучкість; сила; стабільність суглобів; біомеханіка; рівновага, пропріоцепсія; структура розминки; психологічні/психосоціальні чинники.

В цілому причини виникнення травм більшість авторів поділяє на три групи: організаційні; методичні; обумовленими індивідуальними особливостями спортсмена.

Науковці Т. Чандлер та У. Кіблер при розгляді проблеми спортивного травматизму використали поняття склетно-м'язова база, під якою розуміється рівень розвитку сили, гнучкості і м'язового балансу. Відповідність склетно-м'язової бази вимогам ефективної тренувальної та змагальної діяльності є фактором, не тільки забезпечує рівень спортивних результатів, а й істотно знижує ризик спортивних травм. Високий рівень розвитку силових якостей і гнучкості відповідно до вимог конкретного виду спорту здатний в три рази зменшити ймовірність травм м'язів, зв'язок та сухожиль. Важливим фактором є також баланс рівня розвитку м'язів – синергістів і м'язів –антагоністів[4].

Недоліки матеріально-технічного забезпечення, за даними різних авторів, приводять до травматизму в 5-7% від всіх спортивних травм. Рівень матеріально-технічного забезпечення під час проведення навчально-тренувального заняття і змагань висококваліфікованих спортсменів, як правило, досить високий. Тим часом його недоліки в ряді випадків є однією з провідних причин виникнення травм, що особливо проявляється в групі складно-координаційних (13,2%) і циклічних (11%) видів спорту.

На додаток до цих причин можуть бути також і внутрішні фактори, які спричиняють травми. Тренеру, спортивному лікарю, слід враховувати це у своїй практичній діяльності.

Стан перевтоми або перетренування викликає розлад координації рухів, зниження уваги і захисних реакцій організму. Накопичення продуктів розпаду у м'язах погано відображається на силі їх скорочення, розтягнення, розслаблення.

Також може привести до травмування наявність в організмі спортсмена хронічних осередків інфекції та індивідуальні особливості організму, такі як надмірна передстартова лихоманка або схильність до спазмів судин та м'язів. Довготривала перерва у заняттях веде до зниження функціональних можливостей організму та його фізичних якостей. Найбільш поширені травми серед тих, хто займається, спостерігаються з початком навчального року (вересень-жовтень). Це необхідно враховувати при проведенні навчальних занять з фізичної підготовки. Шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю та ін.), нерегулярне харчування і стресові ситуації також доволі часто становляться причиною травм.

Аналізуючи причини спортивних травм, можна зробити висновок, що травматизм під час занять фізичними вправами може бути попереджений.

Важливу роль у запобіганні спортивних травм відіграє особа, яка відповідає за тренувальний процес. Його діяльність повинна проходити у тісному контакті з робітниками медичної служби. Обов'язком лікаря є систематичний облік усіх випадків травм. Не тільки важкі травми, але й травми середньої важкості необхідно старанно вивчати, виявляти причини їх виникнення та розробляти необхідні заходи їх усуненню.

### **Список використаної літератури**

1. Калинин Л. Профилактика спортивного травматизма/ Л.Калинкин, В.Арьков, О.Миленин / Медицина и спорт. – 2005. - № 3. – с.25-27.
2. Платонов В.Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практическое приложения: учебник тренера высшей квалификации/ В.Н. Платонов – М.: Сов. спорт, 2005. – 820 с.
3. Чандлер Т.Д. Укрепление мышц как фактор профилактики травм/ Т.Д. Чандлер, У.Б. Киблер// Спортивные травмы. Основные принципы профилактики и лечения: пер. в англ. – К.: Олимп. лит.. 2002. – С 213-220
4. Hootman J.M.Epidemiology of Collegiate Injuries for 15 Sport(Hootman J.M., Dick R., Agel J. \ \ Summary and Recommendations for Injury Prevention Initiatives, Athl. Train – 2007. – Vol 42. - № 2 – P.311-319.

## ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОЇ МОТИВАЦІЇ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

Давно відомо, що стан здоров'я людини залежить не тільки від біологічних факторів, навколишнього та соціального середовища, а й від ціннісного ставлення людини до власного здоров'я.

Конституція України визнає життя і здоров'я людини найвищими соціальними цінностями. Згідно з Основним Законом, держава несе відповідальність перед людиною за свою діяльність і зобов'язана ефективно вирішувати завдання виховання здорового покоління, від чого значною мірою залежить соціально-економічний розвиток країни і суспільства в цілому.

Впровадження здоров'язбережувальних технологій в освітній процес навчальних закладів передбачає формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя як невід'ємної частини загальної культури особистості, а також сприяння повноцінному фізичному та моральному розвитку особистості, формування її інтелектуальних здібностей, зміцнення здоров'я.

В ст. 15. Закону України «Про загальну середню освіту» зазначено, що виховний процес, як невід'ємна складова освітнього процесу, повинен спрямовуватися на формування культури та навичок здорового способу життя [2].

Проблема формування мотивації на ведення здорового способу життя охоплює широкий спектр питань. Необхідність укріплення здоров'я і запобігання його руйнації потребує всебічного і комплексного вивчення всіх можливих форм формування позитивної мотивації на збереження здоров'я. Школа, трудові колективи, сім'я – найефективніші інституції укріплення здоров'я та формування культури здоров'я дітей та молоді.

Результати всеукраїнського опитування свідчать, що достатній рівень оздоровчої рухової активності (не менше 4 - 5 занять на тиждень тривалістю одного заняття не менше 30 хвилин) мають лише 3% населення віком від 16 до 74 років, середній рівень (2 - 3 заняття на тиждень) - 6%, низький рівень (1 - 2 заняття на тиждень) - 33% населення. Для більшої частини дорослого населення характерною є гіпокінезія [1].

Недосконалість системи охорони здоров'я, низький рівень усвідомлення цінності здоров'я як власного капіталу, перебування переважної більшості населення в умовах соціально-економічної нестабільності призвели до створення несприятливих для ведення здорового способу життя умов.

Але удосконалення нормативно-правової бази в сфері освіти, фізичної культури та спорту, охорони здоров'я дає позитивні зміни. Тому останнім часом в Україні спостерігається тенденція до зацікавленості дітей та молоді оздоровчою руховою активністю.

Загальновідомо, що ведення населенням здорового способу життя для збереження та зміцнення здоров'я є у п'ять разів ефективнішим, ніж лікувально-діагностичні процедури. За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, співвідношення витрат і прибутків від виконання програм здорового способу життя становить 1 до 8 [1].

Численними науковими дослідженнями доведено, що дотримання людиною здорового способу життя значною мірою сприяє зменшенню негативного впливу шкідливих звичок та відволікає від асоціальної поведінки. Оздоровча рухова активність сприяє також розвитку економіки і суспільства загалом. За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, відсутність належної рухової активності призводить до економічних збитків у розмірі 150 - 300 євро на одну особу за рік.

Метою концепції формування мотивації на підвищення рівня фізичного, духовного здоров'я, психологічної комфортності та соціального благополуччя дітей і молоді є визначення пріоритетності здорового способу життя як основного чинника відновлення здоров'я, його збереження та зміцнення, утвердження свідомого громадянського ставлення до власного здоров'я; виховання особистості, здатної підтримувати та зберігати своє здоров'я шляхом досягнення позитивних змін у поглядах і поведінці.

Мотивація (з лат. *move*) це спонукання до дії; динамічний процес фізіологічного та психологічного плану, керуючий поведінкою людини, який визначає її організованість, активність і стійкість; здатність людини діяльно задовольняти свої потреби.

У Тлумачному словнику спортивних термінів визначено що «мотив» це свідомо, а іноді й неусвідомлена причина (спонукання), що лежить в основі вибору спортивної спеціалізації, виконання тренувальної роботи, участі у змаганнях, вчинків. [4]

Аналіз літературних джерел дав змогу визначити мотивації, які лежать в основі формування стилю здорового способу життя людини. До них відносять:

1. *Самозбереження*. Коли людина знає, що та чи інша дія прямо загрожує життю, він цю дію не робить. Формулювання особистісної мотивації може бути такою: «Я не здійснюю певні дії, оскільки вони загрожують моему здоров'ю і життю».

2. *Підпорядкування етнокультурним вимогам*. Людина живе в суспільстві, яке протягом тривалого часу відбирало корисні звички, навички, виробляло систему захисту від несприятливих факторів зовнішнього середовища. Це продиктовано гігієнічними, етичними і естетичними

вимогами. Непокора їм - агресія проти суспільства. Формулювання мотивації: «Я підкорюся етнокультурним вимогам тому, що хочу бути рівноправним членом суспільства, в якому живу. Від мого здорового способу життя залежать здоров'я і благополуччя інших».

3. *Отримання задоволення від самовдосконалення.* Ця проста гедоністична функція формується так: «Відчуття здоров'я приносить мені радість, тому я роблю все, щоб випробувати це почуття».

4. *Можливість для самовдосконалення.* Здорова людина – успішна людина. Формулювання: «Якщо я буду здоровий, я зможу піднятися на вищу ступінь кар'єрних сходинок».

5. *Здатність до маневрів.* Здорова людина може змінювати професії, переміщатися з однієї кліматичної зони в іншу. Формулювання: «Якщо я буду здоровий, то зможу на свій розсуд змінювати свою роль в суспільстві і своє місцезнаходження».

6. *Досягнення максимально можливої комфортності.* Формулювання: «Я здоровий, мене не турбує фізична і психологічна незручність».

Випадки, коли ці всі мотивації є для людини однаково значущими, зустрічаються вкрай рідко. Більше того, людина, для якої одночасно значимі всі перераховані спонукальні причини зміцнення та збереження здоров'я, дає привід задуматися: а чи не занадто він зайнятий проблемою здорового способу життя і не набула ця заклопотаність хворобливий характер.

Однак протягом життя людина проходить через різні мотивації. У дитинстві це підпорядкування етнокультурним вимогам і отримання задоволення, в підлітковому віці - можливість для самовдосконалення і здатність до маневрів.

Для людей молодих, як не дивно, іноді втрачає значимість перша мотивація: самозбереження. Здоров'я і сила іноді позбавляють необхідної обережності, знижують почуття відповідальності за власний організм. Молодим людям у віці 18-25 років здається, що ресурс їх особистого здоров'я необмежений. На жаль, це помилка.

Критеріями формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді можна вважати:

*на рівні фізичного здоров'я:* прагнення до фізичної досконалості, ставлення до власного здоров'я, фізичну розвиненість, загальну фізичну працездатність, загартованість організму, дотримання раціонального режиму дня, виконання вимог особистої гігієни, правильне харчування;

*на рівні духовного здоров'я:* пріоритетність загальнолюдських цінностей, наявність позитивного ідеалу відповідно до національних та духовних традицій, працелюбність, відчуття прекрасного у житті, в природі, в мистецтві;

*на рівні соціального благополуччя*: сформовану громадянську відповідальність, позитивно спрямовану комунікативність, доброзичливість у ставленні до молодших, однолітків та дорослих, здатність до самоактуалізації у колективі, до самовиховання.

Висновки. Охорона здоров'я людини та виховання здорових дітей були основними проблемами в усі часи. Здоровий стан організму є потребою кожної людини особливо в поєднанні зі здоровими умовами довкілля. Молоді необхідно усвідомити, що наше майбутнє — за здоровими людьми, бо лише фізично і морально здорова людина здатна творити і приносити користь людям. Виховання свідомого ставлення до власного здоров'я та здоров'я громадян, як найвищої соціальної цінності, формування гігієнічних навичок, збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я є одним з пріоритетних завдань держави. Тому створення умов для підвищення мотивації населення до здорового способу життя сприяє розв'язанню як гуманітарних так і соціально-економічних проблем для особи, суспільства, держави.

#### **Список використаної літератури**

1. Ващенко О. Як створити школу сприяння здоров'ю / О. Ващенко, С. Свириденко. – К.: Шкільний світ, 2008.
2. Закон України «Про загальну середню освіту» № 463-IX від 16 січня 2020 року/ Відомості Верховної Ради, 2020, №21, ст.226
3. Мельник О. Системний підхід до формування культури здоров'я учасників навчально-виховного процесу / О. Мельник. // Початкова школа. – 2005. – №4. – С. 57–62.
4. Терминология спорта: толковый словарь спорт. терминов: / сост. Ф.П. Суслов, Д.А. Тышлер. – М.: Спорт Академ Пресс, 2001. – 480 с.

**Жигаренко І.Є., Борщова К.І., Гаврилюк В.Г.**

### **СИСТЕМА СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСІБ З АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

На думку багатьох науковців соціальне функціонування людини є тим механізмом, який визначає її соціальну природу і дозволяє їй бути саме особистістю. Але не дивлячись на те, що особистість, в основному, розглядається як соціальний феномен, на її формування впливають і психогенні, і екзогенно-ендогенні фактори.

Відомо, що будь-яка хвороба, навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами мозкової діяльності, обов'язково змінює психіку хворого внаслідок появи нових, відсутніх до хвороби форм реагування хворого на

оточуючий світ. До таких захворювань відносять і такий біохімічний розлад як депресія, від якого у світі потерпають майже 300 мільйонів людей.

Психологічна реабілітація особистості, яка хворіє на депресивний розлад є актуальною медико-соціальною проблемою в зв'язку з ростом поширеності та збільшенням чисельності осіб з даною патологією. Згідно з даними ВООЗ, приблизно 4-5 % населення земної кулі страждає депресіями, при цьому ризик захворіти на депресію протягом життя досягає 10 % у чоловіків і до 20 % у жінок [2]. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресія вийде на перше місце серед захворювань в світі, обігнавши сьогоденні лідерів - інфекційні та серцево-судинні захворювання [3]. Медико-соціальні наслідки депресій різноманітні і важкі [4]. До них відносяться: високий суїцидальний ризик, порушення адаптаційних можливостей пацієнтів, зниження професійного статусу, розпад сім'ї, інвалідність, втрата соціальних зв'язків і зниження якості життя в цілому [5]. Необхідність їх комплексної реабілітації обумовлена тим, що психічні захворювання призводять до змін особистості, соціальної дезадаптації і значно знижують здатність хворих до соціального функціонування [5].

Проведені наукові дослідження в галузі реабілітації психічно хворих відображають різні думки вчених на цей процес. Історія реабілітації психічно хворих свідчить про певну динаміку поглядів зі зміщенням акцентів з трудової реабілітації на соціальну і психосоціальну реабілітацію [4].

Під час обговорення питань реабілітації психічно хворих дослідники частіше роблять акцент на їх особистісні особливості, на реабілітаційному потенціалі, більше надають значення формам і методам власне реабілітаційного впливу і в значно меншій мірі стосуються соціально-середовищного оточення пацієнтів [5]. Тим часом, ці об'єктивні фактори відіграють істотну роль в реабілітації та їх значення не можна ігнорувати.

Для вивчення особливостей соціального функціонування в різних сферах у пацієнтів з депресивними порушеннями невротичного генезу використовувався опитувальник I. Karler, результати якого дозволили визначити сфери найбільшої травматизації та незадоволеності (рис.1). Так, було встановлено, що пацієнти з невротичною депресією були незадоволені стосунками з подружжям ( $58,65 \pm 13,47$  %), з родичами ( $52,76 \pm 11,63$  %), а також відмічалась недостатня задоволеність професійною та соціальною сферами ( $44,68 \pm 10,31$  % та  $42,62 \pm 10,12$  % відповідно). У осіб без психічних розладів рівень незадоволеності сферами соціального функціонування був нижче середнього: незадоволеність подружніми стосунками становила 32,96 %, стосунками з родичами – 34,78 %, професійною діяльністю – 32,33 % та соціальною сферою – 34,09 %.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що загальний рівень незадоволеності соціальним функціонуванням був вищим у пацієнтів з невротичними депресіями, у осіб без психічної патології ( $p < 0,05$ ), що

проявлялось у більшій незадоволеності стосунками з родичами, з подружжям, професійною та соціальною сферами у хворих на невротичні розлади у порівнянні зі здоровими ( $t = 6,349, p < 0,0001$ ;  $t = 6,341, p < 0,0001$ ;  $t = 4,761, p < 0,0001$  та  $t = 5,102, p < 0,001$  відповідно).

Для проведення більш детального аналізу були проаналізовані окремі дані шкал для встановлення специфіки сфер психічної травматизації серед пацієнтів з депресивними порушеннями невротичного генезу. Так, у сфері подружніх стосунків у пацієнтів з невротичною депресією найбільш вираженою зоною психічної травматизації визначались позашлюбні стосунки ( $3,67 \pm 1,22$  балів), непорозуміння щодо розподілу обов'язків ( $3,67 \pm 1,17$  балів), відсутність емоційної близькості між подружжям ( $3,24 \pm 1,47$  балів), різне ставлення до грошей ( $3,15 \pm 1,29$  балів) та відсутність взаємопорозуміння з подружжям ( $3,02 \pm 1,07$  балів).

Отже, оцінка характеристик психологічних складових психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнтів з депресивними порушеннями невротичного генезу дозволила визначити, що соціальне функціонування, психологічне благополуччя, особливості міжособистісних та сімейних комунікацій являються вагомими компонентами, які визначають психологічний реабілітаційний потенціал пацієнтів з депресивними розладами.

Були встановлені нормативні компоненти психологічного реабілітаційного потенціалу осіб без психічних розладів, що відображають особливості психологічного благополуччя і можуть розглядатися як еталон /мета реабілітаційного втручання, до яких відносилися: загальна задоволеність життям (47,62 %), наявність інтересу до життя (45,24 %), рішучість та стійкість у досягненні цілей (46,43 % та 40,48 %), високий рівень впевненості у власних силах (61,90 %).

В результаті проведеного дослідження були встановлені диференційовані компоненти психологічного реабілітаційного дефіциту, що відображали специфічність депресивного порушення, до яких належали:

- виражена пасивна позиція при подоланні складних ситуацій;
- незадоволеність соціальним функціонуванням у сімейній, професійній, соціальній сферах;
- наявність факторів психічної травматизації: у подружніх стосунках (відсутність взаємопорозуміння та емоційної близькості, наявність позашлюбних стосунків, неузгодженість у розподілі обов'язків, фінансів та наміру мати дітей); у стосунках з родичами (незадоволеність сімейно-побутовою ситуацією, стосунками з батьками дружини та з родичами, що проживають на одній території); в професійній сфері (напружені стосунки з керівництвом та колегами, недостатність визнання, невідповідність роботи професійним інтересам); в соціальній сфері (відмінності у світоглядних позиціях);



- особливості психологічного благополуччя: низький рівень індексу життєвої задоволеності, знижений фон настрою, низький рівень інтересу до життя, відсутність узгодженості між цілями та досягненнями, низький рівень впевненості у власних силах та пасивна життєва позиція.

Таким чином, отримані дані слід враховувати при визначенні психологічного реабілітаційного потенціалу для пацієнтів з депресивними розладами невротичного генезу та можуть розглядатись як мішені для реабілітаційного втручання при створенні диференційованих психокорекційних програм.

### **Список використаної літератури**

1. World Health Organization (2011). World report on disability. URL: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf?ua=1).

2. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. World Health Organization, 2013.

3. Kornienko V. Influence of personal and pathopsychological characteristics on adaptation possibilities of patients with depression in the process of medical-psychological rehabilitation / V. Kornienko // *Psykhologichni aspekty zdorov'ya ta khvoroby [monographia]* / I. Arshava, V. Kornienko, A. Baratynska. – Rīga : Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2019. – Vol. – S. 25-28.

4. Корнієнко В.В. Проблема формування особистості осіб з фізичними вадами / В.В. Корнієнко // *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / [за ред. С.Д. Максименка]. – К. : Логос, 2011. – Т. 12, Ч.2. – С. 244 –252.

5. Корнієнко В.В. Про ефективність засобів соціально-психологічної реабілітації підлітків з патологією опорно-рухового апарату з орієнтацією на гармонізацію «образу-Я» / В.В. Корнієнко // *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка ; Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2011. – Вип.14. – С. 381 – 394.

**Касабуцька О.В., Кубекіна А.С., Ніконов О.В.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПАРАМЕТРІВ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ**

На сучасному етапі існування суспільство висуває високі вимоги до особистості у різних сферах суспільства, зокрема у спорті. Стрімка еволюція технологій та гігантські потоки інформації мають значний вплив на психологічне здоров'я та розвиток особистості. Великі фізичні та психічні навантаження вичерпують ресурси організму, а для виступу на найвищому

рівні і демонстрації максимальних результатів, необхідний високий рівень підготовки спортсменів, їх постійна фізична готовність, емоційно-вольовий контроль, висока професійна мобільність. Проведені нами теоретичний аналіз дозволив акцентувати на ролі комунікативної компетентності в структурі професійної мобільності спортсменів. Саме тому виникла необхідність проведення емпіричного дослідження проявів параметрів комунікативної компетентності спортсменів-гірськолижників.

Як відомо з літератури, вертикальна кар'єра передбачає підйом з однієї сходинки структурної ієрархії на іншу, тоді як горизонтальна кар'єра – вид кар'єри, який передбачає переміщення в іншу функціональну площину, розширення й ускладнення завдань або зміну службової ролі в рамках одного рівня структурної ієрархії, що також може супроводжуватися збільшенням оплати праці. Ми цілком згодні із Л.С. Пілецькою (Пілецька, 2011), яка аргументує, що горизонтальна кар'єра дає можливість зміни функцій, отримання більш цікавої та продуктивної роботи, розширення поля діяльності, а також отримання авторитету й поваги серед колег. Вчена зазначає, що горизонтальна кар'єра не менш важлива для особистості, ніж вертикальна, але вона неможлива без постійного самовдосконалення й оволодіння новими знаннями, професійними вміннями і тим самим підводить теоретичну базу під дослідження нами професійної мобільності спортсменів, що займаються гірськолижними видами спорту.

При застосуванні методики «Діагностика оцінки самоконтролю в спілкуванні» М. Шнайдера на спортсменах різних видів спорту в процесі соціально-психологічної адаптації особистості на етапі «фінішу» спортивної кар'єри встановлено, що у спортсменів, що займаються єдиноборствами (бокс, боротьба, східні єдиноборства та ін.) спостерігаються найбільш серйозні проблеми. У порівнянні зі спортсменами інших спеціалізацій таких спортсменів відрізняє низький самоконтроль у спілкуванні, а також вони більш агресивні. Вони в набагато меншому ступені, ніж спортсмени інших спеціалізацій, схильні до внутрішніх конфліктів.

А.А. Бобрищев, досліджуючи психологічні особливості особистості спортсменів представників силових єдиноборств з різним рівнем психологічної готовності, зазначає, що високий рівень психологічної готовності спортсменів до змагальної діяльності в екстремальних ситуаціях поряд із відповідальністю, активністю та сміливістю обумовлений такими їхніми індивідуально-психологічними якостями, як організаторські та комунікативні здібності (Бобрищев, 2009). Як зазначає Н.В. Мосіна (Мосіна, 2019) за результатами вивчення індивідуально-психологічних особливостей на прикладі юних баскетболістів, чималу роль у взаємодіях в ігрових видах спорту грає почуття колективізму, яке може бути за умови, що всі гравці мають значимість для команди і впевнені в своїх силах. Таким чином, гравці, що володіють хорошими лідерськими, комунікативними і організаторськими

здібностями, не тільки здатні взяти відповідальність за результати власної діяльності, а й несуть відповідальність за командні дії. Напроти, невпевнені в собі гравці, гравці з недостатнім вольовим потенціалом особистості, баскетболісти з несформованим почуттям колективізму і проблемами самооцінки не можуть компенсувати будь-які недоліки групової діяльності. В.Ф. Антонєць (Антонєць, 2012) вважає, що в індивідуальних видах спорту спілкування допомагає спортсмену мати високий статус серед партнерів і надає змогу більш вільно спілкуватися з суперниками, не боятись їх і, певною мірою, в ході неформального спілкування робити психологічний натиск.

Проте в літературі є дані протилежні за змістом, а саме про малозначущість комунікативних та організаторських здібностей для спортсменів. Так, у дослідженні організаторсько-педагогічних умов розвитку комунікативних та організаторських здібностей в процесі занять спортивними іграми, проведеному О.А. Лимарем та Р.С. Жуковим, показано, що ігрові види спорту на розвиток комунікативних і організаторських здібностей особистості істотного впливу не роблять, спортивна діяльність не дає необхідного розвитку зазначених здібностей. Проте, слід зазначити, що це дослідження було здійснено на невеликій вибірці і його результати є дискусійними.

Таким чином, досліджені спортсмени характеризуються певними труднощами у спілкуванні, які пов'язані із переживаннями стосовно того, наскільки дружнім є ставлення до них з боку партнерів зі спілкування, наскільки вони зацікавлені, довірливі, добродушні, та прагнуть справити приємне враження, також з розважаннями на тему того, наскільки їхні співрозмовники мають здатність слухати, вести діалог, розмовляти, пояснювати, аргументувати свої пропозиції і зауваження, приймати точку зору іншої людини, вчасно припиняти спілкування. Проте не відчувають труднощів, викликаних параметрами комунікації, такими як інтенсивність спілкування, кількість співрозмовників та їхніми соціально-демографічними параметрами.

За результатами вивчення особливостей прояву параметрів комунікативної компетентності у спортсменів було встановлено наступне. Загальна адаптивність досліджених спортсменів-гірськолижників знаходиться на середньому рівні, і вони досить адаптовані до спілкування в умовах спортивно-змагальної діяльності. Показано, що завдяки середньому рівню комунікативного контролю вони достатньо щирі, в міру стримані в своїх емоційних проявах, зважають в своїй поведінці на ставлення оточуючих людей. Зазначено, що для них властивими у спілкуванні є труднощі, пов'язані зі ставленням партнерів зі спілкування та зверненні до них чи з їхнього боку, а також труднощі, пов'язані із уміннями та навичками організації міжособистісної взаємодії. У свою чергу вони значно легше долають труднощі, що пов'язані із соціально-перцептивними

характеристиками. Зазначено, що у гірськолижників спостерігається певна збалансованість орієнтацій на активність та прийняття контактів, а орієнтація на прийняття емоційних відносин трохи знижена, проте вони орієнтовані на те, щоб виявляти домінування у міжособистісному спілкуванні.

### Література

1. Антонєць В. Ф. Комунікативні особливості діяльності спортсмена. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету України*, (5), 2012, С. 7-10.
2. Бобрищев, А. А. Психологические особенности личности спортсменов представителей силовых единоборств с различным уровнем психологической готовности. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*, (1), 2009, С. 10-14.
3. Галимова Р. З. Ценностные и коммуникативные особенности спортсменов-хоккеистов, 2020. <https://naukaip.ru/wp-content/uploads/2020/12/%D0%9C%D0%9E%D0%9D-145.pdf>.
4. Зимняя И. А. *Педагогическая психология*. М.: Логос. Ростов н /Д: Изд-во «Феникс», 1997, 480 с.
5. Мосина Н. В. Исследование индивидуально-психологических особенностей юных баскетболистов и их влияние на коммуникативные и организаторские способности спортсменов. *Международный журнал экспериментального образования*. (6). 2019. С. 22-26.
6. Пілецька Л. С. Професійна мобільність особистості як одна зі складових соціальної мобільності. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. (16 (2)), 2011, С. 280-287.
7. Firo. A Three-Dimensional Theory of Interpersonal Behavior: By William C. Schutz. New York: Rinehart & Co., Inc., 1958. 267 p.

**Завацька Н.Є., Сотнікова К.К., Харченко Б.О.**

### **РОЗВИТОК ЕМПАТІЇ У МОЛОДІ В СИСТЕМІ ЇЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ**

Широкий інтерес до вивчення проблеми емпатії, і зокрема емпатії підлітків продиктований величезною важливістю цього механізму в розвитку особистості і етичних відчуттів людини, спілкуванні. Розвиток емпатії у підлітків особливо важливий, адже у них інтенсивно розвиваються етичні цінності, життєві перспективи, нові погляди на життя і на взаємини між людьми.

Емпатія виявляється у прагненні зрозуміти іншу людину, увійти в її переживання, надати допомогу і підтримку. Учені розглядають різні аспекти

емпатії: її структуру, форми, стадії розвитку, її зв'язок з установками, етичними почуттями особистості, індивідуально-психологічними особливостями, її спрямованістю. Проте до сьогодні, не дивлячись на значні дослідження, ще залишається маловивченою психологічна природа емпатії, її генезис, функції у поведінці. Різноманітність точок зору приводить до недостатньої визначеності цього поняття. Багато дослідників також указують на складність експериментального вивчення емпатії.

Теоретичний фундамент дозволив нам визначити рівні володіння емпатійними діями підлітків: предметний, перцептивний, смисловий.

Рівень розвитку емпатійних дій визначають такі критерії:

- ступінь усвідомленості, розгорну тості і диференційованості дій;
- повнота реалізації емпатійного процесу;
- стійкість (емпатійна чуйність стосовно різних «об'єктів»);
- ступінь розвитку емоційного, когнітивного і поведінкового

компонентів.

Для предметного рівня характерна емоційна відчуженість, що межує з замкнутістю. Це зовнішній безпосередній рівень, емпатійні дії нерозвинені, згорнуті. Підліток не може диференційовано пояснити причини своєї поведінки. Таких підлітків називають «черствими», не здатними зарадити людському горю. Вони звертають увагу переважно на вчинки і дії людей, не замислюючись про їх відчуття. Їм насилу дається «читання» експресивних проявів інших людей. Максимум на що вони здатні – це співпереживання. Прояви співчуття і сприяння надто рідкісні. Їм важко зрозуміти світ художніх персонажів, музичних творів, вони не приймають і не співчують своєму власному світу переживань.

Володіння емпатійними діями в перцептивному плані характеризує часткову реалізацію емпатійного процесу, найчастіше випадає ланка сприяння, іноді співчуття. Підліток, діючи в перцептивному плані, не здатний планомірно реалізовувати емпатійний процес, відчуває труднощі на тому чи іншому етапі його здійснення. Часто такий підліток емоційно відгукується на переживання «об'єкта» емпатії, але не може перейти до сприяння, оскільки сили співчуття не завжди виявляється достатньо. Під час виборів способів поведінки підліток орієнтується на соціальне схвалення, він поступає певним чином незалежно від його ставлення до людини і її переживань. На цьому рівні володіння емпатійними діями або домінуючий розвиток одержує емоційний компонент, за рахунок недорозвинення когнітивного і поведінкового, або ж усі три складові матимуть проблеми з розвитком. Це може виявлятися в нездатності розрізнати тонкі відтінки почуттів партнера, невмінні адекватно оцінити ситуацію. Цей рівень розвитку емпатії одночасно характеризується нестійкістю емпатійної чуйності. Часто такі підлітки обмежують свою активність певними особами (перш за все своїм найближчим оточенням), і не чутливі до переживань «вигаданих» персонажів художніх творів.

Високий рівень оволодіння емпатійними діями (смісловий). Розглядаючи сенс як усвідомлення абсолютної цінності події і вчинку і одночасне суб'єктивне переживання цієї цінності [1], ми припускаємо, що смісловий рівень розвитку емпатійних дій включає переживання цінності емпатійної чуйності на почуття іншої людини для себе як особистості. Цей рівень характеризується можливістю реалізації повного емпатійного ланцюжка, що включає послідовність з трьох ланок: співпереживання-співчуття-спонування до співдії. Для підлітка стає зрозумілим сенс власних дій. Він вибирає ці дії незалежно від певних норми субкультури.

Емпіричне дослідження розвитку емпатії у молоді підтвердило початкові теоретичні передумови: досліджувані-підлітки мають рівень розвитку емпатійних дій, характерний для більшості людей (це твердження ґрунтується на даних, одержаних за методикою І. М. Юсупова), отже їх можна називати «співмірними» з дорослими за цим параметром. Підліткова емпатія (у досліджуваній групі) має низку особливостей: нестійкість (емпатійна чуйність виявляється на переживання обмеженого числа «об'єктів» емпатії); орієнтація на інших, на поведінку і реакції оточуючих; недостатній розвиток когнітивного компоненту.

Оволодіння емпатією підлітками як комплексом специфічних психічних дій, спрямованих на надання допомоги іншій людині знаходиться на перцептивному рівні розвитку, що характеризує часткову реалізацію емпатійного процесу, найчастіше випадає ланка сприяння, іноді співчуття. Досліджувані не здатні планомірно реалізувати емпатійний процес, відчувають труднощі на тому чи іншому етапі його здійснення. Перцептивний рівень розвитку емпатії характеризується нестійкістю емпатійної чуйності. Можливо досліджувані підлітки обмежують свою активність певним коло осіб. Прояв емпатії пов'язаний у них з орієнтацією на соціальні норми, на соціальне схвалення. В ході дослідження встановлено, що у досліджуваних всі три компоненти емпатійної здатності мають середній рівень розвитку (найменший розвиток має когнітивний компонент).

### **Список використаної літератури**

1.Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека: Введение в психологию субъективности: Учеб. пособие для вузов. – М., 1995. – 384 с.

## Відомості про авторів

**Анохін Сергій Андрійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-19д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Білецький Павло Степанович** – кандидат психологічних наук, директор Українського північно-східного інституту прикладної та клінічної медицини, м. Суми;

**Білоусенко Максим Володимирович** – кандидат економічних наук, доцент кафедри соціальної роботи та психології Національного університету «Запорізька політехніка».

**Блискун Олена Олександрівна** – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Блінов Олег Анатолійович** – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри соціальних технологій, Національний авіаційний університет;

**Бондаренко Богдан Євгенович** – здобувач вищої освіти групи МД-18с Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Борщова Катерина Іванівна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Бочелюк Віталій Йосипович** – доктор психологічних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри соціальної роботи та психології Національного університету «Запорізька політехніка».

**Броведер Олена Олександрівна** – старший викладач кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Бозоян Микола Амбарцумович** – аспірант кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Боярин Лілія Володимирівна** – кандидат психологічних наук, завідувач кафедри педагогіки, психології та теорії управління освітою Інституту післядипломної педагогічної освіти Чернівецької області; докторантка кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Волченко Євген Євгенович** – кандидат психологічних наук, врач-фізіотерапевт медичного Центру «Здоров'я столиці», м. Київ;

**Гаврилюк Валерія Геннадіївна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Гетта Олена Миколаївна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк

**Горобець Аліса Ігорівна** – старший викладач кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Гудіма Максим Олексійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Гуркіна Валерія Володимирівна** – здобувач вищої освіти групи ПР-182д Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Давиденко Наталія Сергіївна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Добровольська Наталія Анатоліївна** – доктор психологічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичного виховання, спорту та здоров'я людини Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського;

**Долинний С.С.** – аспірант Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського;

**Дятченко Діана Олександрівна** – аспірант кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк

**Жигаренко Ігор Євгенович** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Завацька Наталія Євгенівна** – доктор психологічних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк

**Завацький Вадим Юрійович** – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Завацький Юрій Анатолійович** – доктор психологічних наук, доцент, завідувач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання



Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Заїка Ольга Андріївна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Касабуцька Олена Віталіївна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Каширіна Євгенія Володимирівна** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Коваленко Валерій Олександрович** – аспірант кафедри кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Колногоров Дмитро Сергійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Корнієнко Вікторія Володимирівна** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології та педагогіки, Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ;

**Коротенко Данило Олегович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Кравченко Руслан Володимирович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Кривобогова Наталія Петрівна** – старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Ктігарєв Данило Олександрович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Кубекіна Анастасія Євгенівна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Литвиненко Сергій Сергійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Лук'янюк Олександр Васильович** – старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Малмигіна Євгенія Андріївна** – здобувач вищої освіти групи ІБС-18д Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Мальцев Володимир Миколайович** – старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Марійчин Андрій Андрійович** – аспірант кафедри соціальної психології Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ;

**Марченко Андрій Дмитрович** – аспірант кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Мілорадова Наталя Едуардівна** – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри педагогіки та психології Харківського університету внутрішніх справ, м. Харків;

**Мірошникова Наталя Сергіївна** – старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Моїсеєнко Сергій Володимирович** – здобувач вищої освіти групи МД-18с Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Нейман Олег Валерійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-19д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Ніконов Олександр Віталійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Овчаренко Микола Олексійович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії та наркології Луганського державного медичного університету, м. Рубіжне;

**Панов Микита Сергійович** – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри спеціальної освіти та психології Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради.

**Перепелиця Юлія Олександрівна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання

Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Петренко Денис Володимирович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Пілецька Любомира Сидорівна** – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної психології Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника;

**Побокіна Галина Миколаївна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Проскурін Олександр Сергійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Савчук Олександр Анатолійович** – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії (морально-психологічного забезпечення) наукового центру Повітряних Сил Харківського національного університету Повітряних Сил імені Івана Кожедуба;

**Самойленко Юлія Олександрівна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Слурденко Дмитро Олександрович** – старший викладач, кафедра психології та педагогіки Національної академії Національної гвардії України (м. Харків).

**Смирнова Олена Олександрівна** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Соболєва Ірина Сергіївна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Соловей Олександра Леонідівна** – здобувач вищої освіти групи ПР182-д Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Соляник Вадим Юрійович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-20д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Сотнікова Катерина Костянтинівна** – аспірантка кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Спицька Ліана Вікторівна** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Сухенко Ігор Іванович** – кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк

**Тесленко Людмила Миколаївна** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-19д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Тетерев Михайло Михайлович** – старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Тоба Маріанна Василівна** – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Федорова Олена Вікторівна** – кандидат економічних наук, доцент, декан факультету гуманітарних та соціальних наук, доцент кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк

**Харченко Богдан Олександрович** – здобувач вищої освіти групи ЗЛ-18д кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Хатіпов Михайло Олександрович** – старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Царенок Лілія Борисівна** – кандидат психологічних наук, докторантка кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Циганок Дмитро Миколайович** – старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Чала Тетяна Іванівна** – аспірантка кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк;

**Шамич Олександр Миколайович** – доктор психологічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичного виховання і спорту Київського національного університету будівництва і архітектури;

**Шаповалова Валентина Андріївна** – доктор медичних наук, професор, професор кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк

**Шелест Олена Василівна** – старший лаборант кафедри здоров'я людини та фізичного виховання, магістрант спеціальності 053 Психологія Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Шуліка Аліна Олександрівна** – здобувач вищої освіти групи ПР-203д Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля, м. Северодонецьк;

**Янович Ірина Вікторівна** – магістр спеціальності Фізична терапія, ерготерапія; старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк.

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДИНИ : ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

(за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції  
«Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм»,  
29-30 грудня 2021 р.)

Оригінал-макет:

Поливода В.В.

Підписано до друку 31.12.2021 р.  
ф. 60x90/16, ум. др. арк. 6,7  
Зам. 31/12/21-252, накл. 100 пр.  
Друкарня Прінт Квік  
м. Київ, вул. Леонтовича 9, оф. 65  
т. (044) 235-0009, 235-7528  
printquick@ukr.net