

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
Лабораторія вікової психофізіології
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
Кафедра здоров'я людини, реабілітології
і спеціальної психології
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Лабораторія психології репродуктивної сфери, пренатальної
і перинатальної психології

МАТЕРІАЛИ

VI Всеукраїнської науково-практичної конференції

ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

18 листопада 2021 року

PSYCHE

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
Лабораторія вікової психофізіології
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
Кафедра здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Лабораторія психології репродуктивної сфери, пренатальної і
перинатальної психології**

ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

**Матеріали
VI Всеукраїнської науково-практичної конференції**

18 листопада 2021 року

м. Київ

УДК 159.922:61(06)

Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: [Текст] :
Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 18 листопада 2021 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Київ. 2021. 150 с.

Збірник містить матеріали і тези доповідей учасників VI Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я», яка проводилася на базі Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

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

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

Редакційна колегія

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

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

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

О. М. Корніяка, д-р психол. наук, професор

А. І. Галій, канд. біол., доцент

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

***Рекомендовано до друку на засіданні вченої ради Інститут психології імені
Г. С. Костюка НАПН України
(протокол №12 від 28.10.2021 року)***

***© Інститут психології імені Г. С. Костюка
НАПН України, 2021***

ЗМІСТ

Максименко С. Д. ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ	8
Апальков В. В. МІМІКРІЙНА ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНОГО ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЙОГО ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	10
Астахов В. М. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТЕНЗІЄЮ	13
Бацилєва О. В. ТИП ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	16
Білокобильський О. В. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ: НА ЩО ОЧІКУВАТИ ЗАВТРА?	19
Болотнікова І. В. ПРОФЕСІЙНА АДАПТАЦІЯ ЯК ЧИННИК ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	22
Бондаренко Т. С. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ СПОСОБІВ ДОЛАННЯ СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ В ПЕРІОДИ ЮНОСТІ ТА ДОРΟΣЛОСТІ	24
Бугой Н. В. ОСОБЛИВОСТІ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЯК ЧИННИКА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	27
Войтович Л. В. ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ВИХОВАТЕЛЬОК ДИТЯЧИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	29
Волянук Н. Ю., Ложкін Г. В. РЕГУЛЯЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СУБ'ЄКТА ДІЯЛЬНОСТІ	32

Галій А. І. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ЗВО В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	35
Гілерман Д. Р. ОСОБЛИВОСТІ АЛЬТРУЇЗМУ-ЕГОЇЗМУ ЯК ОСНОВНИХ СТРАТЕГІЙ ОСОБИСТОСТІ	37
Гончарук О. В. Я-КОНЦЕПЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ	40
Гресько І. М. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	44
Гуцол К. В. ЗДАТНІСТЬ ДО САМОПРОЄКТУВАННЯ ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	48
Доцевич Т. І. НЕРВОВО-ПСИХІЧНА СТІЙКІСТЬ СТУДЕНТІВ У ВИБОРІ СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ У ВАЖКИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ	51
Іващенко Г. Є. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА СЕНСОЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	54
Карамушка Л. М. «HEALTHY ORGANIZATIONS»: СУТНІСТЬ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ АКТИВНОСТІ	56
Кокун О. М. ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ПОКАЗНИКІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ФАХІВЦІВ	59
Корнєтова І. В. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРАХІВ ТА ГЕНДЕРНИХ УСТАНОВОК НА САМОТНІСТЬ ЖІНОК	62
Корольчук В. М., Кривда К. К., Науменко Н. П. ОСОБИСТІСНИЙ АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК ПОКАЗНИК ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДПРИЄМЦІВ	64
Котова А. І. ЦІЛІ ЯК ОСНОВА СЕНСУ ЖИТТЯ	67

Лефтеров В. О., Кочмар О. О. ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я СУДДІВ ТА ЗАПОБІГАННЯ ЇХ ПРОФЕСІЙНОМУ ВИГОРАННЮ	69
Лупанець О. М. ПРОФЕСІЙНА ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ФАХІВЦІВ ТИПУ «ЛЮДИНА – ЛЮДИНА» ЯК ПОКАЗНИК ЇХНЬОГО ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	72
Мартинець Л. А. СИСТЕМА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	75
Матеюк О. А., Леган І. М. ТОЛЕРАНТНІСТЬ ЯК КРИТЕРІЙ ЛЮДЯНОСТІ ТА КАТЕГОРІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ	78
Миронець С. М. МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	83
Нестеренко Н. В. ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА УСПІШНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ	86
Панасенко Н. М. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ФАХІВЦЯ ЯК ЧИННИК ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КРИЗИ	90
Перція Л. В. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНОГО І ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	91
Попова О. В., Попов В. Ю. МЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ПАНДЕМІЇ SARS COV-2 ПРЕДСТАВНИКАМИ РІЗНИХ КУЛЬТУРНО-ЕТНІЧНИХ СЕРЕДОВИЩ	95
Потапчук Є. М., Карпова Д. Є. ПАТОЛОГІЗОВАНІ СІМЕЙНІ РОЛІ ЯК ДЕСТРУКТИВНІ МОДЕЛІ ПОВЕДІНКИ ПОДРУЖЖЯ	99
Пузь І. В. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ	101

Резніченко О. О. ТРЕНІНГ ТА ЙОГО ЕФЕКТИВНІСТЬ У РОБОТІ ЗІ СТРАХАМИ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	104
Рудницька С. Ю. ПРОДУКТИВНА СТРАТЕГІЯ ДИСКУРСИВНОГО КОНСТРУЮВАННЯ ДОСВІДУ ЯК ФАКТОР ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	107
Сафін О. Д. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА СИСТЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИХ ЦЕНТРІВ	110
Сердюк Л. З. САМООРГАНІЗАЦІЯ ЯК ЧИННИК САМОРЕАЛІЗАЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗВО	113
Смольсон М. Л. КОНСТРУЮВАННЯ ОСОБИСТІСНОГО ДОСВІДУ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ	116
Соловійов О. В. ДЕФІНІЦІЯ ПСИХІКИ «НА ФОНІ» ПАТОЛОГІЧНОГО FEEDBACK- ЗВ'ЯЗКУ МІЖ НАЯВНИМ ТА БАЖАНИМ У МЕХАНІЗМІ ДЕПРЕСІЇ	119
Сулятицький І. В., Островська К. О., Островський І. П., Богоніс Ю. РОЛЬ СОЦІОПСИХОЛОГІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ГРОМАДСЬКОЇ БЕЗПЕКИ І ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ	123
Тарнавська О. В. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ «ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я» У КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ	126
Татаріна О. О. ГОЛОВНІ ПРЕДИКТОРИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	129
Тютюнник Л. Л. ДИХАЛЬНІ ПРАКТИКИ У ПІДВИЩЕННІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ	131
Харченко Т. В. ОСОБИСТІСНА ТРИВОЖНІСТЬ ЯК РЕАКЦІЯ НА СИТУАЦІЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ SARS COV-2	134
Чепелева Н. В. КОНСТРУЮВАННЯ ДОСВІДУ ЯК ФАКТОР МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	137

Черевичний С. В.	141
АПРОБАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ «РОЗВИТОК ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ПРИ ПРИЙНЯТТІ РІШЕННЯ КОМАНДИРОМ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ»	
Шудрікова Н. В.	144
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНМНЕЗИ: КЛІНІКО- ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Щербак І. М., Довгопола М. О., Медведська О. П.	147
СТАВЛЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДО ЗАГАРТОВУВАННЯ ЯК МЕТОДУ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ	
Яланська С. П.	148
ТВОРЧИСТЬ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

С. Д. Максименко,
*дійсний член НАПН України,
д. психол. н., професор,
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Проблема психічного здоров'я та благополуччя особистості, пошук шляхів його збереження, в першу чергу через попередження дії негативних чинників та використання наявних ресурсів, зараз, як ніколи, є вельми актуальною. Сьогодні кожна людина і суспільство в цілому потерпають від різноманітних за своєю модальністю та чисельною за кількістю змін, що пов'язані з сучасними реаліями і вимагають швидкого реагування, ефективного пристосування до нових умов життєдіяльності. При цьому, зміни, що відбуваються, торкаються не тільки всіх рівнів функціонування особистості, а й стосуються колективної свідомості, яка тим чи іншим чином впливає на кожную особистість. Отже, цілком логічним є той факт, що всебічними дослідженнями проблеми психологічної безпеки людей, яким випало жити в наш непростий час, опікується все більше фахівців, а сама проблема характеризується постійно зростаючою актуальністю та соціально забарвленою значимістю.

Пандемія COVID-19 спричинила глобальний режим надзвичайної ситуації в світі, що значно похитнуло впевненість пересічної людини у власному майбутньому. Слід зауважити, що в умовах невизначеності вкрай гостро постає потреба належної відповіді на виклики мінливого сьогодення, здатність формувати системи внутрішньої детермінації життєдіяльності, що спричинює прагнення особистості до самоосвіти та саморозвитку.

Пандемія стала серйозним випробуванням як для всього людства, так і окремої особистості. Карантинні умови значно вплинули й на організацію роботи більшості соціальних інституцій, зміну режиму комунікації та життєдіяльності загалом.

Однією з надзвичайно актуальних проблем, зумовлених пандемією, виступає проблема протидії негативним інформаційним впливам, важливим чинником якої є медіа-інформаційна грамотність населення, яка набула вагомий значущості в умовах пандемії, коли поширюються фальшиві новини, дезінформація, спекуляції щодо COVID-19. Сучасні дослідження констатують недостатній рівень медіа-культури різних груп населення, у тому числі й молоді, тому розвиток медіа-інформаційної грамотності стає насущним завданням сьогодення для більшості.

Важливим чинником інформаційної безпеки є власна відповідальність людини перед собою за спожиту інформацію, тому особливу значущість сьогодні набуває проблема становлення суб'єктності особистості, яка визначає її

самостійність і самодостатність, готовність бачити проблеми, приймати складні рішення, можливості та глибину прогнозування й передбачення. Суб'єктність дорослої людини та відповідний рівень інтелектуального розвитку забезпечують наявність творчого, антиманіпулятивного і антикризового потенціалу особистості і вимагають постійного розвитку і психологічної підтримки.

Розглядаючи питання становлення суб'єктності та розвитку медіа-культури неможливо оминати проблеми комунікації, зокрема вербальної, яка є провідним чинником будь-якої людської діяльності. Саме вербальний канал передачі інформації дає можливість не лише транслювати значення та смисли реципієнту, а й впливати на сприймання та розуміння ним повідомлення, змінюючи таким чином когнітивні та емоційно-сміслові структури його свідомості. Найбільш розповсюдженою формою передачі інформації через вербальний комунікаційний канал є текстова форма, яка дозволяє упорядкувати інформацію, вибудувати повідомлення таким чином, щоб досягнути завдань, які ставив перед собою його комунікатор, зокрема, завдань психологічного впливу на свідомість людини, що безперечно необхідно враховувати при розробці технологій та засобів підвищення медіа-інформаційної грамотності та особистісного розвитку.

Психологічне благополуччя індивіда, незважаючи на його приналежність до певної вікової, професійної та інших груп, сьогодні, як ніколи, пов'язане з проблемою отримання ефективної психологічної допомоги та розвитком життєстійкості, що є потужним ресурсом для особистісного зростання та самовдосконалення, формування позитивних взаємин з оточуючими та здатності впливати на те, що відбувається, розвитку особистісної автономії через відносну самостійність у функціонуванні та прийнятті рішень. Надання психологічної допомоги населенню в реаліях сьогодення передбачає якісне теоретико-методологічне обґрунтування нових підходів та дієвих засобів, адаптацію до вітчизняних реалій методів допомоги різним категоріям населення, у тому числі й медичному персоналу, який надає допомогу хворим на COVID-19, обґрунтуванню зв'язку психологічних реакцій людини на пандемію із врахуванням її попереднього досвіду подолання кризових життєвих ситуацій, обов'язковим розумінням того факту, що ситуація кризи пов'язана із стресовими ситуаціями, викликаними як самою коронавірусною інфекцією (власною хворобою, захворюванням близьких, страхом захворіти і т.і.), так і змінами звичного способу життя, зокрема, самоізоляцією, змінами в стосунках з оточуючими, переходом більшості аспектів життєдіяльності у режим он-лайн, проблемах в сім'ї, втратою роботи, тощо.

Отже, можна говорити, що означена проблема є актуальною та не втрачає свою значущість, тому перспективним видається удосконалення та впровадження технологій сприяння збереженню психологічного здоров'я та благополуччя громадян, поширення науково обґрунтованої, достовірної і корисної інформації, рекомендацій і методик з професійної допомоги та самодопомоги.

МІМІКРІЙНА ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНОГО ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЙОГО ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

В. В. Апальков,

*ад'юнкта кафедри суспільних наук Гуманітарного інституту,
Національний університет оборони України
імені Івана Черняхівського*

*Полон звужує перспективи
особистості, відбираючи
здоров'я та руйнуючи психіку.*

Формування картини світу сучасного військовослужбовця відбувається під впливом домінуючих тенденцій українського соціуму, загальнодержавної інтеграції до європейської спільноти, структури блоку НАТО, фахової військової підготовки. Чим меншою підготовленістю до перебування в полоні володіє військовослужбовець, тим більша вірогідність його фізичної та психічної травматизації.

Військовослужбовець потрапивши в полон має усвідомити, що його від свободи тепер відділятиме декілька років та кількасот кілометрів. Уполонений військовослужбовець цілком занурюється у новий не знайомий світоглядно-ціннісний вимір, що спантеличує його і вимагає заміни старих концепцій виживання новими. Амбівалентні думки та почуття лише посилюють відчуття безпорадності військовополоненого перед новими викликами та загрозами. Процес адаптування до умов полону вимагає від нього глибинного дослідження умов нового середовища. Протягом процесу адаптації відбувається поступове включення особистості військовополоненого в інформаційне середовище, де він черпає нові знання, які не були частиною його попереднього досвіду.

В багатьох арміях світу вже функціонують програми з підготовки до можливого потрапляння та виживання в полоні. Не залишилась осторонь цього процесу і вітчизняна психологічна наука.

О. Хміляр дослідивши психологічні аспекти потрапляння вояків в полон констатує, що усвідомлення військовослужбовцем цього факту відбувається із затримкою (Хміляр О. Ф., 2017). Адаптація військовослужбовця до полону відбувається поступово, на основі інформації яка надходить. Успішність адаптування військовополонених пов'язана з розвитком їх здатності швидко сприймати, акумулювати і засвоювати інформацію щодо змін в оточуючому середовищі. Слід відмітити, що адаптування до нових умов залежить від індивідуального пізнавального інтересу, як природнього бажання отримувати інформацію про оточуюче середовище та розуміти закони його функціонування. Для такої особистості ситуація невизначеності не є фактором стресу та

фрустрації, а виступає ресурсом для досягнення та збереження відчуття психологічного благополуччя. (Павленко Г. В., 2019). В цьому контексті толерантність до невизначеності слід розглядати як стійку особистісну характеристику, що показує готовність людини приймати рішення, щодо яких вона відчуває відчуття невпевненості чи ризику.

Цільова психологічна підготовка військовослужбовців щодо можливого потрапляння в полон – це щеплення, що має на меті завадити його травматизації (фізичній та психічній). Воно має в собі містити підготовку до допиту, формування навичок витривалості, ухиляння від відповідей та маніпулювання інформацією в тому числі засобами символічної мімікрії. Необхідність організації спеціальної психологічної підготовки військових на випадок полону та перебування в ньому схвалена та активно впроваджується в більшості провідних армій країн блоку НАТО. Вона виправдана тим, що певна модель адаптивної поведінки полоненого може допомогти йому вижити в полоні. Одна з головних цілей психологічної підготовки до ситуації полону – це тренування самоконтролю під сильним психологічним тиском. Вона досягається шляхом штучного та контрольованого наближення умов перебування військовослужбовців до умов реального полону. Оскільки умови полону непритаманні умовам повсякденної життєдіяльності для зниження стрес-реактивності військовослужбовців потрібно штучно знижувати рівень новизни таких ситуацій, що можливо досягнути шляхом проведення спеціальних тренувань. Організм людини декодує сигнали, що надходять від навантаження на тренуваннях та протягом бойової діяльності однаково. Таким чином підготовка до можливого потрапляння в полон здатна зберегти фізичне та психічне здоров'я військовослужбовця. На думку К. Ульянова стрес-реакція військовослужбовця є спонукальним фактором для пристосування до нового оточуючого середовища (Ульянов К., 2020).

Швидке орієнтування в ситуації невизначеності, яким є сучасний полон, складає основу вміння, якими має володіти військовослужбовець (Черевичний С. В., 2020). Для пришвидшення адаптування до умов невизначеності полонені мають переймати досвід тих, хто потрапив в полон раніше, адже наслідуючи їм у поведінці полонений стає на шлях порятунку власного життя. Відомо, що протягом всієї воєнної історії економлять саме на полонених. Якісне годування власної армії завжди є актуальним питанням будь-якої воюючої країни, тому полонені є останніми в списку тих, хто може розраховувати на гідне харчування. Охоронці свідомо вдаються до штучного погіршення харчування військовополонених з метою завдання додаткової травматизації. Тривале голодування – це те, до чого слід готуватись кожному військовополоненому. Любов, дружба, заздрість, милосердя, гуманність, жага слави та чесність – ці відчуття протягом тривалого голодування зникають як непотріб (Шаламов В., 2013; Двінгер Е. Е. 2004; Франкл В. Е., 2004). Оскільки в полоні особистість піддається нелюдському поводженню та подекуди буває примусово долучена до актів насилля над іншим полоненим її психіка зазнає

значної шкоди і протягом деякого часу «черствіє» та перестає бути чутливою до прояву насилля та втрачає здатність до емпатії.

Разом з тим, спогади про вказані події завдають душевного болю та надають привід до самозвинувачень. Коло стресу через спогади та самозвинувачення таким чином замикається, що може призвести до проявів суїцидальної поведінки. Відсутності страждань, ось в чому, зазвичай полягає щастя полоненого. Оволодіння мистецтвом радити малому є запобіжником від зневіри та суїциду (Глуховський В. С., 2008; Франкл В. Е., 2004; Хмільяр О.Ф., 2017).

Звільнені полонені у своїх численних свідченнях зазначають, що можливість скоєння суїциду в них була майже кожного дня і приводів щодо його скоєння є чимало. Питання чи варто боротись за життя для військовополоненого набуває екзистенційного значення (Франкл В. Е., 2004). Єдине, що залишається недосяжним та належить суто в'язню – це його внутрішня свобода та гідність. Вжити в полоні «з честю» – свідомий вибір кожного військовослужбовця (Глуховський В. С., 2008; Франкл В. Е., 2004; Широбоков Ю. М., 2020; Асєєв С., 2020).

В якості висновку можемо зазначити, що потрапляння військовослужбовця в полон символізує початок іншого, відмінного від звичного, життя і в цьому житті треба вчитись жити за новими правилами. Військовополонений потрапляє до всесвіту невизначеності, в якому він не може нічого вчинити, бо від його волі майже нічого не залежить. Військовополонений стикається з великою кількістю ситуацій, в яких його особистий досвід більше не може бути використаний. Нескінченна вигадливість власного розуму має щодня допомагати військовополоненому. Створення багатогранної ілюзії щодо себе (власних думок, міркувань та власного ставлення) є засадничими умовами вдалого мімікування військовополоненими. На нашу думку символічна мімікрія, як регулятор дій і вчинків військовополоненого здатна приховати його справжні думки, почуття та ставлення, що в значній мірі сприятиме виживанню в полоні. Слід зазначити, що особистість військовополоненого, яка толерантна до ситуації невизначеності не відчуває на собі значної деструктивної дії фактору стресу та фрустрації. В цьому контексті ситуація невизначеності виступає ресурсом для досягнення та збереження відчуття психологічного благополуччя. Для досягнення фізичної та психічної готовності військовослужбовців до перебування в умовах полону протягом підготовки важливим є наявність елементів навмисно завданих страждань (гіпокінезія, приниження, фізичний біль і т.ін.), які інтегруються в досвід військовослужбовця та в подальшому не викликатимуть в нього значної стрес-реактивності.

Моральний стан звільненого військовослужбовця відзначається значним спустошенням його внутрішніх резервів. Щоб почати жити заново чи відновити попереднє життя особа намагається віднайти необхідні їй відчуття. Ці відчуття у її свідомості мають лягти в базис того, що надасть їй поштовх до нового життя. Те про що вона мріяла, заради чого проходила нелюдське поводження, те заради чого вона піднімалась після нелюдських кривджень та наруг. Звільнений

військовослужбовець відшукує відчуття скрізь (в людях, їх ставленні до себе, оточуючому середовищі, іноді в природній красі оточуючого середовища та навіть в спорті). Він відшукує те – що стане для нього винагородою (або принаймні компенсацією) за пережите, тоді як відсутність здорового співчуття завдає йому шкоди. Внутрішній вакуум вимагає наповнення новим сенсом для подальшого життя, адже сенс який надав сили вижити в полоні після звільнення втрачає над людиною свою силу.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТЕНЗІЄЮ

В. М. Астахов,

д. мед. н., професор,

*Донецький національний медичний
університет МОЗ України*

Загальноновизнано, що найбільш розповсюдженою причиною перинатальної захворюваності та смертності на сьогоднішній день продовжує залишатися порушення взаємодії ланок у системі «мати-плацента-плід», що супроводжується зниженням відповідних компенсаторних реакцій і є причиною не тільки хронічної гіпоксії плоду та затримки його розвитку, а й надалі може бути підґрунтям для прояву дезадаптивних процесів у новонародженого, стати причиною порушення фізичного, психічного розвитку дитини на подальших етапах онтогенезу.

За наявності великої кількості наукових досліджень, що стосуються етіопатогенезу таких системних порушень (Борзенко І. Б., 2020; Жабченко І. А., 2018; Селюва Н. Ю. та ін., 2019), далеко не всім фоновим захворюванням та патологічним станам під час вагітності, які негативно впливають на її перебіг, сприяють виникненню ускладнень під час пологів та у післяпологовому періоді та, у свою чергу, підвищують показники перинатальної захворюваності, приділено достатньо уваги серед фахівців.

Одним із таких фонових захворювань є артеріальна гіпотензія, яка, за різними даними, зустрічається у 12-25% вагітностей (Астахов В. М., Сун Лі, 2014; Луценко Н. С., 2013; Markin L., Popovitch O., 2018). Слід зазначити, що на теперішній час мають місце різні судження як про етіопатогенез артеріальної гіпотензії під час вагітності, так і про механізм виникнення різних ускладнень, у тому числі порушення у системі «мати-плацента-плід». Існують різні дані щодо супроводу таких вагітних, однак загальні принципи профілактики та лікування ускладнень, що виникають, більшою мірою припускають застосування різноманітних фармакологічних засобів, що не вирішує проблему в повному обсязі. Отже, стає очевидною необхідність поглибленого дослідження

механізмів розвитку порушень, що виникають у системі «мати-плацента-плід» у вагітних з артеріальною гіпотензією та розробки сучасних патогенетично обґрунтованих підходів до комплексного супроводу жінки протягом вагітності, у пологах та післяпологовому періоді, що й стало метою нашої роботи.

У сучасному акушерстві провідним є пошук підходів, які передбачають максимально дбайливе ставлення до вагітної та плоду з мінімізацією фармакологічного навантаження та інвазивних методів лікування, що дозволяють позитивно впливати на роботу системи «мати-плацента-плід», запобігати різноманітним порушенням у її функціонуванні, або корегувати вже наявні.

Враховуючи результати дослідження фахівців у даному напрямку, а також багаторічний власний досвід по розробці та впровадженню супроводу жінок на різних етапах реалізації їх репродуктивної функції, було запропоновано та впроваджено, на базі наукової лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології Донецького національного медичного університету МОЗ України комплексну патогенетично обґрунтовану медико-психологічну програму супроводу вагітних з артеріальною гіпотензією.

Програма супроводу була розрахована на весь період вагітності. Починаючи з моменту постановки жінки на облік у жіночій консультації, у терміні вагітності 8-12 тижнів, за допомогою функціональних проб визначали її толерантність до фізичних навантажень та стан кардіореспіраторної системи. Обов'язковим також було вхідне клініко-психологічне обстеження вагітних з діагностикою їх індивідуально-психологічних особливостей та визначенням ступеню психоемоційного напруження. Поточний контроль за станом функціональних систем організму та психоемоційної сфери жінок проводили при стандартних відвідуваннях вагітними жіночої консультації відміткою у спеціальній карті спостережень. Такий підхід дозволяв не тільки індивідуально планувати, а й своєчасно коригувати роботу, що проводилася з вагітними.

Запропонована програма складалася з двох обов'язкових видів роботи, які доповнювали один одного – заняття, які проводилися у лікувально-профілактичному закладі під контролем лікаря та/або медичного психолога, та самостійні заняття у домашніх умовах.

До першого виду занять відносилися ознайомлення та навчання виконанню комплексу вправ з елементами традиційної китайської гімнастики цигун, дихальної гімнастики, ізометричної (статичної) гімнастики, пресопунктури зон біологічно активних точок (БАТ) та аутотренінгу по Шульцу; психологічний супровід із залученням подружжя; курс пневмомасажу та фармакотерапія (за наявності показань).

Інтерес в акушерській практиці до різних модифікацій фізичних навантажень, як одного з методів підвищення адаптаційних можливостей майбутньої матері та плоду, пояснюється їх доступністю, простотою виконання та, головне, фізіологічністю самого методичного прийому. В межах програми вагітних навчали виконанню самостійно в домашніх умовах комплексу спеціальних вправ з елементами традиційної китайської гімнастики цигун, що

складався з 12 вправ, які виконуються щодня (до 28 тижнів вагітності) протягом 8-10 хвилин вранці, з повторенням кожної вправи до 10 разів та з обов'язковим ретельним спостереженням за власним самопочуттям.

З урахуванням характерних змін центральної гемодинаміки, що відбуваються в організмі вагітної, з 28 тижня і до пологів, застосовувався спеціально розроблений комплекс статичних ізометричних вправ, який після навчання виконувався жінками самостійно в домашніх умовах. При доборі статичних вправ враховувалася участь основних груп м'язів у процесі пологів. Весь комплекс складався з дванадцяти вправ, які виконуються щодня, протягом 10-15 хвилин, вранці або ввечері час за 1-2 години до сну, з повторенням кожної вправи до 10 разів. Одним з основних компонентів пропонованого комплексу фізичних вправ було навчання вагітної координованому типу грудного дихання, що характеризується швидкою максимальною напругою певної групи м'язів з вдихом через ніс, плавним розслабленням цієї групи м'язів протягом 7-8 секунд з видихом через рот. Принцип статичних вправ дихальної гімнастики дозволяє активувати периферичну та центральну гемодинаміку, активно впливає на підвищення витривалості м'язової та кардіореспіраторної систем до навантажень, сприяє стабілізації психоемоційного фону. Неодноразове повторення пропонованих вправ формує у вагітної автоматизм виконання раціональних рухових дій та дихання під час пологів, що позитивно впливатиме на процес пологів та стан новонародженого.

Механізм дії пресопунктури полягає у складних рефлекторних реакціях, які залучають центральні відділи головного мозку, у тому числі ретикулярну формацію, ствольні структури, лімбічну систему та коркові утворення. Є дані, що пресопунктура сприяє відновленню рівноваги основних нейровегетативних процесів, покращує адаптивні, захисні та компенсаторні можливості організму; також пресопунктура сприяє усуненню функціональних порушень із підвищенням резистентності організму загалом (Агасаров Л. Г. та ін., 2018; Мачерет Є. Л., Коркушко О. О., 2009; Сун Лі, 2014). Сутність пресопунктури полягає у механічному подразненні невеликих ділянок (2-10 мм) поверхні шкіри, що характеризуються скупченням у яких нервових закінчень і називаються біологічно активними точками. Після проведеного навчання, пресопунктура проводиться щодня, вранці перед виконанням фізичних вправ, шляхом ритмічного натискання в зонах БАТ протягом 3-5 хвилин.

Слід також зазначити, що важливим у роботі з вагітними були заняття спільно з медичним психологом, які паралельно відбувалися за спеціально розробленою програмою психологічного супроводу вагітних. Запропонована програма розрахована на чотири етапи, кожен з яких складався з трьох занять і включав використання ряду технологій (психодіагностика, психологічне консультування та інформування, психокорекція, тренінгова робота, де широко використовувався метод асоціативного моделювання родового процесу та поведінки під час пологів). Об'єктами роботи виступали подружжя пара, вагітна, та внутрішньоутробний плід. Заняття проводилися 2 рази на місяць; повний курс

– 12 занять. Тривалість заняття варіювала від 1 до 1,5 години залежно від теми та виду роботи; форма роботи: групова та індивідуальна.

Таким чином, розроблену та впроваджену комплексну програму можна розглядати як патогенетично обґрунтований метод медико-психологічного супроводу вагітних з артеріальною гіпотензією, яка являє собою сукупність цілеспрямованих функціональних впливів на організм вагітної, що має на меті покращення компенсаторно-приспосувальних реакцій та діяльності системи мати-плацента-плід, оптимізацію нейровегетативної системи та стабілізацію психоемоційної сфери жінки, реалізованих на всьому протязі вагітності, з максимально зниженим фармакологічним навантаженням та прогнозованим високим позитивним результатом як для вагітної, так для плода та новонародженого.

ТИП ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСІМЕЙНИХ ВЗАСМИН: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

О. В. Бацилєва,

д. психол. н., професор,

*Харківський національний педагогічний
університет імені Г. С. Сковороди*

Різнноманітні аспекти дослідження феномену батьківства, починаючи з особливостей становлення репродуктивної поведінки, планування вагітності та формування відповідального батьківства, підготовки до виконання батьківських ролей під час вагітності та їх реалізація після народження дитини, сьогодні не втрачають своєї актуальності та продовжують бути предметом наукових розвідок багатьох фахівців. На особливу увагу у цьому напрямку заслуговують вивчення різнноманітних чинників, які впливають на становлення батьківської сфери, при цьому отримані дані стають підґрунтям для удосконалення методів та прийомів комплексного супроводу особистості, подружжя та сім'ї в цілому на різних етапах підготовки до батьківства, зокрема під час очікування на народження дитини.

Не викликає сумнівів, що вагітність є надзвичайно складним та відповідальним періодом не тільки з суто біологічної точки зору, коли відбувається зачаття та внутрішньоутробний розвиток майбутньої дитини, а й з психологічної та навіть соціальної. Так, загальновідомо, що під час вагітності в організмі жінки відбуваються суттєві фізіологічні й психологічні зміни, які мають значний вплив на перебіг вагітності та пологів, розвиток плода та стан новонародженого, а також готовність жінки до ситуації майбутнього

материнства (Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В., 2020; Мордас Є. С., Харисова Р. Р., 2018).

Варто відмітити, що зміни, які мають місце під час вагітності, відбуваються за принципом домінанти, в основі прояву якої знаходяться процеси адаптації до нових умов співіснування двох організмів, організму матері й внутрішньоутробного плоду та створення оптимальних умов для перебігу вагітності. Така домінанта носить назву гестаційної, та є складовою материнської домінанти, яка охоплює також домінанту зачаття та домінанту лактації. Гестаційна домінанта має фізіологічний та психологічний компоненти, що визначають особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної, та зміни, спрямовані на виношування та народження дитини (Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В., 2020; Добряков В. І., 2014).

Під час вагітності відбуваються й певні трансформації у міжособистісних стосунках як в середині подружньої пари, так і у взаєминах майбутніх батьків з близьким та далеких оточенням, що надає змінам, які відбуваються під час процесу гестації, значного соціального забарвлення.

Враховуючи вищезазначене, метою нашої роботи стало емпіричне дослідження та аналіз типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) й особливостей внутрішньосімейних відносин під час вагітності. Дослідження проводилося на базі наукової лабораторії репродуктивної сфери, пренатальної і перинатальної психології Донецького національного медичного університету МОЗ України. У дослідженні прийняли участь 46 подружніх пар, які знаходилися у шлюбі та очікували дитину. Всі жінки перебували у другому триместрі вагітності та знаходилися під наглядом акушера-гінеколога у жіночих консультаціях за місцем мешкання, де проводився відповідний медичний супровід. Такий термін вагітності був обраний виходячи з розуміння про те, що саме другий триместр є найбільш «спокійним» з точки зору змін, що відбуваються в організмі жінки на всіх рівнях, а також у цьому періоді можна говорити про сформовану гестаційну домінанту, яка проявляється у найбільш чистому вигляді. Усіх досліджуваних було проінформовано про мету дослідження та отримано згоду на участь у ньому. У якості психодіагностичного інструментарію було використано тест відношень вагітної І. В. Добрякова та опитувальник «Шкала сімейного оточення» (адаптація С. Ю. Купріянов).

Дослідження проводилося в два етапи. На першому етапі за допомогою тесту відношень вагітної І. В. Добрякова було досліджено тип психологічного компоненту гестаційної домінанти у жінок. Так, оптимальний тип ПКГД був діагностований у 15,2% вагітних, ейфорійний – у 19,6%, гіпогнозичний – у 10,9%, тривожний – у 23,9%, депресивний – у 13,0%, змішаний – 17,4%. За отриманими результатами було сформовано дві підгрупи. До складу I підгрупи, яка розглядалася як умовна норма, увійшли вагітні з оптимальним, ейфорійним та змішаним типами ПКГД (52,2%); до складу II підгрупи – так званої групи ризику – увійшли досліджувані з гіпогнозичним, тривожним та депресивним типами ПКГД (47,8%). Такий розподіл вагітних по підгрупах був зроблений виходячи з розуміння про те, що саме ПКГД лежить в основі функціонування

механізмів психічної саморегуляції, які мають місце під час вагітності та спрямованні на формування сприятливих умов для її перебігу, розвитку внутрішньоутробного плоду та становлення материнської поведінки. Отже, виявлений тип ПКГД може розглядатися як певний діагностичний критерій для прогнозування відповідних порушень як під час вагітності, так і у пологах та післяпологовому періоді.

Наступним кроком нашого дослідження було виявлення особливостей внутрішньосімейних відносин досліджуваних, соціального клімату в їх сім'ях. На цьому етапі до дослідження ми долучили й чоловік вагітних жінок. За шкалою сімейного оточення ми мали можливість проаналізувати показники стосунків між майбутніми батьками, зокрема рівень згуртованості, експресивності та конфліктності; показники особистісного росту, зокрема незалежність, орієнтацію на досягнення, інтелектуально-культурну орієнтацію, орієнтацію на активний відпочинок, моральні аспекти; показники управління сімейної системи, зокрема особливості організації та контролю в межах сім'ї. Так, високі результати за показниками відносин між партнерами було діагностовано серед 50,0% досліджуваних подружніх пар I підгрупи та 18,2% пар II підгрупи, що свідчить про те, що члени родини демонструють турботу по відношенню один до одного, вони відчують свою приналежність до власної сім'ї, можуть відкрито демонструвати свої почуття й переживання один одному з приводу різного роду ситуацій. У таких сім'ях відмічається низький рівень прояву агресії та гніву у партнерів у стосунках, під час конфліктів вони прагнуть до конструктивного обговорення ситуації. Низькі результати за цими показниками було виявлено у 16,7% подружніх пар I підгрупи та 50,0% подружніх пар II підгрупи, що свідчить про те, що члени подружжя не схильні допомагати один одному, надавати взаємопідтримку, відкрито демонструвати свої почуття, у конфліктних ситуаціях вони часто відкрито демонструють гнів та агресію. Середні результати за цими показниками було діагностовано у 33,3% подружніх пар I підгрупи та 31,8% подружніх пар II підгрупи.

За показниками особистісного росту нами було виявлено наступні характерні відмінності серед досліджуваних підгруп. Прагнення до прояву активності в різних сферах діяльності, зокрема соціальній, інтелектуальній, культурній було діагностовано серед 58,3% подружніх пар I підгрупи та 36,4% II підгрупи. Незалежність в прийнятті рішень, самостійному обмірковуванні проблем було виявлено серед 25,0% подружніх пар I підгрупи та 59,1% подружніх пар II підгрупи. Високу повагу до сімейних та моральних цінностей продемонстрували 66,7% подружніх пар I підгрупи та 31,8% подружніх пар II підгрупи. Високу орієнтацію на активний сімейний відпочинок було діагностовано серед 54,2% подружніх пар I підгрупи та 36,4% – II підгрупи.

За показниками управління сімейною системою було виявлено наступні відмінності між досліджуваними підгрупами. Висока ступінь важливості порядку та організованості у родині, фінансове планування сімейної життєдіяльності, чіткість та визначеність сімейних правил та обов'язків між партнерами була виявлена серед 66,7% подружніх пар I підгрупи та серед 36,4%

подружніх пар II підгрупи. Невизначеність, ригідність сімейних правил, відсутність фінансового планування, неорганізованість взаємовідносин між партнерами, прагнення контролювати один одного було діагностовано серед 12,5% подружніх пар I підгрупи та 40,9% подружніх пар II підгрупи.

На підставі аналізу отриманих результатів за показниками шкали сімейного оточення нами було визначено особливості загального сімейного клімату. Так, сприятливий сімейний клімат, що характеризується гармонійними сімейними взаємовідносинами, було діагностовано серед 79,2% досліджуваних подружніх пар I підгрупи та серед 54,5% досліджуваних подружніх пар II підгрупи. Несприятливий сімейний клімат, що характеризується наявним дисонансом у сприйнятті власних сімейних та подружніх взаємовідносин, було діагностовано серед 12,5% досліджуваних пар I підгрупи та 40,9% досліджуваних пар II підгрупи.

Таким чином, узагальнюючи отримані результати емпіричного дослідження нами було виявлено, що у вагітних з різними типами ПКГД мають місце відмінності у внутрішньосімейних відносинах, а також у наявному сімейному кліматі. Враховуючи значення подружніх та сімейних стосунків для психологічного та соціального благополуччя вагітної жінки, стає зрозумілим доцільність активного залучення партнерів до програм психологічного супроводу вагітних, що, безумовно, сприятиме не тільки ефективній підготовці до свідомого та відповідального батьківства, але й гармонізації подружніх стосунків та сімейному благополуччю загалом.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: ЧЕГО ОЖИДАТЬ ЗАВТРА?

*А. В. Белокобыльский,
д. философ. н., профессор,
Донецкий национальный медицинский
университет МОЗ Украины*

Несмотря на тот факт, что экзистенциальные вызовы XX века (подобные угрозе ядерного экоцида, глобальному потеплению, экологическому кризису и т.д.) в новом столетии никуда не делись, более того, скорее обостряются и растут в масштабе, проблема качества жизни выходит на передний план. Это связано с тем, что в мире, большая часть населения которого живет вне угрозы голодной смерти или актуальной войны, именно качество жизни превращается в фактор мобилизации сторонников или противников правительств, парадигм экономического развития или политических устройств. При этом массовые, в основном виртуальные мобилизации, в кратчайшие сроки собирают протестные движения, цветные революции, забастовки и угрожают поколебать даже столь в

недавнем прошлом устойчивые образования как американская демократия. И именно в области качества жизни усредненного обитателя нашей планеты намечился революционный сдвиг. Связан он с техническими и технологическими изменениями цивилизационного масштаба, которые стали возможны благодаря развитию искусственного интеллекта (ИИ).

Сегодня все чаще говорят об эмерджентном развертывании Четвертой промышленной революции (*Industrie 4.0*) и реализации стратегии Общества 5.0, которую в марте 2017 года на выставке CeBIT, прошедшей в Ганновере, представил публике премьер-министр Японии Синдзо Абе. Термин появился незадолго до этого в рамках презентации пятилетнего плана развития Японии, предусматривающего решение важнейших проблем японского общества – сокращения численности населения, его старения, бездетности работающих граждан. Общество 5.0 представляет собой новую социальную парадигму, которая подразумевает тотальное распространение IoT (Интернета вещей), применение к Big Data (технологии работы с огромными массивами данных) и AI (искусственного интеллекта). «Пилотными» странами, в которых стратегия Общества 5.0 реализуется в первую очередь, выступили Япония, США и Германия. Идеологи новой парадигмы, например, руководитель департамента внешних и правительственных связей корпорации Mitsubishi Electric Уэмура Норицугу, говорят даже о необходимости изменения национальных законодательств и стратегий развития государств.

Если общество Третьей промышленной революции можно считать обществом «нового средневековья», главной отличительной чертой жизни которого становится децентрализация и разукрупнение индустриальных монстров, то зарождающееся общество Четвертой промышленной революции – это новый гоббсовский Левиафан (Левиафан – одно из двух библейских чудовищ, образ которого Томас Гоббс использует для описания нового государства, опирающегося на общественный договор), роль суверена в котором отдана искусственному интеллекту. Каждый значимый объект в этом новом мире получает свою собственную электронную метку и становится обитателем виртуального мира – копии или точнее модели реальности. Любые количественные и многие качественные изменения окружающих вещей отслеживаются в режиме реального времени и хранятся в огромных по емкости базах данных. Эти базы – память, или даже своеобразная «матрица» Искусственного интеллекта, которая ежесекундно уточняется и перестраивается вместе с реальностью. В зависимости от поставленных задач и на основе получаемой информации, Искусственный интеллект программирует изменения в «матрице», которые почти мгновенно изменяют реальное положение вещей. Так как вычислительные возможности машины практически не ограничены, Искусственный интеллект выступает в роли своеобразного «земного бога», который на часы, дни, а возможно и годы вперед «предвидит» что, куда, когда, для чего, с помощью чего и в каком виде должно быть доставлено/обработано/сообщено и т.д.

В новой реальности не существует проблем логистики – любые материалы оптимальными партиями будут доставлены точно в срок в нужное место. Так как транспорт направляется и пилотируется роботами, «человеческий фактор» практически исключается, магистрали, в том числе и городские, работают с оптимальной нагрузкой, при необходимости совершенствуясь. Отпадает необходимость в оптово-распределительных и транзитных складах, заводы, фабрики, стройплощадки работают «с колес», уходят в прошлое огромные гипермаркеты. Адресная доставка всего необходимого изменяет облик общественного и грузового транспорта. Технологии, используемые сегодня (типа Uber, BlaBlaCar), объединенные с машинным планированием, приводят к отказу от стандартных для нас «фур» в пользу более мобильных малогабаритных автомобилей и сверхкрупных автопоездов. Добраться из точки А в точку Б выгоднее всего будет по предварительному заказу, впрочем, сама необходимость частых перемещений отпадет вместе с отказом от концентрации «рабочих мест» в офисных зданиях или производственных цехах – интеллектуальное и материальное производство переместится в пространство жилых помещений домов и квартир работников. Децентрализация коснется и производства электроэнергии, генерация и перераспределение которой также будет управляться Искусственным интеллектом.

Со временем, возможно, исчезнут важнейшие институты современного мира. Например, могут исчезнуть знаковые современные образования, выделенные в свое время М. Фуко в качестве символов Нового времени – клиника, тюрьма и лечебница для душевнобольных. Необходимость в крупных лечебных учреждениях, а также в части их услуг отпадет после введения тотального и обязательного контроля состояния здоровья населения в режиме реального времени – большая часть лечебно-профилактических услуг будет оказываться на дому. Тюрьма может быть заменена контролируемым ограничением свободы в собственном жилище с запретом на определенные действия и перемещения, а лечебница для душевнобольных – индивидуальным или коллективным опекуном и дистанционной специализированной помощью.

Замена «вертикальных» социальных структур «горизонтальными» может снизить значение центральной власти, изменить привычный облик институтов демократии (например, таких как выборы), способствовать дальнейшей индивидуальной эмансипации. Даже современный ландшафт претерпит существенные изменения. Монстры современности – металлургические заводы, плотины электростанций и здания АЭС, небоскребы, ангары и т.д. превратятся в арт-объекты, будут ревитализированы или демонтированы. Современный город ждет новая метаморфоза, когда рядом со средневековыми историческими кварталами, индустриальным центром XIX – начала XX века и небоскребами Сити конца века XX разрастется комфортный зеленый новый город – без слишком высоких зданий и многополосных автомагистралей, в котором люди будут собираться вокруг культурных объектов, а не заводов или центров потребления.

Масштабные трансформации жизненного пространства человека не смогут не сказаться на жизни общества, его нормах и целях, духовных потребностях человека, межличностной коммуникации и т.д. Вполне может быть, что повсеместное внедрение новых технологий приблизит нас не только к идеалу «лучезарного города» (Ле Корбюзье), но и позволит полнее воплотить мечты гуманистов эпохи Просвещения об идеальном обществе. Можно предположить, что технология «печати» на молекулярном уровне вещей личного пользования, еды, лекарств и т.д. на 3D-принтерах в домашних условиях, со временем устранил привычные для современного человека символы социального неравенства – с учетом предоставления каждому жителю мегаполиса оптимальной для конкретного индивида диеты или стратегии лечения нельзя будет «питаться лучше», «одеваться лучше» или получать более эффективное лечение».

Во всей этой почти идиллической картине недалекого будущего есть один тревожащий момент – тотальная «завязанность» грядущего социального и технологического прогресса на Искусственный интеллект. Нетрудно заметить, что регулирующая, координирующая, а чаще всего прямо руководящая роль ИИ является обязательным условием реализации стратегии построения нового общества. ИИ будет контролировать практически все, но найдется ли место для того, кто будет осуществлять контроль над ИИ? Тем более, если не только тактические, но и многие из стратегических решений Главного кормчего будут человеку разумному просто недоступны? И еще один вопрос. Даже если все описанные изменения произойдут не сразу, даже если внедрение технологий Общества 5.0 будет напоминать поступательное распространение по планете паровых машин или электрических двигателей, найдется ли у человечества, а тем паче у нашей страны потенциал, для того чтобы обеспечить себя отечественным продуктом в этой свертехнологичной отрасли?

ПРОФЕСІЙНА АДАПТАЦІЯ ЯК ЧИННИК ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я

І. В. Болотнікова,

к. психол. н.,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Фізичний та психічний стан організму людини виконують керуючу роль у формуванні та розвитку її адаптивних можливостей. В свою чергу фізичне та психічне здоров'я людини залежить від рівня її адаптації до оточуючого середовища. Таким чином, здоров'я людини взаємопов'язане з особливостями адаптивних процесів, як психофізіологічних, так і соціальних. Під час довготривалого впливу на організм людини негативних явищ виникає

перенапруження адаптивних механізмів, що у свою чергу призводить до виникнення різного роду захворювань. Негативна дія зовнішніх факторів впливає і на фізичний, і на психічний стан людини (Березовская Р. А., 2016).

Більшість дослідників визначають професійне здоров'я як певну сукупність характеристик фахівця (психофізіологічних та соціальних), яка відповідає вимогам його професійної діяльності та забезпечує її високу ефективність.

Психологічна та фізіологічна професійна адаптація людини забезпечує зберігання у фахівця професійного здоров'я та сприяє високому рівню результативності його праці. Негативні психологічні явища та зниження ефективності праці, що виникають під час професійної діяльності людини, сигналізують про порушення адаптивних механізмів та є ознаками професійної дезадаптації (Аширов Д. А., 2007). Виникнення та розвиток негативних психофізіологічних станів та зниження ефективності праці тісно пов'язані між собою.

Професійну адаптацію можна визначити як становлення, розвиток та збереження балансу між двома системами: «людина» та «професійне середовище». Під професійним середовищем розуміють предмети, об'єкт праці, мету та завдання професійної діяльності, умови праці та соціальне оточення. Професійну адаптацію можна також розглядати як процес заглиблення людини у професію та налагодження гармонійних стосунків з оточуючим середовищем.

Особливості професійної адаптації фахівця зумовлюються зовнішніми та внутрішніми обставинами. Зовнішні умови містять у собі специфічні особливості, притаманні певній професійної діяльності, певні соціальні умови та своєрідні стосунки, які склалися в даному робочому колективі (Аширов Д. А., 2007).

Внутрішні фактори професійної адаптації фахівця обумовлюються його власними потенційними адаптивними можливостями, як психологічними, так і фізіологічними, відповідністю його потенціалу вимогам даної професії та рівнем внутрішньої мотивації.

Ефективність праці визначається як співвідношення кількості витрат на неї (грошових, енергетичних, витрат часу, а також внутрішніх ресурсів людини (психофізіологічна «ціна» діяльності) та її результату.

Ефективність праці є важливим фактором професійної адаптації фахівця. Фахівець – це людина в широкому розумінні цього поняття: індивід, особистість, суб'єкт професійної діяльності, і саме такого погляду на людину необхідно дотримуватися під час дослідження феномену професійної адаптації (Реан А. А., 2006). Отже, доцільно вивчати адаптацію індивіда до матеріального та фізичного професійного середовища, адаптацію особистості до особливостей соціального професійного оточення, а адаптацію суб'єкта праці – до вимог, операцій та функцій, притаманних певній професії.

Індивідуальні особливості людини відіграють велику роль в ефективності та успішності її професійної адаптації та спрямовують активність людини на ті компоненти і завдання праці, в яких вона найбільш здібна та успішна.

Індивідуальність людини-фахівця виявляється в реалізації особливих, властивих лише їй, засобів пристосування до оточуючого професійного середовища. При цьому людина може бути більш успішна в одному аспекті професійної діяльності (економічні показники результатів праці) та менш успішною в іншому (включеність в соціально-психологічну атмосферу робочого колективу) (Фирсов М. В., 2001).

Проте, говорити про низьку адаптованість або про дезадаптованість людини до даного різновиду професійної діяльності можна лише в тому випадку, коли вона має низькі показники ефективності праці по всіх значущих для даної професії критеріях.

Високий рівень адаптованості людини до професійної діяльності визначається не лише ефективністю її праці, а й здатністю виявляти її у несприятливих умовах.

Кожен фахівець володіє певним адаптивним ресурсом, за допомогою якого підтримується баланс між результативністю його праці та збереженням його професійного здоров'я. Зменшення, вичерпання адаптивного ресурсу призводить до порушення цього балансу і виникненню у фахівця негативних фізичних та психічних станів. Ось чому необхідно дотримуватись правильного режиму праці та відпочинку, укріплювати теплу товариську атмосферу в колективі, правильно організовувати умови праці та робочого місця, тощо.

ЖИТТЕСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ В КОНТЕКСТІ СПОСОБІВ ДОЛАННЯ СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ В ПЕРІОДИ ЮНОСТІ ТА ДОРΟΣЛОСТІ

Т. С. Бондарева,

*магістр психології, старший лаборант,
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Розвинена життєстійкість є суттєвим ресурсом для підтримки психічного здоров'я особистості: здібності долати життєві труднощі з найменшими витратами та збереженням ефективності у власному житті. Існує запит суспільства стосовно актуальних форм та методів щодо розвитку цього важливого ресурсу, який має тенденцію до зменшення внаслідок травмуючих подій різної інтенсивності, що виникають в умовах кризи в різні вікові періоди життя кожної людини та суттєво знижують життєстійкість через неефективні стратегії стрес-долаючої поведінки. Одним із шляхів розв'язання цієї проблеми на науковому рівні є розробка та теоретико-методологічне обґрунтування засобів психологічної допомоги з урахуванням вікових, соціальних та соціокультурних особливостей, а також специфіки здійснення практичної діяльності фахівцями.

Поняття «життестійкість» (hardiness) було введено С. Кобейса і С. Мадді, і розроблялося на перетині екзистенційної психології, психології стресу і стрес-долаючої поведінки. На думку С. Мадді, розвиток життестійких якостей особистості має не тільки підвищити якість життя, стимулювати людину до самодостатності і більш позитивному самовідчуттю, але й стати основою для особистісного розвитку. Життестійкість – це певна установка, що надає життю сенс не залежно від зовнішніх обставин, це певний ресурс людини, що допомагає підтримувати її фізичне, психічне і соціальне здоров'я (Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И., 2006). Найчастіше життестійкість вивчається в контексті проблем долаття стресу, адаптації-деадаптації в суспільстві (Khoshaba D., Maddi S., 1999). Вікові зміни підтримки оптимального рівня життестійкості пов'язані, в першу чергу, з соціалізацією особистості: розвитком соціального інтелекту та вольової сфери, оволодінням своїм темпераментом та вихованням характеру, навчанням та професійним розвитком. Життестійкість є мірою здатності швидко пристосуватися до будь-яких життєвих змін. Головною функцією життестійкості є можливість будувати ефективну соціальну взаємодію та знаходити оптимальні шляхи саморозвитку та самоздійснення особистості у складних життєвих обставинах.

Багатьма психологами період юності відзначається як центральний період становлення людини і особистості в цілому, в якому виявляються її різні інтереси, в тому числі і професійні. Це такий період, коли людина вибудовує життєві плани, які вона планує реалізувати у дорослому житті, що значною мірою залежить від розвитку вольових якостей, наполегливості, здатності конструктивно та вчасно долати важкі життєві ситуації.

Важливим показником дорослішання є психічна та фізіологічна зрілість людини. Внутрішнім ресурсом дорослої людини є здатність бачити обмеженість і умовність своїх здібностей, визначень та норм. Доросла людина зустрічається з необхідністю вирішувати безліч складних соціальних завдань, долати життєві труднощі та кризи, болісні втрати як в професійній сфері так і в особистому житті, що так чи інакше впливає на її життестійкість.

З багатьох попередніх досліджень відомо, що рівень показників життестійкості особистості пов'язаний із тим, які саме копінг-стратегії вона обирає найчастіше для зниження психічної напруги в момент життєвих труднощів. Копінг-стратегії можуть бути неефективними і навіть призводити до регресу. Ефективність копінгів залежить в першу чергу від попереднього досвіду та наявності необхідної кількості ресурсів (інколи говорять про міру виснаженості у психотравмівних ситуаціях). Водночас проблема розвитку життестійкості з огляду на дослідження. Отже, нами були сформувані наступні гіпотези:

1. Асертивні дії, як стрес-долаюча поведінка, має позитивні взаємозв'язки із життестійкістю особистості.

2. Конструктивний вибір стратегій стрес-долаючої поведінки має позитивні взаємозв'язки із компонентами життестійкості.

До основних методів дослідження було обрано тест «Життєстійкість» С. Мадді (в адаптації Д. Леонтьєва, О. Рассказової) та опитувальник із визначення стратегій стрес-долаючої поведінки «SACS» (С. Хобфолл) (Водопьянова Н. Е., 2009). Тест «Життєстійкість» включає загальний показник – життєстійкість, а також три автономні компоненти (субшкали): залученість, контроль, прийняття ризику. Рівень вираженості життєстійкості розраховується на основі інтеграції балів за субшкалами. Методика «SACS» містить дев'ять моделей поведінки (асертивні дії, вступ в соціальний контакт, пошук соціальної підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, уникнення, маніпулятивні (непрямі) дії, асоціальні дії, агресивні дії) та загальний індекс конструктивності (ІК).

У дослідженні було задіяно дві вибірки. Перша: студенти НУХТ (м. Київ) віком від 19-ти до 22-х років, 71-а особи (2018 р.). Друга: дорослі, які тривалий час проживають в Україні у віці від 30-ти до 60-ти років, 91-а особи (2019 р.).

Згідно наших розрахунків, студенти у стресових умовах частіше ніж дорослі вдаються до активної (асертивні дії), асоціальної (асоціальні та агресивні дії), непрямой (маніпулятивні дії) стратегії. Згідно отриманих даних за U-критерієм Манна-Уїтні значимої різниці у конструктивності вибору стратегій стрес-долаючої поведінки між студентами та дорослими не виявлено. Переважна більшість студентів та дорослих конструктивні у виборі стратегій стрес-долаючої поведінки. Згідно розрахунку кореляцій між життєстійкістю та її компонентами із моделями поведінки стрес-долаючих стратегій, можна визначити: 1) показники вираженості активної стратегії моделі поведінки «асертивні дії» мають середні позитивні з високим рівнем значимості кореляції з життєстійкістю та її компонентами (залученість, контроль, схильність до ризику); 2) пасивна стратегія «уникнення» має середні негативні обернені кореляції високої значимості з життєстійкістю та її автономними компонентами; 3) просоціальна стратегія поведінки «вступ у соціальний контакт» має обернену слабку негативну кореляцію високої значимості із компонентом життєстійкості «схильність до ризику»; 4) індекс конструктивності ІК має позитивні середні кореляції високої значимості із життєстійкістю та її компонентами.

Як показало наше дослідження, показники компонентів життєстійкості мають тенденцію до збільшення, коли особистість у стресових умовах схильється до вибору асертивних дій. Асертивна поведінка дозволяє знаходити шляхи примирення з критикою і з власними помилками та надає уміння просити іншого про послугу, не відчуваючи незручності. Що саме по собі є запорукою оптимальної життєстійкості для власної ефективності у взаємодії з іншими. При вступі у соціальний контакт визначається тенденція до збільшення показників такого компоненту життєстійкості як «залученість». Сама по собі залученість у діяльність часто вимагає міжособистісної взаємодії. Вибір пасивної стратегії поведінки «уникнення» створює тенденцію щодо зниження показників компонентів життєстійкості. Особистість, що уникає розв'язання проблем зменшує можливості власного розвитку та набуття корисного життєвого досвіду.

Аналіз взаємозв'язків життєстійкості та її автономних компонентів зі стратегіями стрес-долаючої поведінки доводить нашу гіпотезу про те, що

життєстійка особистість схильна обирати конструктивні стратегії стрес-долаючої поведінки. Залежно від ступеня конструктивності, стратегії поведінки можуть сприяти або перешкоджати успішності долаття професійних стресів, а також впливати на збереження психічної рівноваги іншого при міжособистісній взаємодії. «Здоровий» копінг, що визначає конструктивність, є активним та просоціальним. Активне подолання в сукупності з позитивним використанням соціальних ресурсів (контактів) підвищує життєстійкість особистості.

Отже, щоб збільшити загальні показники життєстійкості, треба розвивати асертивну поведінку, як ефективну стратегію у важких життєвих ситуаціях. Базою для асертивної поведінки є почуття впевненості в собі і ставлення до інших партнерів як до рівних, самоствердження через конструктивну діяльність, досягнення майстерності у безконфліктній взаємодії з іншими. Людині з низькими показниками асертивності важко налагоджувати міжособистісні стосунки, щоб бути повністю залученою у спільну справу з тісною взаємодією з іншими, маючи при цьому певну мірою особистої відповідальності за результат.

ОСОБЛИВОСТІ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЯК ЧИННИКА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

Н. В. Бугой,

здобувач вищої освіти СО «Magіstr»

Національний університет «Одеська юридична академія»

Дослідження особливостей самосприйняття особистості, як чинника її соціалізації, обумовлена значним впливом самосприйняття на якість розвитку всіх сфер життєдіяльності особистості та її загального благополуччя. Самосприйняття контролює мотиви людської поведінки, формує світоглядні цінності та установки, на які особистість спирається протягом усього життя. Від того, в якій мірі адекватним чи ілюзорним є самосприйняття, залежить, наскільки ефективно особистість зможе використати свій внутрішній потенціал для благополучної соціалізації та відповідної якості життя.

Вибір способу життєдіяльності пролягає через процес соціалізації особистості індивіда, а отже, залежить від її самосприйняття. Ці дві категорії взаємопов'язані: здоровий (психічно і фізично) спосіб життєдіяльності є передумовою та гарантом соціалізованого входження людини в реальність життя.

Соціалізація особистості охоплює всі сфери життєдіяльності, впливає на вибір способу життя і цей вплив носить двосторонній характер, тобто обраний стиль життя впливає на подальше формування особистості.

На сьогоднішній день, тема самосприйняття є не до кінця розкритою, відсутня єдність у концепціях дослідників даної теми щодо визначення термінології та структурних компонентів, співвідношення зі спорідненими

поняттями (самооцінка, самосвідомість, «Я-концепція») та динаміку його формування, і потребує більш детального висвітлення специфіки цього феномену.

Е. Дикстейн (1977), вивчаючи самосприйняття як частину співвідношення між самосвідомістю та самовідношенням, виділив п'ять рівнів цього співвідношення:

1. Формування почуття автономності, здатності досліджувати власне оточення.
2. Оцінювання ступені успішності в різних видах діяльності у порівнянні з іншими людьми.
3. Порівняння своїх досягнень із рівнем досягнень «ідеалу Я».
4. Усвідомлення та прийняття аспектів власного буття особи.
5. Визнання відносності меж свого «Я».

Ван Джун (2009) визначає самосприйняття як онтогенетичне утворення особистості, складне за своєю структурою та соціальне за своєю природою. Досліджуючи соціалізацію підлітків, він зробив висновок, що обов'язковим процесом соціалізації є зміни у структурі самосвідомості: зміна самооцінки, рефлексія, формування вимог до себе та інших, ціннісних ідеалів. Підліток відкриває власне «Я», переживає зміни у своїх пізнавальних процесах. Процес самосприйняття на цьому віковому етапі є первісним проявом самосвідомості та основою формування «Я-концепції».

І. С. Кон (1997) визначає соціалізацію як сукупність соціальних процесів, в результаті яких індивід засвоює і відтворює певну систему знань, норм, цінностей і становиться повноправним членом суспільства. В процесі соціалізації індивід не просто адаптується до середовища і засвоюють соціальні ролі, а й змінює зміст цих ролей.

Н. В. Абдюкова (2000) зазначає, що результат вдалої соціалізації – це формування позитивної «Я-концепції». Для неї притаманні такі риси, як впевненість у здатності до провідної діяльності та інших видів діяльності, впевненість у здатності подібатися іншим людям, почуття власної значущості, широкий вибір соціальної поведінки.

Отже, самосприйняття можна виділити як значущий фактор соціалізації. В результаті самопізнання та порівняння себе із іншими, особа здатна орієнтуватись у своєму внутрішньому світі, визначати свої соціальні позиції та ролі, формувати Я-образ та коригувати його. Самосприйняття впливає на напрямок розвитку у суспільстві. Адекватне самосприйняття – це не лише фундамент для повноцінного соціального становлення особистості, але і важливий показник психічного здоров'я, тому дослідження динаміки самосприйняття, його діагностика з подальшою, за необхідністю, корекцією несе наукову і практичну цінність.

ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЕСТІЙКОСТІ ВИХОВАТЕЛЬНОК ДИТЯЧИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

М. В. Войтович,

наук. співробітник,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Протягом професійного життя у фахівців формується їхня професійна життєстійкість, яка є системною особистісно-професійною властивістю і виявляється у певному рівні включеності у професійну діяльність, контролі за нею та прийнятті «професійних викликів». Професійна життєстійкість забезпечує здатність фахівців протистояти несприятливим обставинам у роботі, запобігає розвиткові професійної дезадаптації, розладам здоров'я та уможливорює їхнє особистісно-професійне зростання (Кокун О. М., 2020).

Експериментальне дослідження професійної життєстійкості вихователюк дитячих навчальних закладів (далі – ДНЗ) виявило, що майже всі складові й компоненти їхньої професійної життєстійкості тісно пов'язані з показником професійного вигорання та деформації – редукцією особистих досягнень. Редукція особистих досягнень зазвичай проявляється в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень і успіхів, заниження службових переваг і можливостей, у недооцінці власної гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших тощо. Чим вищий рівень професійної життєстійкості вихователюк ДНЗ, тим нижчою є редукція їхніх особистих досягнень, а отже меншими є професійна деформація та професійне вигорання (Завадська Т. В., Войтович М. В., 2020; 2021). Близько половини вихователюк має прояви симптомів емоційного вигорання у фазі формування. Для більшості вихователюк визначено наявність симптому «редукція професійних обов'язків». А група наймолодших вихователюк вказала на «невдоволеність собою» та «загнаність у клітку». Значна кількість вихователюк – «ригідні», мають низький темп реакції (неквапливі), пасивні. Кореляційний аналіз виявив достовірні зв'язки рівня емоційності вихователюк з властивостями темпераменту та симптомами «редукція професійних обов'язків», «особистісна відстороненість», а також з вираженістю синдрому емоційного вигорання загалом. На підставі результатів дослідження було визначено «групу ризику» серед досліджуваних вихователюк з симптомами, що призводять до вигорання.

Для фахівчинь ДНЗ, які входять до зазначеної вище «групи ризику», були розроблені рекомендації для профілактики синдрому професійного вигорання (Завадська Т. В. та ін., 2018; Войтович М. В., 2021).

Варто зазначити, що показник професійного вигорання та деформації «редукція особистих досягнень» є найскладнішим у коригуванні. Людина схильна занижувати свої успіхи і досягнення, негативно себе оцінювати і

применшувати власну гідність, людині може здаватися, що вона не те і не так робить, обрала не ту професію, взагалі не має ніяких вагомих досягнень у житті. Відтак може втратити у пастку власних негативних переживань і виходу не бачить. Перше, що рекомендується зробити в подібних ситуаціях, це згадати про свої реальні досягнення, усвідомити те, що людина упродовж життя перебуває в процесі розвитку, що позитивні результати роботи свідчать про те, що людина в процесі професійної діяльності багато чому навчилася і вчиться далі, а якщо результати негативні, то є можливість навчитись нового, кращого. Зроблена робота – це урок, який потрібно засвоїти. Доки людина не зупинилася, невдач бути не може. Про це писав у своїй книзі «Дзен у мистецтві написання книг» всесвітньовідомий письменник Рей Бредбері: коли ми ставимося до минулого досвіду, як до хорошого вчителя, то розуміємо, що ніколи не пізно починати щось нове, ставимо собі нові цілі, пишемо плани реалізації і досягаємо їх. Разом з тим, життєвий досвід дає підстави стверджувати, що назагал вихователки ДНЗ, незважаючи на ті чи інші ситуативні чи особистісні кризи, стикаючись з низькою працездатністю в період таких криз, залишаються цінними і професійними фахівчинями з відповідним набором професійних якостей.

Отже, робота з фахівчинями ДНЗ, які так чи інакше зустрілись з проблемою професійного вигорання, має поєднувати розвантаження та формування фізично здорового тіла з формуванням позитивного психоемоційного стану.

У вісімдесятих роках минулого століття був розроблений комплекс вправ, який дозволяє розслабитися під час робочого дня. Комплекс вправ служить профілактикою багатьох серйозних проблем: погіршення зору, порушень пам'яті, захворювань хребта, мігрені і навіть набору зайвої ваги. Автором незвичайної методики, яка не втратила актуальності донині, є кандидат медичних наук Воробйов В. І. Гімнастика Воробйова не вимагає тривалого відриву від справ і особливих умов, займатися можна безпосередньо на робочому місці, вдома, під час прогулянок та деінде (Войтович М. В., 2021).

Зважаючи на те, що наразі багато часу припадає на роботу з гаджетами, рекомендовано доповнювати «воробйовську» гімнастику невеличким комплексом вправ для очей – відомою, як гімнастика доктора Бейтса (Войтович М. В., 2021). В основі цієї гімнастики крім тренування м'язів очей лежить принцип, який лежить в основі поширеного у світі психотерапевтичного підходу – EMDR («Eye Movement Desensitization and Reprocessing»), завдяки якому можна просто і надійно позбутися страхів, тривожності, наслідків травм і негативного ставлення до життя. Ефективність EMDR доведена науково за допомогою клінічних досліджень і вивчення на МРТ (магнітно-резонансна томографія). Метод EMDR базується на ідеї білатеральної стимуляції: рухи очних яблук у певному темпі і за певною схемою стимулюють послідовну роботу обох півкуль мозку. Швидкі рухи очей змушують «включатися» то одну, то іншу півкюлю. Така послідовна робота позитивно впливає на емоційний стан, усуваючи і знижуючи негативний вплив травмуючих подій, страхів і переживань.

Цей метод можна застосовувати й індивідуально, але, звісно, потрібно проконсультуватися з психологом/психотерапевтом. Однак проста гімнастика для очей здатна також сприяти опрацюванню невеликих психологічних проблем.

Для стабілізації стресових станів психологи пропонують багато технік. Однією з таких технік, простих, і разом з тим, ефективних, є техніка «Безпечне місце». Вона існує в багатьох модифікаціях, ми ж пропонуємо найпростіший у застосуванні самостійно варіант (Царенко Л. Г., Войтович М. В та ін., 2019). Емоційній стабілізації сприяє візуалізація себе в безпечному місці, місці спокою, сили. Людина уявляє себе в «своєму» безпечному місці і намагається із заплученими очима уявити, побачити внутрішнім зором, що є навкруги, які кольори ожили довкола, почути звуки, відчуті на дотик предмети, дерева, воду тощо, відчуті запахи. Щоразу, коли є потреба, можна налаштуватись і побути в заспокійливому доквіллі.

Сприяють виникненню відчуття захищеності, підтримки, допомоги природні елементи стабілізації. Це можуть бути такі речі, наприклад, як ікони (для вірян), кристали чи каміння, картини, дитячі малюнки тощо.

Навіть просте споглядання красивих архітектурних споруд, сезонних пейзажів доквілля, водні процедури та ін. здатне стабілізувати психоемоційний стан.

Гарно стабілізують стан, або ж, навпаки, активізують психофізіологічний стан (ПФС) дихальні техніки. Для поліпшення ПФС важливо, щоб дихання було усвідомленим. Досить всього декілька хвилин щодня на усвідомлене дихання, і вже через деякий час, частина лобних долей, яка відповідає за позитивні почуття, стане сильніша, а та, що відповідає за негативні, – слабша.

Активізації ПФС сприяє таке дихання, коли вдихаємо носом довше, а видихаємо ротом коротко й енергійно. Дихати так рекомендовано декілька разів без пауз.

Дихання для стабілізації ПФС передбачає, навпаки, вдихання носом, і значно довше – видихання ротом (1-2 хвилини без затримки дихання декілька разів на день). Таке дихання допомагає розслабитися, заспокоїтися, є профілактикою м'язових затисків.

Для звільнення від гніву, агресії, тривожності рекомендовано дихати, уявивши себе величезним драконом, що дихає вогнем. Повільно видихаємо вогонь, поступово збільшуючи темп. Дихати потрібно тільки носом, всю увагу зосереджуючи на видиху.

Подоланню стресових станів сприяють й інші дихальні техніки, зокрема, «квадратне дихання», абдомінальне дихання тощо.

Для тренування здатності керувати своєю увагою, вміння сконцентруватися вихователям ДНЗ, які потенційно можуть втрапити чи вже втрапили в стан професійного вигорання, важливо освоїти методики, які повертають людину в реальність, збільшують рівень самоусвідомлення. Це може бути, наприклад, застосування технік із майндфулнес-орієнтованої терапії. Вперше термін Mindfulness (з англ. – скерована увага) використав американський професор медицини Джон Кабат-Зінн у 70-х роках минулого століття, який під

цим терміном розумів безоцінну усвідомленість, що виникає внаслідок скерування уваги на момент власного досвіду «тут і тепер». Практика Mindfulness дозволяє повноцінно розслабитися та усвідомлювати свою діяльність, позбавитися румінації негативних думок та таких негативних емоцій, як страх, тривога, пригнічення тощо. Практика Mindfulness уможлиблює покращення не лише психологічного, але й фізичного самопочуття.

Існує чимало методів психологічного виходу з важкої ситуації, що допомагають нейтралізувати професійне вигорання, яке на ранніх стадіях практично повністю піддається корекції без допомоги психологів і спеціальних медичних засобів. І перший, як ми вже відмітили, є робота з тілом, яка може стати панацеєю від багатьох неприємностей і ліками від багатьох душевних травм. Професійна діяльність фахівців, у тому числі вихователюк ДНЗ, – лише один із аспектів життя, тому улюблені хобі, спорт, спілкування з близькими, насолода довкіллям, подорожі й повноцінний відпочинок, – ось запорука психологічного й фізичного здоров'я, а відтак, і професійної життєстійкості вихователюк дитячих навчальних закладів.

РЕГУЛЯЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СУБ'ЄКТА ДІЯЛЬНОСТІ

Н. Ю. Воляннюк,

д. психол. н., професор,

Г. В. Ложкін,

д. психол. н., професор,

*Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»*

Стани є важливою складовою психічного життя людини, від них залежить не лише ефективність праці людей, але й їх самопочуття та здоров'я. Будь-який стан є результатом включення індивідуума в певну діяльність, в ході якої він формується і активно перетворюється. Стан – це конкретний вияв компонентів психіки в даний період часу. Природа психічних станів залежить, передусім від характеру діяльності і особливостей взаємовідносин суб'єкта і предмета діяльності. Стан є причино-обумовленим явищем, реакцією не окремої системи або органу, а суб'єкта в цілому, з включенням в реакцію як фізіологічних, так і психологічних рівнів управління і регулювання.

Відомо досить багато прийомів профілактичної та оперативної регуляції функціонального стану та працездатності людини.

Уся сукупність методів та засобів підтримки функціонального стану суб'єкта зорієнтовані на п'ять основних груп компонентів, що характеризують усі різноманітні види системних станів організму, які забезпечують діяльність. До них В. Медведєв зараховує: енергетичні компоненти, що забезпечують

енерговитрати; сенсорні компоненти, що забезпечують прийом первинної інформації (відчуття та сприймання); інформаційні компоненти, що забезпечують обробку інформації та прийняття рішень на її основі (пам'ять, мислення, увага); ефективні компоненти, що забезпечують реалізацію прийнятих рішень у поведінкових актах (рухові компоненти); активаційні компоненти, що забезпечують діяльність (увага, установки, мотиви, темперамент).

Г. Леонова та А. Кузнецова (1993, 2007) систематизували основні способи оптимізації функціонального стану людини. Вони звернули увагу на значення у профілактиці функціональних порушень таких характеристик трудової діяльності, як ергономічність знарядь (засобів) праці та робочого місця, раціональність змісту та способів трудового процесу, умов та організації діяльності. Досліджуючи різноманітні аспекти профілактики, авторки особливо акцентують свою увагу на розробці програм навчання навичкам саморегуляції станів. Ергономічні вимоги до діяльності ґрунтуються на узагальнених (та усереднених) характеристиках функціональних можливостей, як правило, досить презентабельної спільноти людей. У них нівельовано, не відображено в повній мірі професійні, психологічні, фізіологічні й інші особливості конкретної людини, індивідуальні характеристики її функціонального стану, когнітивних процесів і психомоторики, особистісних якостей, чутливості й реактивності систем організму та психіки, професійної підготовленості та інших компонентів, що охоплені категорією «особистісний чинник».

Серед способів безпосереднього впливу на функціональний стан Г. Леонова та А. Кузнецова виокремили дві групи його оптимізації. До першої групи належать: 1) нормалізація режиму харчування; 2) фармакотерапія; 3) рефлексотерапія; 4) функціональна музика та кольоромузика; 5) бібліотерапія; 6) комунікативний вплив (переконання, наказ, навіювання, гіпноз).

Друга група включає: 1) самогіпноз; 2) нервово-м'язову релаксацію; 3) ідеомоторне тренування та сенсорну репродукцію; 4) аутогенне тренування; 5) гімнастику та самомасаж; 6) спеціальну підготовку та спеціальне навчання; 7) поведінкову психотерапію; 8) груповий тренінг. Зазначені способи передбачають використання вербальних методик у режимах індивідуального та групового управління функціональним станом.

В. Марищук та В. Євдокімов (2001) класифікували методи регуляції психічних станів, зокрема корекції функціональних порушень та відновлення професійного здоров'я. Вони розподілили ці методи на дві групи: до першої увійшли методи оперативного управління станом, до другої групи методи програмного (завчасно спланованого) впливу та управління. До цих груп методів увійшли чотири класи методичних прийомів регуляції функціонального стану.

Перший клас (методи психічної регуляції): 1) аутогенне тренування; 2) спеціальні прийоми регуляції (ідеомоторне тренування, «емпатійний політ»; 3) «самоконтроль саморегуляція»; 4) музичне кондиціонування; 5) аромофітоергономіка.

Другий клас (методи психофізіологічної регуляції): 1) фізичні вправи в період професійної діяльності; 2) масаж; 3) рефлексотерапія, рефлексопрофілактика; 4) термовідновлювані процедури; 5) електростимуляція.

Третій клас (фізіо-гігієнічні методи): 1) організація раціонального режиму праці, відпочинку та харчування; 2) активний відпочинок; 3) загартування; 4) регуляція середовища професійної діяльності.

Четвертий клас (фармакологічні засоби): 1) адаптогени; 2) ноотропи; 3) стимулятори центральної нервової системи; 4) транквілізатори; 5) вітаміни.

Л. Дикая (2003) запропонувала оригінальну класифікацію засобів саморегуляції функціонального стану. За основу класифікації взято сформований нею підхід до вирішення проблеми регуляції, заснований на результатах аналізу взаємодії психологічних систем саморегуляції стану та професійної діяльності. На продуктивність цієї взаємодії впливають, з одного боку, внутрішні зміни в організмі суб'єкта, його психічний стан переживання, а з іншого боку, вимоги професійної діяльності та умови її виконання. Саморегуляція функціонального стану виступає як форма вирішення протиріч між цими потоками впливу. Неоднозначність та індивідуальність розбіжностей у змінах функціонального стану визначаються також впливом цілей, мотивів та детермінант цих двох видів діяльності, інтенсивністю та якісною своєрідністю регулятивних систем, що беруть участь у саморегуляції станів і діяльності.

Класифікація засобів і методів саморегуляції, розроблена Л. Дикою, передбачає їхній вплив 1) на системи неспецифічної генералізованої активації (когнітивна активація, орієнтувальний рефлекс); 2) на специфічні системи активності з участю емоційної та вольової саморегуляції (стану очікування, пильності, готовності); 3) на активаційні, когнітивні, особистісні, емоційні регуляторні системи. Критеріями класифікації є, по-перше: рівні регуляції: а) мимовільний і неусвідомлюваний; б) довільний і неусвідомлюваний; в) довільний і усвідомлюваний; г) усвідомлюваний і цілеспрямований, а по-друге, відповідно до рівнів – способи саморегуляції: а) флуктації сон – неспання, орієнтувальна реакція, когнітивна активація; б) стан очікування, готовності, пильності, розслабленості, емоційного реагування, рухової та мовленнєвої активності; в) вольові зусилля, рухова та поставо-тонічна активність; г) зміна мотивів, самоаналіз, само переконання тощо.

Зазначена класифікація ґрунтується на уявленнях про те, що особливості взаємодії психологічних систем професійної діяльності та саморегуляції стану значною мірою визначаються рівнем сформованості механізмів та усвідомленості способів та засобів регуляції. Мимовільна та неусвідомлювана саморегуляція стану включається в систему регуляції професійної діяльності як генералізована активація на психофізіологічному рівні її забезпечення. Довільна саморегуляція у процесі її розвитку набуває рис самостійної діяльності та вступає у взаємодію з професійною діяльністю за типом сумісництва діяльності, що відображається в інтерференції компонентів їхніх психологічних систем та пріоритетності для суб'єкта однієї з них, залежно від характеру мотивації, особистісних особливостей, рівня професіоналізації.

Саморегуляція із успіхом застосовується для подолання фізичних та розумових навантажень, регуляції рівня емоційного збудження, формування мобілізаційної готовності, нормалізації психічного стану після емоційного навантаження. Психічна саморегуляція містить прийоми, що дозволяють впливати на вегетативну нервову систему, центри керування якою не підлягають прямому вольовому впливу, керувати тонусом м'язів, рівнем бадьорості та функціями внутрішніх органів.

Аналіз теоретичних положень означеної проблеми свідчить про те, що до числа перерахованих превентивних (профілактичних) і оперативних (корекційних) методів і засобів функціонального стану та працездатності суб'єкта варто віднести також стратегії (способи) раціональної поведінки. Вони спрямовані не тільки на регуляцію метаболізму, активацію функціональних ресурсів і резервів організму психіки, оптимізацію психофізіологічних функцій та емоційних реакцій, але й на мобілізацію специфічної когнітивної і поведінкової активності. Цей процес здійснюється шляхом раціоналізації умов діяльності (зміни термінів і тривалості виконання трудового завдання), регулювання рівня вимог робочої ситуації до людини (приведення у відповідність фізичного і психічного навантаження з можливостями функціональних ресурсів), розвиток особистісних ресурсів з профілактики (формування адекватної самооефективності, почуття контролю та здатності управління часом, правильного розподілу ресурсів під час виконання тих чи інших складних завдань).

САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ЗВО В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

А. І. Галій,

к. біол. н., доцент,

Харківський національний педагогічний університет

імені Г. С. Сковороди

Нові соціальні реалії, а саме прихід пандемії COVID-19, змінили звичне протікання життя людей на планеті, спричинили кризу економічну, соціальну, цивілізаційну.

Поняття: карантин, lockdown, самоізоляція, соціальна дистанція – увійшли в наш щоденний словник, впевнено зайняли місце в нашому повсякденному житті.

Карантинні заходи, які почали вводитись, спричинили зміну способу життя людей, погіршили фізичний та психологічний стан, негативно вплинули на адаптацію людини в навколишньому середовищі.

Першими проявами некомфортного існування у будь-яких нових умовах є негативні емоції, які можуть закріплюватись у психоемоційні порушення

(патологічна тривожність, депресія тощо) та призводить до інших патологічних проблем на фізичному та соціальному рівнях (Гозак С. В., Єлізарова О. Т., та інші, 2021).

Перехід на дистанційне навчання у зв'язку з пандемією COVID-19 спричинив погіршення якості та доступності освіти, а також загострення низки освітніх характеристик. Відповідний стрес при переході на дистанційну форму навчання пережили як педагоги так і здобувачі освіти, потрібен був час для переходу на дистанційні платформи, освоєння дистанційних технологій, миттєве реагування на зміни в підходах викладання та навчання.

В результаті переходу на дистанційну форму, зменшилась рухова активність, перебування людей на свіжому повітрі, збільшилось статичне навантаження на організм, тобто з'явилась гіподинамія, яка є провокацією серцево-судинних захворювань, зміни обміну речовин, порушень роботи нервової системи, гормональної регуляції, тощо.

Звичайно, майже за два роки життя в умовах пандемії, відбулась в певній мірі адаптація до відповідних умов, але все потребує детального вивчення, проведення досліджень по діагностиці стану здоров'я різних верств населення, а особливо дітей і підлітків.

З метою аналізу стану здоров'я здобувачів першого бакалаврського рівня освіти у Харківському національному педагогічному університеті імені Г. С. Сковороди, ми провели опитування серед студентів першого і четвертого курсу, прийняло участь по 30 здобувачів.

Визначили оцінку стану здоров'я за суб'єктивними показниками: самопочуття (відчуття бадьорості і життєрадісності, бажання тренуватися і вчитися), міцність сну, наявність апетиту, працездатність (В. А. Доскін, Є. Г. Меркін, 2000). Ознаки суб'єктивних показників самоконтролю за станом здоров'я оцінюються за п'ятибальною системою, інтегральна оцінка розраховується з оцінок оцінюваних ознак, поділених на кількість ознак. Шкала оцінок: 1 – дуже погано, 2 – погано, 3 – задовільно, 4 – добре, 5 – відмінно.

Отримали результат оцінки здоров'я у студентів першого курсу: дуже погано – 2,9 %, погано себе почувають визначили – 20,6%, задовільно – 58,8%, добре – 17,7%. На відмінно не оцінив себе жоден респондент. Із запропонованих показників, нижче всього був оцінений сон – він отримав середню оцінку – 2,9.

Оцінка здобувачів четвертого курсу така: задовільно себе оцінюють – 47,6% опитаних, добре – 47,6%, і відмінно себе почуває – 4,8%.

Результати проведеного опитування, показують, що оцінка здоров'я за суб'єктивними показниками, значно краща у здобувачів четвертого курсу, тобто у них очікувано вище рівень адаптації і показник пристосування до змін умов життя і навчання.

Таким чином, ми можемо визначити, що провідними факторами ризику психічних порушень у здобувачів є:

- постійне перебування під час карантину у приміщенні (у замкненому просторі);

- дистанційне навчання без можливості онлайн- спілкування з викладачами та одногрупниками;
- переважання сидячої поведінки (низький рівень рухової активності).

Оптимізація вищеперахованих життєвих аспектів, повинна позитивно вплинути на здоров'я студентів, тому вони повинні бути весь час з нами на зв'язку, охоплені увагою та он-лайн спілкуванням, бо обмеження соціальної взаємодії і рухової активності приводить до підвищення показників тривожності і депресії.

У збереженні та зміцненні психічного здоров'я важливе значення має дотримання принципів здорового способу життя. Особливе значення має психогігієна – це комплекс заходів з дотриманням культури міжособистісних стосунків, уміння керувати своїми емоціями, чергувати працю і відпочинок, створення сприятливого психологічного клімату у колективі, сім'ї; систематично займатись фізичною культурою, дотримуватись раціонального харчування, режиму дня, достатньо спати, позитивно мислити, бути оптимістичним, доброзичливим.

ОСОБЛИВОСТІ АЛЬТРУЇЗМУ-ЕГОЇЗМУ ЯК ОСНОВНИХ СТРАТЕГІЙ ОСОБИСТОСТІ

Д. Р. Гілерман,

здобувач вищої освіти СО «Магістр»

Національний університет «Одеська юридична академія»

На сьогоднішній день життя багатьох українців оцінюється ними як непередбачуване та нестабільне. Це пов'язано із складною соціально-політичною ситуацією, економічними кризами та переживанням пандемії COVID-19. Життя в умовах невизначеності, відсутності впевненості в надійному та передбачуваному майбутньому безумовно впливає на свідомість, поведінку та здоров'я людей. Ризик важкого захворювання, дефіцит якісного медичного забезпечення та послуг, страх за близьких – все це змушує людей переглянути свої погляди та пріоритети. Частина людей під впливом загальної кризи проявляє себе егоїстично та піклується тільки своїми інтересами, сприймаючи інших як конкурентів чи джерело ресурсів. Інша частина, навпаки, почала активно реалізувати себе через альтруїзм: волонтерство, спонсорство, допомогу суспільству та близьким в першу чергу, а потім вже собі.

Ці виражені соціальні зміни потребують актуальної наукової оцінки. Проблема співвідношення альтруїзму та егоїзму особистості та вплив цих стратегій особистості на її здоров'я здебільшого вивчалися поза межами психологічної науки або не досліджувалися взагалі.

Здоров'я сьогодні є міждисциплінарним поняттям, яке вивчається на декількох рівнях: соціальному, біологічному, психологічному. Соціально-

психологічний компонент здоров'я особистості враховує вплив, який мають міжособистісні стосунки на психіку та фізіологію людини. І. В. Дубровіна визначає здоров'я як динамічну сукупність психічних властивостей особистості, що забезпечують гармонію між потребами індивіда й суспільства і виступають передумовою орієнтації індивіда на виконання своє життєвої задачі (Дубровіна І. В., 2009).

Стратегія особистості розуміється сучасними українськими вченими як сукупність планів і програм особистості, сформованих на основі її уявлень про своє минуле, сьогодення, майбутнє, про саму себе і відповідних потреб, життєвих цілей і прогнозів (В. О. Роменець Л. В. Сохань Т. С. Яценко), як модель життя особистості, можливість її побудови з урахуванням цілей, а також її співвідношення з суспільними цілями і можливостями їх здійснення (І. А. Підласа, 2011). К. О. Абульханова-Славська визначає стратегію як спосіб вирішення життєвих суперечностей (конструктивний, сміливий, пасивний), що характеризує соціально-психологічну і особистісну зрілість людини. (К. О. Абульханова-Славська, 1991). Основними характеристиками життєвої стратегії людини є ухвалення відповідальності за своє життя, усвідомлення життя, наявність збудованої системи цінностей і життєвих цілей та реалізація певної поведінки. В умовах переживання пандемії COVID-19 більшість людей була вимушена переглянути свої життєві та поведінкові стратегії з метою адаптації та подолання глобальної кризи.

За допомогою методів аналізу та узагальнення наукових першоджерел за досліджуваною проблематикою, нами було проведено теоретичне дослідження з метою уточнення диспозицій «альтруїзм-егоїзм» та аналіз їх впливу на здоров'я особистості.

Дослідженню феноменів альтруїзму та егоїзму присвячені роботи як зарубіжних, так і вітчизняних науковців, зокрема Е. Фромма, Р. Г. Апресяна, У. Гамільтона, А. Гоулднера, В. Р. Дольника, В. Р. Дорожкіна, І. Ейбл-Ейбсфельдта, О. Конта, Р. В. Малиношевського, А. І. Протопопова, Р. Трайверса, А. Швейцера, А. Шопенгауера, К. Хорні, О. Фельдмана, Л. Н. Антілогової, І. Д. Беха, Л. І. Божович, Л. П. Виговської, З. С. Карпенко, С. Д. Максименко, Б. І. Додонова.

Альтруїзм визначається як складний біосоціопсихологічний феномен, сутність якого полягає в реалізації індивідом діяльності на користь інших людей, сприянні задоволенню їхніх потреб за рахунок специфічного самозречення. В соціально-психологічній парадигмі альтруїзм розуміється як соціально-психологічна модель поведінки, що базується на етичних нормах і регулює процес взаємодії людей (В. С. Агеєв, А. Гоулднер, Д. Майерс, М. Хоффман, Р. Чалдіні). Є. П. Ільїн пише, що найчастіше альтруїзм з психологічної точки зору розуміють як самовідданість, жертвність, свідому допомогу, готовність сприяти щастю та добробуту іншої людини на основі мотиву співчуття, співчуття і любові, іноді повністю жертвуючи своїми інтересами і бажаннями заради інтересів і щастя іншого (Є. П. Ільїн, 2009). Е. Ф. Петров визначає існування такої стратегії поведінки, як «альтруїстичне інвестування». Під цим він розуміє

поведінку, яка сприяє благополуччю оточуючих, підвищенню якості міжособистісних зв'язків особистості з іншими людьми і їх зростання, тобто примноження її соціального капіталу (Е. Ф. Петров, 1969).

В умовах пандемії COVID-19 люди переживають ситуацію стресу через такі причини як загроза зараження, загроза власному життю і життю близьких, зіткнення з втратою близьких, обмеження соціальних контактів і свободи пересування, матеріальні збитки. Альтруїзм вважається адаптивною поведінковою копінг-стратегією, що забезпечує мінімізацію шкоди психологічному здоров'ю особистості (Е. Хайм, 2007).

Варто зазначити, що альтруїзм може мати як позитивний, так і негативний вплив на здоров'я особистості. З одного боку, альтруїстична поведінка притаманна особам із високою емпатією, терпимістю до недоліків оточуючих, що здатні будувати екологічну і ефективну взаємодію із людьми. Як визначають А. А. Сипченко та Є. В. Соловйова, все це виступає значущими складовими психологічного здоров'я особистості (А. А. Сипченко, Є. В. Соловйова, 2020).

З іншого боку, альтруїстична поведінка має неоднозначну мотивацію: її причиною може бути як бажання отримати моральне задоволення, так і бажання позбутися психічного дискомфорту, наприклад, почуття провини (Дж. Піліавен, 1964, Е. В. Суботський, 1982). У випадках, коли альтруїстична поведінка не приносить бажаних результатів, вона здатна викликати обурення, розчарування або виснаження психічних ресурсів особистості, що негативно впливає на здоров'я особистості. Окрім того, бажання допомагати іншим за рахунок власних потреб може приводити до порушення правил соціального дистанціювання і нехтування правилами безпеки, і таким чином погрожувати фізичному здоров'ю особистості у разі контактування із хворою людиною.

Історично протилежність альтруїзму вважають егоїзм. Концепції егоїзму в психологічній науці виводять через такі поняття як прагнення до щастя, насолоди (гедонізм), потреби суспільного визнання чи як сукупність перерахованих чинників (теорія «розумного егоїзму» М. Г. Чернишевського, Н. Брандена). Егоїзм характеризується як ціннісна орієнтація суб'єкта, що визначає поведінку людини, при якій перевага віддається власним інтересам, у життєдіяльності суб'єкта переважають власне корисні особисті бажання і потреби безвідносно до інтересів інших людей і суспільства в цілому (А. Мослі, 2005). Хоча егоїстична поведінка забезпечує задоволення власних потреб особистості, вона часто піддається соціальному засудженню, що негативно впливає на здоров'я особистості. В умовах переживання пандемії COVID-19 проявами егоїстичної стратегії поведінки може бути порушення рекомендованих правил безпеки, відмова від вакцинації, ігнорування правил соціальної дистанції, відмова носити захисну маску, тощо.

Варто зазначити, що недоцільно розглядати лише діаметрально протилежні позиції досліджуваної спрямованості (альтруїзм-егоїзм). Можна виділити такі проміжні спрямованості, як «альтруїстичний егоїзм» та «егоїстичний альтруїзм».

Г. Сельє пише, що егоїзм і альтруїзм цілком можуть бути сумісні в повсякденному житті, і називає це «альтруїстичним егоїзмом». Це позиція, при якій будь-яка допомога іншим здійснюється або у відповідь, або із розрахунком на допомогу у подальшому житті індивіда. Основна ідея такої поведінки: давати, щоб отримати (Г. Сельє, 1982).

І. М. Багмет визначає таку стратегію особистості, як егоїстичний альтруїзм. Егоїстичний альтруїзм – це життєва позиція особистості, при якій вона, задовольняючи свої потреби, зменшуючи власний психологічний дискомфорт, допомагає іншим. При егоїстичному альтруїзмі, як і при егоїзмі, на відміну від альтруїзму і альтруїстичного егоїзму, мотивацією поведінки є зменшення власного дистресу, а не дистресу іншого (І. М. Багмет, 2004).

Таким чином, з аналізу наукової літератури можна сказати, що пара «альтруїзм» та «егоїзм» є одними із визначаючих позицій особистості.

У визначенні альтруїзму особистості типовими характеристиками є спрямованість на інших, турбота про благо близьких та суспільства, доброзичливість, високий рівень емпатії та феномен «альтруїстичного переносу». Егоїзм, навпаки, проявляється в відсутності мотиву співчуття. Егоїзм формується або через низький рівень емпатії, або через формування не альтруїстичного переносу, а егоїстичного, коли власні страждання переносяться на іншу людину. В цілому егоїстична поведінка в психології визначається орієнтацією на власні інтереси і бажання, ігнорування потреб соціальної групи, меркантильною мотивацією.

Варто зазначити, що альтруїзм та егоїзм не є прямо протилежними стратегіями. Будь-яка альтруїстична поведінка містить в собі егоїстичний компонент. Також існують перехідні позиції особистості, такі як альтруїстичний егоїзм та егоїстичний альтруїзм. На мотивацію альтруїстичної поведінки можуть впливати такі егоїстичні фактори, як бажання заслужити схвалення, очікування в майбутньому отримати винагороду за свою поведінку, прагнення зменшити внутрішню напругу від переживання страждань оточуючих.

Я-КОНЦЕПЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК АДАПТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ

О. В. Гончарук,

*к. психол. н., практичний психолог,
КНП «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ», м. Київ*

У сучасних умовах особи із психічними розладами постають перед низкою проблем, пов'язаних із підтриманням психічного здоров'я, яке багато в чому залежить від адаптації до умов суспільства, що швидко змінюється. Адаптація та реадaptaція є складниками психосоціальної реабілітації – комплексного процесу, в ході якого люди із ослабленим здоров'ям можуть досягти оптимального рівня

функціонування в суспільстві. Як і усі люди, особи із психічними розладами змушені адаптуватися до життєвих ситуацій, що постійно змінюються й реагувати на різні зовнішні виклики. Окрім того, вони мають усвідомлювати і приймати зміни особистості, що виникають внаслідок появи та прогресування психічного розладу, і, відповідно, пристосовуватися до них практично все своє життя. Іншими словами, людина має адаптуватися до зміни власного Я, спричиненої розладом (психологічна адаптація) і уже зміненою знову пристосовуватися до зовнішнього середовища (соціальна адаптація).

На процес адаптації впливають багато різних чинників, визначальним серед яких є Я-концепція. Одним із критеріїв психічного здоров'я, за визначенням ВООЗ, є усвідомлення і почуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного і психічного Я (ВООЗ, 2001). Дослідження самосвідомості та Я-концепції осіб із психічними розладами є однією із найскладніших і найменш досліджених наукових проблем, оскільки усі психічні розлади змінюють самосвідомість, що впливає на поведінку людини в суспільстві.

Більшість наукових досліджень присвячені соціальній та трудовій адаптації осіб із психічними розладами (В. А. Абрамов, 2006; М. В. Абрамова, 2010; С. М. Бабін, 2012; Р. М. Войтенко, 2011; Н. С. Гнатишин, 2009; І. Я. Гурович, 2004; Є. В. Гончаров, 2010; В. Ентоні, М. Кое, 2001; П. Д. Картинг, 2001; К. А. Косенко, 2015; В. Б. Мажбіц, 2013 та інші). Недостатньо розробленою проблемою є реадaptaція, оскільки у багатьох роботах вона вивчається у контексті трудовій реадaptaції та працетерапії.

Психічна адаптація складається з трьох блоків – біологічного, психологічного та соціального, що співвідносяться з біопсихосоціальним підходом до лікування психічних розладів (О. П. Коцюбинський, Н. С. Шейніна, 1996).

У клінічній і медичній психології виділяють принципи-альтернативи, серед яких варто відзначити такі: «хвороба-особистість», «адаптація-дезадаптація», «компенсація-декомпенсація». Вони близькі за своєю сутністю, однак відрізняються тим, що під час адаптації відбувається примирення і пристосування до статусу життя із розладом, а під час компенсації – заміщення втрачених психічних функцій збереженими, що передбачає активне подолання хвороби (Менделевич В. Д., 2008). Особа не просто пристосовується до життя з хворобою, але здатна компенсувати втрачені функції, докладати зусилля для збереження активного способу життя, творити свою особистість навіть в обмежених умовах (Братусь Б. С., 1988).

Процес адаптації не обмежується лише трудовою та соціальною сферою. Люди з однаковим діагнозом адаптуються в суспільстві по-різному, мають різну якість життя, зберігають активний спосіб життя або навпаки, швидко втрачають працездатність, навички ефективної комунікації, самообслуговування, що призводить до інвалідності. Процес лікування та одужання багато в чому залежить від ставлення людини до себе та активної діяльності із подолання хвороби.

Багатьом людям важливо зрозуміти своє Я, емоції, почуття, дослідити свій внутрішній світ, усвідомити хворобливі переживання, навчитися з ними жити і їх долати, визначати і коригувати цілі та плани на майбутнє щодо свого саморозвитку й самореалізації, розуміти свої обмеження і можливості. Психічні розлади призводять до зміни особистості, і перед людиною постає необхідність усвідомлювати і приймати зміни свого Я.

Поняття самосвідомості та Я-концепції є досить розробленим у гуманістичному, психоаналітичному та особистісному підходах психології, а от у патопсихології цій проблемі присвячено недостатньо робіт. За визначенням Р. Бернса, Я-концепція – це сукупність всіх уявлень та установок людини про себе, яка включає переконання, оцінки та тенденції поведінки. Вона складається із образу Я (когнітивний складник), самооцінки (емоційно-оцінний складник) та потенційної поведінкової реакції (поведінковий складник) (Р. Бернс, 1986). М. Й. Боришевський розглядав самосвідомість як складне утворення, що складається із самооцінки, домагань, соціально-психологічних очікувань та образу Я – рівня самосвідомості, на якому людина досягає більш зрілого усвідомлення сутності своєї особистості (М. Й. Боришевський, 2009).

Дослідження Я-концепції осіб із психічними розладами мають міждисциплінарний та розрізнений характер, що призводить до розмитості термінології. Окремі аспекти особливостей Я-концепції були окреслені у роботах В. М. Блейхера (2002), А. Є. Березовського (2000), Т. В. Васильєвої (2004), В. Д. Віда (1993), І. В. Крука (2002) та інших. У патопсихології невіршеними залишаються питання теоретичного характеру, а саме: нечіткість вживання понять «самосвідомість», «Я-концепція» та «образ Я», оскільки у деяких роботах вони часто вживаються як синоніми.

Я-концепція осіб із психічними розладами тісно пов'язана із вивченням порушень самосвідомості та поняттям внутрішньої картини хвороби. Одним із найпоширеніших порушень є деперсоналізація, або розлад свідомості Я. Разом з тим, цей синдром не включає втрату особистості, свого Я (Меграбян А. А., 1962). Внутрішню картину хвороби розглядають як елемент самосвідомості, увесь комплекс почуттів, емоцій, конфліктів, самоспостереження, психічних переживань, уявлення про хворобу (О. Р. Лурія, 1977; В. В. Ніколаєва, 1995).

На сьогодні недостатньо досліджень Я-концепції осіб із різними типами психічних розладів, оскільки зміни особистості мають принципово різний характер. Так, жінкам із розладами шизофренічного спектру властиві некритичність та труднощі із усвідомленням особистісних змін, нереалістичні очікування, негативні зміни емоційно-вольової сфери. Особам із розладами афективного спектру притаманні емоційні зміни, що залежать під поточного періоду манії чи депресії; у осіб із розладами органічного спектру спостерігається зниження самооцінки, мотивації та прагнення до саморозвитку (Гончарук О. В., 2021). Когнітивний складник Я-концепції осіб із шизофренією характеризується нестійкістю, суперечливістю, непослідовністю уявлень про себе, а емоційний складник – негативним, амбівалентним та непослідовним

ставленням до себе. У поведінці простежується мотивація до уникнення невдач та страх соціального неприйняття (Т. М. Васильєва, 2004).

У процесі подолання хвороби важливою є активна роль особистості, яка буде видозмінюватися, перебудовуватися, чинити опір, виробляти адаптивні стратегії, тому клінічну картину психічного розладу необхідно розглядати як реакцію особистості на руйнівний процес (Л. С. Виготський, 1981).

Виходячи із вищевказаного, Я-концепцію осіб із психічними розладами необхідно вивчати у взаємозв'язку із порушеннями самосвідомості, особливостями внутрішньої картини хвороби та врахуванням змін особистості, що виникають внаслідок прогресування розладу (Рис. 1):

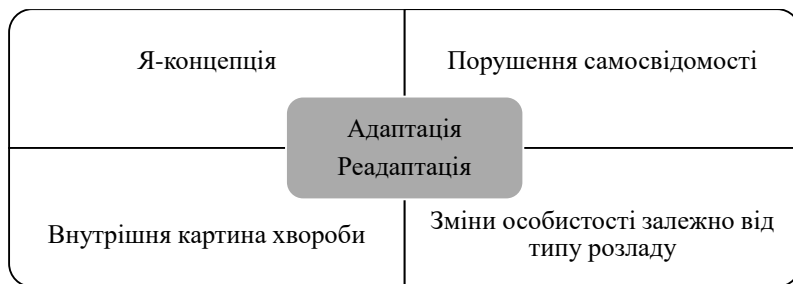


Рис. 1. Я-концепція як чинник адаптації осіб із психічними розладами

Психокорекційна робота із формування позитивної Я-концепції залежить від типу розладу. На першому етапі реабілітації інтервенції спрямовані на запобігання явищ госпіталізму під час стаціонарного лікування. На другому етапі (стабілізуюча терапія) робота спрямована на пристосування людини до життя у домашніх умовах, стимуляцію її соціальної активності. Третій етап (відновлення психологічної, соціальної та трудової адаптації) передбачає налагодження функціонування людини у середовищі її проживання (Б. В. Михайлов, С. І. Табачніков, О. К. Напрєєнко, В. В. Домбровська, 2003).

Так, метою психотерапевтичних інтервенцій з формування позитивної Я-концепції осіб із розладами шизофренічного спектру є зменшення негативної симптоматики та відновлення цілісності та цінності Я. Серед методів застосовуються когнітивно-поведінкова, групова та сімейна психотерапія, психоедукація, тренінг соціальних навичок, працетерапія, професійне навчання та перекваліфікація. Психотерапія розладів афективного спектру має на меті стабілізацію психо-емоційного стану і включає, окрім вищевказаних, психодинамічну та інтерперсональну психотерапію. Корекція розладів невротичного спектру включає також тілесно-орієнтовану, екзистенційну психотерапію, а також релаксаційно-тренінгові методи. Психотерапія осіб із розладами органічного спектру спрямована на забезпечення належної якості життя і включає когнітивний тренінг, групову та сімейну психотерапію, трудотерапію, терапію зайнятістю, стимуляцію фізичної активності (Б. В. Михайлов, С. І. Табачніков, О. К. Напрєєнко, В. В. Домбровська, 2003).

Отже, Я-концепція є важливим чинником адаптації осіб із психічними розладами, яка пов'язана із змінами особистості, спричинених розладом. Дослідження цієї проблеми має теоретичне і практичне значення у диференціальній діагностиці, оцінці результатів лікування та реалізації реабілітаційних програм.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

І. М. Гресько,

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

Як відомо, студентська молодь є потенціалом розвитку суспільства і від рішень молодих людей в період студентства залежить їх майбутнє, що надалі впливає і на соціум в цілому. Вікові особливості даного періоду життя характеризуються сприйнятливістю студентів до нових ідей, проєктів та нової інформації загалом. Саме тому для студентства створюється безліч можливостей для розвитку, зокрема у сфері освіти: додаткові навчальні курси, можливості академічної мобільності, розвивальні та розважальні заходи для прищеплення корисних знань та навичок. Особливу увагу суспільство приділяє розвитку у студентської молоді культури здоров'я та здорового способу життя, що формує у студентів ставлення до здоров'я.

Такий інтерес до збереження та зміцнення здоров'я у молодому віці, а саме у студентські роки, з'явився останніми десятиліттями, коли було помічено погіршення стану здоров'я серед молодих людей. Оскільки стан здоров'я на 50% залежить від способу життя, то стає зрозумілим, що значною мірою важливим фактором збереження здоров'я молодого населення є дотримання принципів здорового способу життя, а також їх відповідальне ставлення до власного здоров'я. Тож, на сьогодні питання ведення студентською молоддю здорового способу життя та їх ставлення до здоров'я залишається актуальним та потребує особливої уваги.

У психологічній науці питання здоров'я досліджували ряд вітчизняних та зарубіжних науковців, а саме: І. А. Аршавський, О. В. Бацилева, І. І. Брехман, А. Г. Щедрина, С. Д. Максименко, Т. М. Титаренко, А. Маслоу, К. Роджерс, Е. Фромм, К. Г. Юнг та ін. Проблема ставлення до здоров'я у своїх роботах розкрили О. В. Башмакова, Р. А. Березовська, С. Д. Дерябо, І. В. Журавльова, Г. С. Нікіфоров, В. О. Ясвін та інші. Поняття здорового способу життя описують

у власних наукових доробках Г. І. Власюк, О. І. Волошин, Н. Н. Завидівська, В. В. Нестеренко, С. О. Омельченко, Л. П. Сущенко та ін.

Мета роботи – дослідити ставлення студентської молоді до здоров'я та здорового способу життя.

Здоров'я є однією з найголовніших цінностей у житті людини, адже воно виступає ресурсом для ведення її нормальної життєдіяльності. Загальновідомо, що здоров'я – багатокомпонентне поняття, яке охоплює фізичне, психічне та соціальне благополуччя індивіда, а також передбачає відсутність у нього захворювань чи фізичних дефектів, згідно визначення ВООЗ.

Здоров'я виступає водночас основою та метою здорового способу життя, що досягається завдяки роботі багатьох сприятливих умов та комплексу засобів її досягнення (Логвиненко О., 2014). Також, як було зазначено, стан здоров'я здебільшого залежить від способу життя людини, тобто її повсякденних дій та вчинків. Зокрема, здоровий спосіб життя (ЗСЖ) визначають так: це активна діяльність людини, що направлена на збереження та зміцнення власного здоров'я, оздоровлення організму, усунення шкідливих звичок та факторів ризику для здоров'я, формування позитивної психологічної установки на поліпшення стану здоров'я (Анікеєв Д. М., 2009).

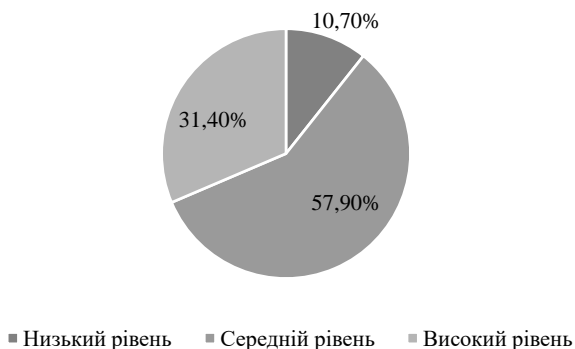
Крім того, у психологічній науці виділяють поняття «ставлення до здоров'я», яке можна трактувати як інтегративну якість людини, зміст якої полягає у сприйнятті і розумінні здоров'я як стану рівноваги між біологічними, фізичними, соціальними та психоемоційними можливостями людини і мінливими умовами середовища, видами діяльності, в емоційному вираженні ставлення до здоров'я та у реалізації його через вчинки та дії (Єжова О. О., 2010).

Тож, для дослідження ставлення студентської молоді до здоров'я та здорового способу життя нами була використана психодіагностична методика «Індекс ставлення до здоров'я» (автори С. Д. Дерябо, В. О. Ясвін). Вибірка досліджуваних була представлена 226 студентами кількох закладів вищої освіти: Донецького національного університету імені Василя Стуса, КЗВО «Вінницький гуманітарно-педагогічний коледж» та Вінницького національного технічного університету, віком від 17 до 25 років.

У нашому дослідженні завдяки опитувальнику «Індекс ставлення до здоров'я» ми виявили особливості ставлення студентів до здоров'я та здорового способу життя у кількох аспектах, відповідно до наявних в опитувальнику шкал, а саме: емоційна, пізнавальна, практична, шкала вчинків та загальна шкали. Таким чином, ми дізналися наскільки студенти чутливі до різноманітних проявів свого організму, чи присутній у них пізнавальний інтерес до питань здоров'я, в якій мірі вони турбуються про власне здоров'я та наскільки бажають вплинути на своє оточення для ведення ними здорового способу життя.

Так, аналіз отриманих результатів за загальною шкалою показав, що 31,4% студентів мають високий рівень ставлення до здоров'я. Такі дані свідчать про те, що у респондентів уже сформоване ставлення до здоров'я та здорового способу життя, що проявляється у їх турботі про стан здоров'я, інтересі до сфери ЗСЖ та в усвідомленні значення здоров'я у власному житті (рис. 1).

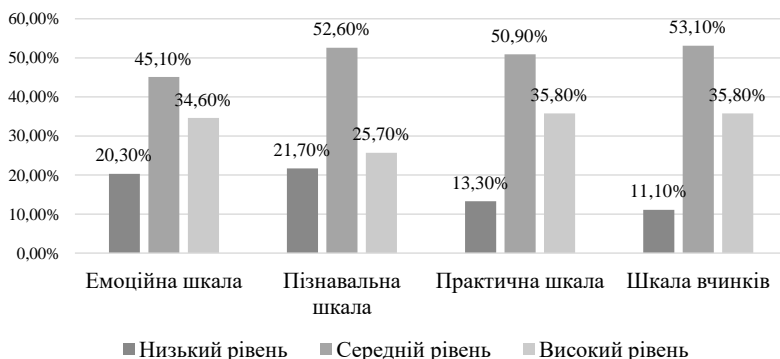
Рис. 1. Показники рівня ставлення до здоров'я та ЗСЖ серед студентської молоді (за загальною шкалою опитувальника "Індекс ставлення до здоров'я")



Низький рівень ставлення до здоров'я притаманний для 10,7% студентської молоді, що є показником їх несформованості у питаннях здоров'я, дані респонденти перебувають у «зоні ризику», адже недотримання принципів ЗСЖ може призвести до виникнення проблем зі здоров'ям. Інша частина досліджуваних, а саме 57,9%, мають середній рівень ставлення до здоров'я і ЗСЖ, що характеризує їх ситуативні прояви у питаннях здоров'я, тобто, до прикладу, вони можуть цікавитися інформацією про здоров'я у ЗМІ, але практично не втілювати корисні поради у своє життя.

Крім того, результати опитувальника показують в якій мірі і в яких сферах проявляється суб'єктивне ставлення респондентів до здоров'я і ЗСЖ (рис. 2).

Рис. 2. Показники ставлення до здоров'я та ЗСЖ серед студентської молоді (опитувальник "Індекс ставлення до здоров'я")



Так, в емоційній сфері (емоційна шкала) високий рівень ставлення до здоров'я мають 34,6% студентів, що говорить про їх здатність насолоджуватися своїм здоров'ям, отримувати естетичне задоволення від здорового організму, реагувати на його сигнали, тобто турбуватися про здоров'я заради задоволення, а не з примусу. Низький рівень у даній сфері проявляють 20,3% студентів, тобто їх ставлення до здоров'я і ЗСЖ має раціональний характер і мало зачіпає емоційну сферу, тому турбота про своє здоров'я сприймається як необхідність, дані респонденти не бачать естетичного аспекту здоров'я і не сприйнятливі до вітальних проявів організму. Значна частина досліджуваних (45,1%) мають середній рівень ставлення до здоров'я, що знову ж свідчить про їх ситуативні прояви ставлення до здоров'я в емоційній сфері.

В пізнавальній сфері (пізнавальна шкала) високий рівень ставлення до здоров'я і ЗСЖ мають 25,7% студентів, що є показником їх значного інтересу до питань здоров'я та самостійного пошуку інформації на дану тематику у книгах, журналах, у спілкуванні з оточенням. Низький показник мають 21,7% досліджуваних, тобто їх ставлення до здоров'я у даній сфері характеризується не значним інтересом тематики здоров'я, і якщо вони можуть сприймати інформацію від інших людей, однак самостійно проявляти активність у пошуках не будуть. Знову ж значна частина студентської молоді (52,6%) мають середній рівень ставлення до здоров'я у пізнавальній сфері, що може свідчити про їх ситуативний інтерес до даної теми (наприклад, цікавість до теми здоров'я з'являється при виникненні певної проблеми зі станом організму).

Згідно результатів практичної шкали високі бали мають 35,8% студентів, що означає їх активність у турботі про здоров'я в практичній сфері, зокрема у відвідуванні різних секцій та оздоровчих процедур, занятті спортом, формуванні відповідних умінь та навиків для ведення здорового способу життя. Низький рівень ставлення до здоров'я і ЗСЖ у практичній сфері мають 13,3% респондентів, що є незначною частиною від усієї вибірки. Так, ці студенти не готові проявляти активність у турботі про здоров'я у практичній діяльності. Середній рівень ставлення у практичній сфері притаманний половині досліджуваних (50,9%), тобто вони можуть приймати участь у певних оздоровчих заходах ситуативно і за сприятливих обставин.

Результати шкали вчинків показали, що високі бали у сфері вчинків мають 35,8% респондентів, що свідчить про їх активне прагнення до впливу на оточення у питаннях здоров'я, стимулюванні їх до дотримання правил здорового способу життя та пропаганди здоров'я загалом. Низький рівень ставлення до здоров'я і ЗСЖ у даній сфері мають 11,1% студентів, тобто питання здоров'я вони сприймають як особисту справу і не прагнуть змінювати своє оточення. Інші респонденти, а саме 53,1%, володіють середнім рівнем ставлення до здоров'я і ЗСЖ у сфері вчинків, що може говорити про їх ситуативні прояви в темі здоров'я, наприклад вони можуть брати участь в університетських заходах щодо пропаганди ЗСЖ, однак самостійно в своєму оточенні не проявляти активність.

Отже, в результаті дослідження ми виявили, що переважна частина вибірки володіє середнім рівнем ставлення до здоров'я і ЗСЖ в емоційній, пізнавальній,

практичній сферах та сфері вчинків, що свідчить про їх ситуативність у турботі про здоров'я. Респонденти з низьким рівнем ставлення до здоров'я були представлені в незначній кількості. Однак, значна частина студентів мають усвідомлене та відносно сформоване ставлення до здоров'я і здорового способу життя, тобто вони чутливі до проявів свого організму, насолоджуються здоров'ям, цікавляться тематикою здоров'я і ЗСЖ, активно турбуються про стан організму та намагаються створити навколо себе здорове середовище, що, безумовно, є позитивним явищем.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо у розробці соціально-психологічних тренінгів для студентської молоді з метою формування відповідального ставлення до здоров'я та популяризації здорового способу життя.

ЗДАТНІСТЬ ДО САМОПРОЄКТУВАННЯ ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

К. В. Гуцол,

PhD з психології,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

У контексті розв'язання актуального завдання щодо підвищення психологічного здоров'я особистості, останнім часом увагу дослідників різних галузей гуманітарної науки привертає проблема самопроєктування, яка всебічно опрацьовується в межах соціології, педагогіки, менеджменту, психології тощо.

Проблема самопроєктування особистості має безліч ракурсів і вимірів, оскільки її складовими є, з одного боку, адаптаційні здатності людини передбачати зміни в природі та соціокультурному середовищі та вживати відповідні (інколи навіть випереджувальні) дії, а з іншого – здатності творчої активності особистості як суб'єкта цих змін.

Проте, незважаючи на різні можливі контексти самопроєктування особистості та навіть способи трактування цього поняття у різних сферах наукового знання, центральним у його розумінні залишається положення про здатність людини усвідомлювати саму себе та, на основі «привласнення» соціокультурного та індивідуального досвіду, здатність здійснювати перспективний розвиток самої себе.

Мета дослідження: розкрити зміст феномену самопроєктування особистості та обґрунтувати його потенціал у контексті становлення психологічного здоров'я особистості.

Передумови дослідження проблеми самопроєктування в психологічній площині становлять наукові доробки екзистенціальної психології, психології життєвого шляху, життєвих стратегій особистості. У контексті досліджуваної проблеми, широкі перспективи відкриває психолого-герменевтичний підхід,

який розглядає розвиток особистості як становлення їх здатності до самоосмислення та осмислення навколишнього світу через освоєння особистістю культурних дискурсів, розуміння та інтерпретацію власного життєвого досвіду, привласнення смислових утворень і їх трансформувannya шляхом відтворення (породження, привласнення, акумулювання, зміни, модифікації) особистих дискурсів. Психологічна герменевтика тлумачить самопроєктування як дискурсивне проєктування особистістю самої себе.

В оптиці цього підходу, самопроєктування постає як розвиток особистісної здатності розуміти себе і навколишній світ через засвоєння, асиміляцію культурних дискурсів, інтерпретацію і реінтерпретацію власного життя і соціокультурного досвіду, привласнення нових сенсів і здатності їх трансформувати, інтегруючи у власну смислову систему. З одного боку, це здатність особистості будувати історію свого життя, а з іншого, – проєкти власного майбутнього, власних життєвих і особистих трансформацій; здатність до їхнього перетворення залежно від особистих змін, зовнішніх обставин, соціокультурних перетворень, здатність вибудовувати життєві плани, завдання і перспективи особистості.

Важливим механізмом розвитку особистості постає її занурення в дискурсивний культурний простір (Н. В. Чепелева). Тексти культури розглядаються тут як важливий семіотичний ресурс, засіб саморефлексії, саморозуміння, самовизначення, що допомагає особистості осмислити та переосмислити свій життєвий досвід, пропонуючи їй культурні зразки, норми розуміння та інтерпретацій самої себе та власного життя в цілому.

У результаті привласнення соціокультурного досвіду, який знаходить своє втілення у культурних текстах, особистість породжує власний автонаратив, Я-текст, що містить певні соціокультурні координати її розвитку, особистісний базис світосприймання і світорозуміння, пошук власного призначення, вибудовування перспектив саморозвитку, створення проєкту себе і власного життя. Цей проєкт створюється за допомогою соціокультурних фреймів, що «накладаються» на актуальне «Я», створюють основу для проєкту й окреслюють його межі, які, у свою чергу, залежать від ресурсів і завдань особистості.

У руслі вищезазначеного, самопроєктування розуміється нами як подолання людиною самої себе, своєї фактичної даності, прорив у новий смисловий простір, у простір можливого. Вихід за межі звичного, готовність прийняти новий досвід вимагає в особистості високого рівня толерантності до невизначеності. Перед особистістю постає завдання створити образ бажаного майбутнього і визначити стратегії його досягнення. У цьому контексті, самопроєктування пов'язане з поняттям авторства, авторською позицією щодо самого себе та власного життя, а життєвий та особистісний проєкти, у свою чергу, – з поняттям наративу, який породжує, вибудовує особистість у своєму житті. Особистість, яка здатна до самопроєктування, має володіти певною низкою характеристик та компетентностей, що уможливають створення нею життєвих та особистісних проєктів.

В оптиці психологічної герменевтики самопроєктування особистості передбачає формування в неї здатності до саморефлексії, інтерпретації і реінтерпретації навколишньої реальності шляхом опанування основних соціокультурних дискурсів, осмислення і переосмислення життєвого досвіду залежно від зовнішніх обставин, задумів, планів та завдань людини.

Чинники розвитку здатності особистості до самопроєктування, з нашої точки зору, доцільно поєднати в три групи:

- мотиваційні;
- інтелектуальні (когнітивні і метакогнітивні);
- комунікативні.

Важливо підкреслити, що виокремлення цих груп чинників носить умовний характер та становить суто дослідницький прийом у контексті досягнення мети нашого дослідження. Розглянемо докладніше складові кожної з цих груп та їхнє змістове наповнення.

До мотиваційного блоку ми вважаємо за доцільне віднести такі спрямованості особистості, як:

- прагнення до самоактуалізації;
- прагнення до самореалізації;
- бажання задовольнити вимоги соціуму;
- спрямованість до успіху.

Другий блок чинників здатності особистості до самопроєктування містить інтелектуальні (когнітивні і метакогнітивні) складові.

Третій блок чинників складають комунікативні компетентності особистості. У межах зазначеного підходу компетентність нами проблематизується як інтегральне динамічне особистісне утворення, що формується та розвивається в процесі вибудовування особистісного досвіду, та забезпечує продуктивність життєздійснень особистості шляхом успішного розв'язання актуальних життєвих задач, що постають перед нею. Серед комунікативних чинників розвитку здатності особистості до самопроєктування доречно виділити:

- загальну мовленнєву компетентність;
- діалогічну компетентність;
- інтерактивну компетентність;
- наративну компетентність.

Отже, з нашої точки зору, самопроєктування доцільно розглядати як здатність особистості діяти, орієнтуючись на особистісний і життєвий проєкти. Створення власного смислового простору засобами інтерпретації і реінтерпретації попереднього досвіду, як особистісного, так і соціокультурного, становить важливий чинник саморозвитку і самопроєктування особистості. Вибудовування нового контексту життя людини ґрунтується, насамперед, на її відкритості новому досвіду. Здатність створювати життєві й особистісні проєкти та їх реалізовувати є важливим маркером авторства власного життя та показником особистісної зрілості в цілому

Узагальнюючи вищевикладене, ми вважаємо, що здатність до самопроектування є відкритим динамічним особистісним утворенням, архітектоніка якого впродовж життя набуває різних змістовних конфігурацій, а його остов можна схарактеризувати як інтегративний корпус п'яти психологічних характеристик особистості: прагнення до саморозвитку (особистий проєкт); системної рефлексії; толерантності до невизначеності; особистісної автономії (вищий рівень інтенціональної, смислової емансипації особистості); перспективної орієнтованості індивідуального досвіду особистості (життєвий проєкт).

Здатність до самопроектування базується на спроможності особистості осмислювати/переосмислювати власний особистий та життєвий досвід, що відбувається через занурення в соціокультурні дискурси та вибудовування на їх основі власної динамічної смислової системи, яка, у свою чергу, становить потужний ресурс психологічного благополуччя і здоров'я особистості в цілому.

НЕРВОВО-ПСИХІЧНА СТІЙКІСТЬ СТУДЕНТІВ У ВИБОРІ СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ У ВАЖКИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ

Т. І. Доцевич,

д. психол. н., професор,

Університет Григорія Сковороди в Переяславі,

Київська область

Важкі ситуації вимагають активації внутрішніх ресурсів людини, апелюють до його стресостійкості й адаптивного потенціалу. У зв'язку з цим особливо актуальними постають питання, пов'язані з формуванням ефективних стратегій подолання стресових ситуацій, які є причиною переживань особистості (Братусь Б. С., 2011; Василюк Ф. Е., 2015; Карпович Т.Н., 2017).

Для того, щоб зрозуміти, як важкі життєві ситуації впливають на здоров'я людини, необхідно з'ясувати, що ж являє собою це явище (Белашева І. В., 2014). За словами Н. Г. Осухової (2017), важка життєва ситуація є такою, коли через зовнішні впливи або внутрішні зміни відбувається порушення адаптації людини до життя, у наслідок чого вона не здатна задовольняти свої основні життєві потреби за допомогою моделей і способів діяльності (поведінки), вироблених в попередні періоди життя.

Ф. Е. Василюк пропонує розуміти важкі життєві ситуації як ситуації неможливості, у яких індивід стикається з проблемами реалізації особистісних потреб в своєму житті (мотивів, устремлінь, цінностей та ін.). У такому випадку важку життєву ситуацію можна схарактеризувати як незбіг між нашими бажаннями й можливостями, здібностями (Василюк Ф. Е., 2015). Чимало дослідників описують низку поведінкових і психологічних ознак, які є

свідченням настання важкої життєвої ситуації, за словами вчених, такими ситуаціями є: порушення поточної соціальної діяльності, неадекватність алгоритмів звичної соціальної поведінки, неясність перспектив розвитку подій, поява нової системи вимог до суб'єкта, поява ознак стресу (Василюк Ф. Е., 2014). Для того, щоб важкі життєві ситуації негативно не відбивалося на здоров'ю людини, існують певні стратегії виходу з них. Р. М. Грановська виокремила три групи стратегій виходу з важких життєвих ситуацій. До першої відносить зміни або усунення проблеми; до другої групи – зменшення інтенсивності проблеми за рахунок зміщення погляду; до третьої групи – полегшення дії проблеми (Василюк Ф. Е., 2014).

У процесі дослідження проблеми проведено експериментально-психологічне дослідження на базі Університету Григорія Сковороди в Переяславі, у якому взяло участь 47 студентів 2-3 курсів, з метою вивчення впливу нервово-психічної стійкості (НПС) як одного з критеріїв психологічного здоров'я особистості на способи виходу з важкої життєвої ситуації. У дослідженні використовуємо методику «Вихід із важкої життєвої ситуації» (Карпович Т. Н., 2007) і питальник оцінки нервово-психічної стійкості «Прогноз» (Фетискін Н. П., 2005). Результати методики «Вихід з важкої життєвої ситуації» дали нам змогу ранжувати випробуваних на дві групи. До першої відносимо респондентів, що легко примиряються з неприємностями, правильно оцінюючи те, що трапилося, і зберігають душевну рівновагу. До другої групи – тих, що не завжди витримують удари долі: часто зриваються, засмучуються при виникненні проблем. У першій групі у 35,8% випробуваних спостерігаємо високий рівень НПС, що свідчить про низьку можливість порушень психічної діяльності в проблемній ситуації і високий рівень поведінкової регуляції. У 42,9% респондентів цієї групи діагностовано середній рівень НПС, що є свідченням низької можливості виникнення нервово-психічних зривів, адекватної самооцінки й оцінки навколишньої дійсності. У них можливі поодинокі, короточасні порушення поведінки в екстремальних ситуаціях при значних фізичних й емоційних навантаженнях. Нервово-психічні зриви мало ймовірні. У 14,2% студентів виявлено задовільний рівень НПС, що характеризується можливістю виникнення в екстремальних ситуаціях помірних порушень психічної діяльності, які супроводжуються неадекватною поведінкою, самооцінкою і (або) сприйняттям навколишньої дійсності. У 7,1% респондентів першої групи виявлено незадовільний рівень НПС із відповідною схильністю до порушень психічної діяльності при значних психічних і фізичних навантаженнях, високою можливістю нервово-психічних зривів.

Результати приватного аналізу рівня нервово-психічної стійкості у студентів, які легко впоралися з важкими життєвими ситуаціями, представлені в таблиці 1.

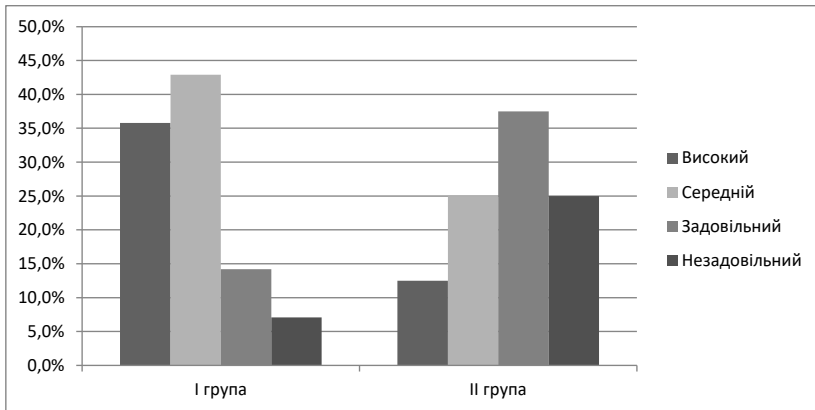
Таблиця 1

Результати порівняльного частотного аналізу рівня розвитку нервово-психічної стійкості

Параметри	Рівень	I група	II група
Нервово-психічна стійкість	Високий	35,8%	12,5%
	Середній	42,9%	25%
	Задовільний	14,2%	37,5%
	Незадовільний	7,1%	25%

У другій групі випробовуваних у 12,5% діагностовано високий рівень НПС, у 25% – задовільний рівень НПС і в 25% – незадовільний рівень НПС.

Розподіл рівневих показників нервово-психічної стійкості в досліджуваних групах представлено в Діаграмі 1.



Діаграма 1. Розподіл показників нервово-психічної стійкості в досліджуваних групах

Отже, можна стверджувати, що чим вищий рівень нервово-психічної стійкості, тим ефективніше людина справляється з важкими життєвими ситуаціями, що створює потенціал для збереження і підтримки його психологічного здоров'я.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА СЕНСОЖИТТЕВИХ ОРІЄНТАЦІЙ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Г. Є. Іващенко,

*здобувач вищої освіти СО «Магістр»,
Національний університет «Одеська юридична академія»*

Питання психологічних особливостей сенсожиттєвих орієнтацій є актуальними на будь-якому етапі онтогенезу і є невід'ємною складовою психологічного становлення особистості, як і розвиток рівня емоційного інтелекту.

Найбільш складними життєвими періодами, коли особистість звертається до сенсу життя і переглядає її цінність, є перш за все, юнацький вік. Зокрема, у цей період людина знаходиться на порозі вибору майбутньої професії, вступу в самостійне трудове життя. Перед нею постають фундаментальні завдання соціального і особистісного самовизначення. Молодь хвилюють дуже серйозні питання: як знайти своє місце в житті, обрати справу у відповідності зі своїми можливостями і здібностями, в чому сенс життя, як стати справжньою людиною та громадянином тощо.

На формування уявлень про сенс життя впливає рівень розвитку емоційного інтелекту особистості (Рижов Д. М, 2012). Важливого значення це набуває в період, коли молоді люди приймають рішення щодо вибору майбутньої професії, вступають до закладу освіти. Формування професійної компетентності майбутніх фахівців має здійснюватися у напрямі розвитку пізнавальних здібностей через актуалізацію наявних знань і досвіду, пізнання особливостей професії та подальше самовдосконалення. Молоді люди з розвиненим емоційним інтелектом обдаровані в сприйнятті власних емоційних процесів, здатні до їх регулювання, мають змогу передбачити емоції і використовувати їх для розумових процесів і прийняття рішень, більш ефективного засвоєння матеріалу, мають схильність до більш інтенсивної самомотивації та більш яскравих відчуттів сенсу життя.

Сучасне українське суспільство потребує висококваліфікованих фахівців, здатних до ефективної професійної діяльності. Зміст і характер цієї діяльності визначається сенсожиттєвими орієнтаціями, які впливають на стійкість професійної мотивації. Недостатня усвідомленість сенсожиттєвих орієнтацій здобувачів вищої освіти призводить до того, що процес професіоналізації та особистісний ріст залишається спонтанним і некерованим, який може позначитись на ефективності його професійної діяльності у майбутньому. Особливої актуальності проблема сенсожиттєвих орієнтацій набуває для сучасних здобувачів вищої освіти, оскільки важливим інструментом їх навчальної діяльності є сама особистість і той досвід, який вона набирає в процесі навчання.

У зв'язку з цим наше дослідження сенсожиттєвих орієнтацій здобувачів вищої освіти, рівня розвитку їхнього емоційного інтелекту та їх взаємозв'язок

набуває актуальності, оскільки інтенсивне усвідомлення життя і високий темп психоемоційного розвитку притаманні періоду навчання у закладі вищої освіти. Важливо, щоб в студентські роки відбувалося становлення позитивного ставлення до життя, розвиток впевненості у своїх здібностях вирішувати проблеми та брати відповідальність на себе.

Проведене дослідження, спрямоване на вимірювання рівня управління емоціями, розуміння, а також сенсожиттєвих орієнтацій здобувачів вищої освіти.

Метою роботи є дослідження по виявленню взаємозв'язку рівня розвитку емоційного інтелекту здобувачів вищої освіти та їх сенсожиттєвих орієнтацій.

У дослідженні використані наступні психодіагностичні методики: опитувальник Н. Холла «Емоційний інтелект» та тест «Сенсожиттєві орієнтації» Д. А. Леонтьєва. (Леонтьєв Д. А., 2003)

В результаті проведеного емпіричного дослідження виявлено наступне: здобувачам вищої освіти притаманні такі орієнтації як «Локус контролю життя» або керованість життя та «Цілі в житті». Для більш старших за віком здобувачів вищої освіти характерні орієнтації «Процес життя або інтерес і емоційна насиченість життя». На підставі отриманих даних можна зробити висновок про стійкий напрямок в розвитку сенсожиттєвих орієнтацій здобувачів вищої освіти. Так, переважна вага сенсожиттєвих орієнтацій у здобувачів вищої освіти більш старшого віку припадає на «Процес життя або інтерес і емоційну насиченість життя», що відрізняється від основної орієнтації більш молодих за віком здобувачів вищої освіти, де акцент припадає на «Локус контролю життя». Це свідчить про те, що молодші здобувачі вищої освіти мислять декілька шаблонно, відповідно до сучасних віянь популярної психології та переконані в тому, що людина повністю контролює своє життя та не має необхідності опиратись на досвід, вільно приймає рішення і втілює їх у життя, може вести себе досить самовпевнено і не оцінювати реально становище своїх можливостей та вимог до себе. В той же час, здобувачі вищої освіти більш старшого віку вже визначилися з метою у житті, і життя для них є більш цікавим, емоційно насиченим, змістовним та розглядають його як процес. Вони живуть не тільки сьогодні, але і думають про майбутню професію та самореалізацію у житті, мають більш виражену свідомість, спрямованість і тимчасову перспективу життя.

Діагностика емоційного інтелекту здобувачів вищої освіти показала, що він може інтерпретуватися, у середньому, як гармонійний емоційний інтелект, стабільного середнього рівня. (Савчук М. Р., 2017).

Важливо відзначити, що у респондентів виявлені зниженими значення за окремими шкалами опитувальника, а саме за шкалами «Емпатія» і «Емоційна обізнаність». Найменш розвинені у здобувачів вищої освіти здатності управління власними емоціями, що слід розглядати як важливий об'єкт розвивального впливу в процесі психологічного забезпечення навчальної діяльності. Взагалі, на підставі проведеного дослідження, можна вважати, що рівень емоційного інтелекту здобувачів вищої освіти достатній і вони володіють необхідними здібностями для того, щоб розуміти, мотивувати, співчувати і співпереживати оточуючим, підтримувати, позитивно взаємодіяти. Встановлено, що середній

рівень емоційної обізнаності позитивно пов'язаний з усвідомленням причетності і контрольованості життя. Середній рівень емпатії, знаходиться у взаємозв'язку зі задоволеністю життям і отриманням досвіду у процесі навчання.

Найбільше число позитивних зв'язків виділено між здатністю до самомотивації в емоційному інтелекті і факторами сенсожиттєвих орієнтацій. Це свідчить про достатню вагомість життєвого сенсу в саморозвитку особистості здобувачів вищої освіти.

Отже, за результатами проведеного теоретико-емпіричного дослідження визначено в структурі особистості здобувачів вищої освіти компоненти, які мають середню враженість, відображені в складових емоційного інтелекту та взаємопов'язані з ціннісно-сенсовим полем особистості. Виявлено провідні складові емоційного інтелекту здобувачів вищої освіти, які дозволяють віднести його до гармонійного типу середньої вираженості складових емоційного інтелекту. Середній рівень розвитку здібностей управляти власними емоціями важливо розглядати в якості психічно-розвивального компонента впливу на процес навчання здобувачів вищої освіти. Показано, що сенсожиттєві орієнтації здобувачів вищої освіти сформовані на середньому рівні. Вони стисло взаємопов'язані зі складовими емоційного інтелекту, про що свідчить, виявлене число позитивних зв'язків між здатністю до самомотивації в емоційному інтелекті і структурними елементами смисложиттєвих орієнтацій. Перспективою подальшої роботи вважаємо розробку та впровадження тренінгової роботи, спрямованої на розвиток емоційного інтелекту та формування сенсожиттєвих орієнтацій здобувачів ЗВО, що сприятиме їх саморозвитку в опорі на емоційну мотивацію та цілеспрямованість у процесі навчання.

«HEALTHY ORGANIZATIONS»: СУТНІСТЬ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ АКТИВНОСТІ

*Л. М. Карамушка,
академік НАПН України,
д. психол н., професор,
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Актуальність дослідження. Інтенсифікація діяльності вітчизняних організацій, обумовлена ускладненням змісту діяльності, посиленням конкуренції, кризовими соціально-економічними явищами в розвитку суспільства, пандемією COVID-19, вимагає постійної уваги організацій до проблеми психологічного здоров'я персоналу. Це потребує, зокрема, вивчення зарубіжних концепцій щодо вирішення цієї проблеми, однією із яких є концепція «healthy organizations».

Мета дослідження. На основі аналізу зарубіжних джерел визначити сутність «healthy organizations» та її основні напрямки її активності.

Результати дослідження.

Як свідчить аналіз літератури, вивчення проблеми психічного здоров'я персоналу організацій в зарубіжній науці та практиці здійснюється, на наш погляд, в межах *двох основних підходів*.

Перший підхід, більш вузький, в межах якого мова йде про безпосередньо психічне здоров'я, яке пов'язане з робочим місцем, де працює персонал. Для дослідження цього феномену використовуються такі поняття як «mentally healthy workplace» («психічно «здорове» робоче місце») (Mental health & work, 2021) «the psychologically healthy workplace» («психологічно «здорове» робоче місце») (Grawitch & Ballard, 2016).

Щодо психологічних особливостей такого робочого місця, то, згідно з наявними літературними джерелами, мова йде про те, що таке робоче місце сприяє позитивному психічному здоров'ю та благополуччю працівників, активно «працює» для запобігання шкоди психічному здоров'ю та благополуччю працівників та підтримує працівників, які страждають на психічне захворювання (Mental health & work, 2021).

Другий напрямок, більш широкий, має відношення до дослідження психологічного здоров'я організації в цілому. Для цього використовується поняття «*healthy organizations*» («організації, які забезпечують здоров'я /орієнтовані на здоров'я», або у більш короткому варіанті «здорові організації» (Di Fabio, 2016; Di Fabio, Cheung, & Peiró, 2020) або «*healthy corporation*» («здорові корпорації») (De Smet, Loch, & Schaninger, 2007). Також близьким до цього є термін «*healthcare organizations*» («організації, які турбуються про здоров'я») (Castanheira, Chambel, Santos, & Rodrigues, 2020).

Стосовно психологічних особливостей таких організацій, то G. Lowe (2010) зазначає, що у «здорових організаціях» культура, клімат та практика створюють середовище, сприятливе для здоров'я та безпеки працівників та для організаційної ефективності. А. De Smet et al. (2007), M.J. Grawitch & D.W. Ballard (2016) наголошують, що «здорова організація» веде до здорового та успішного бізнесу, підкреслюють міцний зв'язок між ефективністю організації та благополуччям працівників.

На наш погляд, проблеми, які віднесено до першого напрямку, входять до складу проблем другого напрямку, оскільки феномен «*healthy organizations*» є більш «широким», порівняно з феноменом «mentally healthy workplace». Зазначимо, що ми *дотримуємось другого підходу*, який стосується вивчення проблеми психічного здоров'я на рівні всієї організації, який передбачає аналіз «здорової» організації в цілому та її окремих складових, насамперед, здоров'я персоналу. Про значущість такого підходу мова йшла в наших попередніх публікаціях (Карамушка & Дзюба, 2019). При цьому ми беремо до уваги те, що у «здорових» організаціях мова може йти про забезпечення різних видів здоров'я (фізичного, психічного, психологічного, духовного тощо).

Отже, під «*healthy organizations*» («здоровими організаціями») ми розуміємо організації, культура, клімат та практика яких створюють середовище, сприятливе для забезпечення різних видів здоров'я організацій, у тому числі, і психологічного, та безпеки працівників, а також для організаційної ефективності.

Аналіз літератури показує, що дана проблематика «*mentally healthy workplace*» та «*healthy organizations*» досліджується в рамках одного із напрямків організаційної психології, який називається «*occupational health psychology*» («психологія професійного здоров'я») (Taris, Peeters & De Witte, 2019). Цей термін було введено в 1990 р. в університеті Гаваїв J. S. Raymond, W. Wood, & W. K. Patrick (1990). Зазначається, що при цьому акцент зроблено на вивченні «здорових» робочих місць, працюючи на яких працівники можуть виробляти продукцію, надавати послуги, розвиватися, де цінують та використовують їх таланти та здібності, а також досягати високих показників, високого задоволення роботою та благополуччя (Quick, Quick, Nelson, & Hurrell, 2017).

Слід зазначити, що в останні роки підкреслюється необхідність переходу від психології професійного здоров'я до «*positive occupational health psychology*» («позитивної психології професійного здоров'я»), основна увага в якій приділяється не дефіциту та невдачам, а позитивному організаційному настрою, який пропонує втручання на різних рівнях (індивідуальному, груповому, організаційному та міжорганізаційному), відповідно до підходу позитивної психології професійного здоров'я щодо чотирьох факторів, які є важливим для «здорової» організації (особистість, група, організація та міжорганізаційні процеси) (Bakker & Derks, 2010; Di Fabio, 2017; Seligman, 2002).

Окрім того, А. Di Fabio (2017) говорить про те, що завдання, яке стоїть перед такими організаціями, полягає у сприянні створення здорового суспільства («*healthy society*») шляхом створення здорових організацій з акцентом на благополуччя з точки зору міжкультурного розвитку.

Висновки. Впровадження концепції «*healthy organizations*» у вітчизняних організаціях, з урахуванням особливостей їх функціонування в соціально-економічних та організаційних умовах в Україні, може сприяти збереженню та зміцненню психічного здоров'я персоналу.

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ПОКАЗНИКІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ФАХІВЦІВ

О. М. Кокун,

чл.-кор. НАПН України,

д. психол. н., професор,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Постановка проблеми. Дослідження життєстійкості стало одним з провідних трендів сучасної психології. Це зумовлено тим, що саме високий рівень життєстійкості особистості стає запорукою не лише її життєвої та професійної ефективності, але й запорукою збереження її фізичного та психічного здоров'я в несприятливих умовах життєдіяльності. Після появи перших наукових праць S. Kobasa та S. Maddi (1979), присвячених феномену життєстійкості менеджерів телефонної компанії, його дослідження активно розпочалися і нині широко продовжуються й у інших професійних сферах, сферах освіти, здоров'я, спорту, діяльності силових структур тощо. Зокрема, вивчення позитивного значення життєстійкості для здоров'я та широкого кола аспектів професійної діяльності фахівців різних професій здійснено M. Cash та D. Gardner (2011), R. Greene та K. Nowack (1995), I. Kardum (2012), M. Manning (1988), E. Merino-Tejedor (2015).

Нижче ми представимо частину результатів наших досліджень, спрямованих на визначення особливостей взаємозв'язків показників професійної життєстійкості та самоактуалізації фахівців.

Виклад основного матеріалу. В цих дослідженнях, серед іншого інструментарію, було використано Опитувальник професійної життєстійкості (Кокун О.М., 2019, 2021) та Самоактуалізаційний тест Е. Шострома (САТ). Дослідження здійснювалися із використанням діагностичного інтернет-сайта <http://prof-diagnost.org>. В них взяло участь 452 особи (205 чоловіків та 247 жінок) із різних країн (73% склали жителі України). Вік досліджуваних – від 18 до 77 років ($M = 35,93$; $SD = 13,97$): до 25 років – 124 (27,4%) особи; 26 – 30 років – 53 (11,7%) осіб; 31 – 40 років – 100 (22,1%) осіб; 41 – 50 років – 94 (20,8%) осіб; 51 рік і старші – 81 (17,9%) осіб. Переважна більшість (92%) досліджуваних відзначили, що виконання ними професійних обов'язків передбачає постійні або часті контакти з іншими людьми.

Результати кореляційного аналізу свідчать, що між переважною більшістю показників Опитувальника професійної життєстійкості та шкал Самоактуалізаційного тесту (САТ) наявні достовірні кореляційні зв'язки (таблиця 1). Із наведених в цій таблиці 112 коефіцієнтів кореляції 74 є достовірними ($r = p \leq 0,05 - 0,001$). У загального рівня професійної життєстійкості фахівців достовірні кореляційні зв'язки відсутні лише з двома з 14 шкал САТ («сензитивність до себе» та «прийняття агресії»).

Таблиця 1

Кореляційні зв'язки показників професійної життєстійкості із шкалами
Самоактуалізаційного тесту

№	Шкала САТ	Показники професійної життєстійкості							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Компетентності в часі	,17	<i>,11</i>	<i>,07</i>	,26	,18	,22	<i>-,06</i>	,24
2	Підтримки	,22	,22	<i>,03</i>	,26	,20	,20	<i>,07</i>	,21
3	Ціннісних орієнтацій	,38	,28	,26	,41	,36	,40	,24	<i>,10</i>
4	Гнучкості поведінки	,20	<i>,10</i>	<i>,11</i>	,29	,23	,21	,01	,19
5	Сензитивність до себе	<i>,05</i>	<i>-,01</i>	<i>-,03</i>	,23	<i>,08</i>	,20	-,18	,13
6	Спонтанності	,14	,16	-,14	,21	,16	<i>,08</i>	<i>-,08</i>	,27
7	Самоповаги	<i>,10</i>	<i>,09</i>	<i>-,07</i>	,18	<i>,08</i>	,15	<i>-,01</i>	<i>,05</i>
8	Самоприйняття	,16	,20	<i>-,07</i>	,16	,18	<i>,01</i>	<i>,01</i>	,34
9	Поглядів на природу людини	,14	<i>,09</i>	,21	<i>,09</i>	<i>,04</i>	,34	<i>,08</i>	-,18
10	Синергії	,22	,18	<i>,09</i>	,20	,24	,31	<i>-,07</i>	,14
11	Прийняття агресії	<i>,12</i>	<i>,06</i>	<i>,02</i>	,21	<i>,08</i>	,24	<i>,03</i>	<i>,02</i>
12	Контактності	<i>,01</i>	<i>-,01</i>	<i>-,05</i>	<i>,09</i>	<i>-,02</i>	<i>,05</i>	<i>-,09</i>	,13
13	Пізнавальних потреб	,26	,28	,20	,14	,14	,35	,22	<i>-,02</i>
14	Креативності	,22	,18	<i>,02</i>	,28	,23	,30	<i>-,01</i>	<i>,11</i>

Показники професійної життєстійкості: 1) загальний рівень; 2) професійна включеність; 3) професійний контроль; 4) професійне прийняття виклику; 5) емоційний компонент; 6) мотиваційний компонент; 7) соціальний компонент; 8) професійний компонент.

Коефіцієнти кореляції, позначені курсивом – $p \leq 0,05$; жирним курсивом – $p \leq 0,01$; жирним шрифтом – $p \leq 0,001$.

Встановлено, що найтісніше показники професійної життєстійкості корелюють із шкалою ціннісних орієнтацій САТ – всі вісім показників професійної життєстійкості мають достовірні зв'язки із цією шкалою ($r = 0,10 - 0,41$; $p \leq 0,05 - 0,001$). Це надає можливість стверджувати, що професійна життєстійкість фахівця у найбільшій мірі зумовлюється його спрямованістю на самоактуалізацію.

Також достатньо тісно професійна життєстійкість взаємопов'язана з базовими шкалами САТ – «компетентності в часі» та «підтримки»: наявні 12 достовірних кореляцій з 16 можливих ($r = 0,11 - 0,26$; $p \leq 0,05 - 0,001$). Це, відповідно до змістовної інтерпретації цих базових шкал, свідчить про істотне зумовлення професійної життєстійкості фахівця його здатністю у всій повноті переживати теперішній момент свого життя, бачити своє життя цілісним, відчуючи нерозривність минулого, сьогодення і майбутнього, незалежності його цінностей і поведінки від зовнішнього впливу.

Взаємопов'язаність професійної життєстійкості зі шкалами САТ, на нашу думку, має характер взаємовпливу. Хоча, на перший погляд це не очевидно, оскільки вважається що саме окремі особистісні якості лежать в основі більш інтегральної особистісної властивості, як то життєстійкість, адаптивність тощо. Однак, це не виключає й можливості зворотного впливу. Наприклад, шкала «підтримки» САТ характеризує ступінь незалежності

цінностей і поведінки людини від зовнішнього впливу. Безумовно, таку якість можна розглядати в якості важливої передумови життєстійкості. Але з іншого боку, теж не можна заперечити, що життєстійка людина має набагато більше можливостей для зберігання незалежності своїх цінностей і поведінки від впливу зовні.

Слід окремо розглянути три негативні достовірні зв'язки. Саме такий зв'язок між професійним *контролем* та «спонтанністю» ($r = -0,14$; $p \leq 0,01$) виглядає достатньо логічним, оскільки це протилежні якості. Цікаво також те, що у фахівців з більш вираженим *професійним* компонентом життєстійкості менше виражена ($r = -0,18$; $p \leq 0,001$) схильність сприймати природу людини в цілому як позитивну (шкала «поглядів на природу людини»). Щодо негативного зв'язку ($r = -0,18$; $p \leq 0,001$) між *соціальним* компонентом життєстійкості та шкалою «сензитивності до себе» (здатність людини віддавати собі звіт у своїх потребах і почуттях, відчувати та рефлексувати їх), то тут теж можна погодитись, що названа здатність не сприяє вираженості цього компонента життєстійкості.

Висновки. Між переважною більшістю показників професійної життєстійкості та шкал Самоактуалізаційного тесту (САТ) наявні достовірні кореляційні зв'язки – з отриманих 112 коефіцієнтів кореляції 74 є достовірними. У *загального рівня* професійної життєстійкості фахівців достовірні кореляційні зв'язки відсутні лише з двома з 14 шкал САТ («сензитивність до себе» та «прийняття агресії»).

Найтісніше показники професійної життєстійкості корелюють із шкалою ціннісних орієнтацій САТ. Це показує, що професійна життєстійкість фахівця у найбільшій мірі зумовлюється його спрямованістю на самоактуалізацію. Також достатньо тісно професійна життєстійкість взаємопов'язана з базовими шкалами САТ – «компетентності в часі» та «підтримки», що свідчить про істотне зумовлення професійної життєстійкості фахівця його здатністю у всій повноті переживати теперішній момент свого життя, бачити своє життя цілісним, відчуючи нерозривність минулого, сьогодення і майбутнього, незалежності його цінностей і поведінки від зовнішнього впливу.

Обґрунтовано, що взаємопов'язаність професійної життєстійкості із шкалами САТ має характер позитивного або негативного взаємовпливу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРАХІВ ТА ГЕНДЕРНИХ УСТАНОВОК НА САМОТНІСТЬ ЖІНОК

І. В. Корнєтова,

*здобувач вищої освіти СО «Магістр»,
Національний Університет «Одеська Юридична Академія»*

Феномен самотності досить докладно окреслений в сучасній науковій літературі, де представлені історичні огляди цього явища, і нові визначення, і класифікації. Самотність належить до числа тих понять, зміст яких, здавалося б, чітко представляється кожному, однак подібна ясність є оманливою, оскільки вона приховує складний, суперечливий зміст даного феномену. Кожний філософсько-психологічний напрям має своє тлумачення самотності. Чим складніше культура, чим більше рефлексії у людини і суспільства в цілому, тим багатогранніше розкривається феномен самотності.

Актуальність означеної проблеми аргументується тим фактом, що в динамічному процесі трансформації сучасного суспільства самодостатність особистості багато в чому визначається по успішності її самореалізації в професії та соціальному визнанні; це стосується як чоловіків, так і жінок. При цьому створення сім'ї та народження дітей досить часто йде на другий план, і жінки, які досягли зрілості, здобули успіхів в кар'єрі, починають усвідомлювати, що залишаються самотніми (під самотністю тут розуміється «відсутність стабільних любовних відносин з чоловіком»). Багато з сучасних жінок, напевне, могли б підписатися під словами Лі Якокка: «Мені пощастило зробити приголомшливу кар'єру, проте в порівнянні з сім'єю вона не має ніякого значення».

У представленому дослідженні ми розглядаємо переживання самотності жінками зрілого віку у взаємозв'язку з їх страхами і гендерними установками.

Дослідження проводилося в квітні 2021 року за допомогою соціальної мережі Фейсбук. Для участі в дослідженні були запрошені самотні жінки, які визнають власну самотність та вважають її своєю проблемою. В якості психодіагностичного інструментарію використовували С-тест В. Леві, проективну методику Н. М. Романової «Малюнок чоловіка і жінки». До групи випробовуваних увійшли 59 жінок у віці від 25 до 54 років.

Згідно з отриманими даними, 52,54% досліджуваних мають фобічну симптоматику хоча б по одному виду страху. Середній рівень страху, що перевищує поріг фобії, мають 22,0% жінок. Найбільш часто фобічний симптомастика доводиться на страх зустрічей, виступів і нових знайомств.

З таблиці 1 видно, що найбільш часто середній рівень страху перевищує за показником «боязнь зустрічей, виступів, нових знайомств» – 77,96%.

Як випливає з таблиці 2, найпоширенішою гендерною установкою є «Опора»; друге місце посідає установка «Незалежність», що є індикатором відсутності чіткої емоційної виразності, емоційної стриманості, пасивності та свідчить про можливі труднощі у відносинах. Зацікавленість в контактах з протилежною статтю, сексуальна мотивація (установка «Тяжіння») в поєднанні

з емоційним прийняттям протилежної статі, позитивним уявленням про взаємини статей, установкою на дружні відносини, важливістю емоційного, а не тільки фізичного компонента відносин (установка «Опора») знаходиться на третьому місці. Значна частота прояву установок «Незалежність» і «Індиферентність» може свідчити про нерозвиненість гендерних відносин, де акцент ставиться на приятельські, а не на глибокі особистісні відносини.

Таблиця 1

Співвідношення прояву різних видів страхів із середнім значенням

Показник	Перевищення середнього рівня страху, %
Соціофобії	57,62%
Боязнь зустрічей, виступів, нових знайомств	77,96%
Страхи залежності	69,49%

Таблиця 2

Співвідношення прояву гендерних установок

Гендерна установка	Частота прояву, %
Опора	54,23%
Незалежність	16,95%
Тяжіння	13,56%
Індиферентність	8,47%
Ізоляція	3,39%
Співпраця	1,69%

Отже, незважаючи на різноманітні підходи та велику кількість досліджень у цьому напрямку, вони не є системними і повними, що пов'язано зі складністю і неоднозначністю феномена самотності, оскільки з одного боку, самотність являє собою соціально-обумовлене явище, з іншого боку, є фактом складного психічного переживання, що торкається самих глибин людської свідомості, і що виявляється на різних рівнях взаємодії людини з навколишнім світом. Результати проведеного дослідження впливу страхів і гендерних установок на причини самотності жінок, дозволяють зробити висновок про факт високої частоти переживання різного роду страхів в групі жінок, що страждають на самотність, та наявність у них певних особливостей щодо гендерних установок, які потребують більш глибокого всебічного вивчення, що й є перспективою наших подальших досліджень.

ОСОБИСТІСНИЙ АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК ПОКАЗНИК ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДПРИЄМЦІВ

В. М. Корольчук,

д. психол. наук, професор,

К. К. Кривда,

аспірантка,

Н. П. Науменко,

аспірантка,

Київський національний торговельно-економічний університет

Постановка проблеми. Проблема професійного здоров'я завжди була в центрі уваги фахівців, а нині є особливо актуальною. Адже, професійна діяльність може справляти на людину як позитивний, так і негативний вплив. Нині знижується функція контролю держави за умовами праці і станом екології. Новим соціально-психологічним явищем стала ситуація, коли в умовах виникнення і поширення реального безробіття стан здоров'я і вік фахівця є чи не основним чинником профвідбору і профпридатності. Це призводить до того, що економічно активне населення в цілях підтримки перед працедавцем визначеного професійного іміджу різко обмежило звернення за медичною і психологічною допомогою до фахівців. Соціально-економічна, військово-політична нестабільність, глобалізація, пандемія зумовили зростання вимог до професійно-важливих якостей фахівців в усіх сферах професійної діяльності. Нині виявлено нові, раніше не властиві виробничому процесу, професійно шкідливі впливи такі як інформаційні стреси, перенапруженість в інтелектуальній діяльності, гіпокінезія, сенсорна та комунікативна ізоляція, монотонія на фоні емоційної напруженості, токсичне середовище життєдіяльності, і низка інших чинників.

Отже, все це загострює актуальність проблеми підвищення ефективності, цілеспрямованості і наукової обґрунтованості заходів із підтримки і забезпечення професійного здоров'я фахівців.

Мета та завдання: визначити і здійснити аналіз показників особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП) як показників професійного здоров'я підприємців.

Завдання: представити результати дослідження особистісного адаптаційного потенціалу підприємців за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність».

Проблема професійного здоров'я завжди була у центрі уваги вітчизняних та зарубіжних науковців (Болтівець С. І., 2020; Корольчук М. С і Крайнюк В. М., 2012; Ложкін Г. В., 2020; Маклаков А. Г., 1996; Миронець С. М., 2021; Нікіфоров Г. С., 2005 та ін.).

Дослідження особистісного адаптаційного потенціалу як показника професійного здоров'я 96 підприємців ми здійснювали за допомогою багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» (Маклаков А. Г.).

Методика «Адаптивність» широко використовується для розв'язання конкретних завдань практичної психології – в галузі професійного психологічного відбору, психологічного забезпечення і супроводу, професійної діяльності, прогнозу наслідків негативного впливу стрес-факторів, особливостей впливу діяльності на психічне, фізичне і, в цілому, професійне здоров'я.

Інтерпретацію показників методики ми пропонуємо доповнити і розширити, так як особистісний адаптивний потенціал включає такі компоненти як поведінкову регуляцію, комунікативні здібності і моральну нормативність які корелюють з показниками професійного здоров'я на високому рівні ($r=0,74\pm0,71$).

За результатами, які отримано за методикою «Адаптивність» ми з'ясували, що рівень поведінкової регуляції у підприємців становить у середньому $5,4\pm0,4$ ст. За інтерпретаційною таблицею автора методики – це середній діапазон групи психічного здоров'я.

Водночас, нами встановлено, що у 17% підприємців спостерігається високий рівень поведінкової регуляції – $8,2\pm1,9$ ст. (за інтерпретаційними показниками цей інтервал в межах 7-10 ст); середній рівень поведінкової регуляції – $5,1\pm0,3$ б спостерігається у 46% обстежуваних і низький рівень ($1,8\pm0,9$ ст) визначено у 27% досліджуваних.

Низький рівень поведінкової регуляції у підприємців характеризується неадекватністю самооцінки і сприйняття дійсності, дуже низьким рівнем або відсутністю соціальної підтримки, низьким рівнем стресостійкості, зниженим рівнем мотиваційного компоненту, астеничними реакціями на труднощі. При цьому для підприємців, у яких визначено високий рівень поведінкової реакції, притаманні такі властивості як високий рівень стресостійкості, поведінкової самооцінки (регуляції); адекватна самооцінка; адекватне сприйняття дійсності; наявність високих рівнів внутрішньої і зовнішньої складових соціальної поведінки; високий рівень потребнісно-мотиваційної сфери, самоактуалізації, самосвідомості, виражені позитивні домінуючі стани.

Аналіз результатів, які ми отримали за методикою «Адаптивність» стосовно комунікативного потенціалу у підприємців, показує наступне. Так, середній рівень комунікативного потенціалу у обстежуваних, у цілому, виявився на рівні $5,22\pm0,5$ б. Водночас, при розподілі за рівнем вираженості комунікативний потенціал у 20% обстежуваних спостерігається на високому рівні $8,7\pm0,7$ ст (за інтерпретацією автора, високий діапазон визначено з 7 до 10 ст) на низькому рівні – $1,9\pm0,1$ ст. (за авторською інтерпретацією цей діапазон знаходиться в межах 1-2,0 ст) і середньому рівні – $5,7\pm0,6$ ст (за авторською інтерпретацією цей діапазон 3-6 ст).

Прояви низького рівня комунікативних здібностей у 30% підприємців виявились у труднощах взаємодії з іншими, невмінні налагоджувати взаєморозуміння, контакт з оточуючими, що зумовлює труднощі з передачею і набуттям досвіду, супроводжується конфліктною взаємодією, ізоляцією особистості і негативно позначається на рівні професійного здоров'я.

Високий рівень комунікативних здібностей у підприємців характеризується легкістю встановлення компромісу і взаєморозуміння в організаціях по вертикалі і по горизонталі (з керівником, помічниками та обслуговуючим персоналом), умілим швидким і конструктивним розв'язанням конфліктів, що, у цілому, сприяє професійній адаптації і задоволенню однієї з основних потреб – у спілкуванні, яка є складовою професійного здоров'я.

Отже, високий (20 %) і середній (50 %) рівень комунікативних здібностей у підприємців виявляється у професійно значимих якостях особистості, які сприяють професійному ставленню, виконанню провідних соціальних ролей в організації, адекватній адаптації до соціального середовища, що є суттєвим у формуванні професійного здоров'я особистості.

Аналіз третьої складової особистісного адаптаційного потенціалу у підприємців – моральної нормативності показує, що середній показник знаходиться на рівні $5,16 \pm 0,5$ б, що відповідає середнім авторським інтерпретаційним показникам.

У дослідженні з'ясовано, що у 14% підприємців моральна нормативність (МН) знаходиться на високому рівні $8,4 \pm 0,7$ ст. (за інтерпретацією авторської методики цей показник визначено в межах – 7-10 ст); на середньому рівні – у 61%, що складає $5,5 \pm 0,5$ ст (за авторською інтерпретацією результатів методики середній рівень цього показника дорівнює від 3 до 6 ст) і на низькому рівні МН – у 25% підприємців з абсолютним показником $1,9 \pm 0,2$ ст (за інтерпретацією автора методики низький рівень цього показника знаходиться в межах від 1 до 2 стенів включно).

Особам з низьким рівнем моральної нормативності важко адекватно оцінити, своє місце і роль в організації, вони не прагнуть виконувати загальноприйняті норми і правила поведінки. Низький рівень моральної нормативності особистості зумовлює низький рівень одного з основних компонентів процесу соціалізації особистості – сприйняття морально-етичних норм поведінки. Такі особи суб'єктивно важко сприймають і переживають вимоги безпосереднього соціального оточення в організації, вимоги інструкцій, настанов, загальних правил і вимоги корпоративної культури.

Отже, низький рівень моральної нормальності негативно впливає, в цілому, на рівень соціалізації, що зумовлює різке зниження рівня професійного здоров'я особистості.

Високий рівень МН у підприємців зумовлює адекватну оцінку своєї ролі в організації, орієнтацію на дотримання загальноприйнятих норм і правил поведінки, адекватне суб'єктивне сприйняття морально-етичних норм поведінки в організації та усвідомлене адекватне ставлення до вимог безпосереднього оточення в організації як керівного складу так і помічників, обслуговуючого персоналу.

Високий і середній рівень моральної нормативності зумовлюють адекватний рівень соціалізації підприємців, сприяють адекватному ставленню до вимог соціального оточення, вимог настанов, інструкцій і правил корпоративної поведінки.

Висновки. Підводячи загальний підсумок за методикою оцінки рівня розвитку адаптивних можливостей особистості нами встановлено:

1. За окремими компонентами особистісного адаптаційного потенціалу з'ясовано, що поведінкова регуляція (63%), комунікативний потенціал (70%) і моральна нормативність у 75% обстежуваних виявилась на високому і середньому рівнях, що забезпечує, відповідно, високий рівень ефективності діяльності, соціалізації, адаптації і, в цілому, професійного здоров'я.
2. З'ясовано, що 37% підприємців мають низький рівень поведінкової регуляції, 30% – комунікативних здібностей, 25% – моральної нормативності, а тому вони схильні до агресивності, конфліктності, неадекватного сприйняття оточуючої дійсності, разом з вираженими проявами негативних домінуючих станів, нервово-психічних розладів, що являється показаннями для надання психологічної або медичної допомоги в амбулаторних або стаціонарних умовах.

ЦІЛІ ЯК ОСНОВА СЕНСУ ЖИТТЯ

*А. І. Котова,
здобувач вищої освіти СО «Магістр»,
Національний університет «Одеська юридична академія»*

Цілепокладання в психології розглядається як практичне розуміння людиною своїх цілей та їх реалізація, тобто досягнення для подальшого розвитку людини, як особистості та її благополуччя. Цілепокладання – це процес формування своєї мети, її розвиток в часі в певному інформаційному джерелі, за допомогою діяльності виконавця, в основі якої і лежить досягнення певної мети. Дослідження сенсу життя займалися такі вчені, як Віктор Франкл, Джером Брунер, Карл Юнг, Ірвін Ялом та інші. Сенси лежать в основі нашого досвіду, а також в основі всього, що ми робимо. Тільки через значення ми розуміємо своє існування. У житті ми знаходимо сенс через розуміння мети. Франкл точно вказав, що тверде відчуття сенсу необхідно для оптимального людського розвитку. Брунер висловився більш прямо, зазначивши, що, не маючи на увазі системи, «ми загубилися б в темряві хаотичного досвіду і, ймовірно, в будь-якому випадку не вижили б як вид».

Сенс в житті – це не просто теоретична або філософська конструкція, він має відношення до здоров'я і благополуччя людини. Вчені стверджували, що відсутність сенсу пов'язано з психопатологією. Ялом в емпіричному дослідженні підтвердив більш ранні клінічні спостереження про те, що життя без сенсу, цілей або цінностей викликає значні страждання. Розмірковуючи про те, що робить життя значущим, в літературі можна знайти кілька точок зору, особливо в літературі, присвяченій філософії та екзистенціальної психології. Намагаючись

сформулювати єдине визначення значення, можна запитати, в чому суть значення? Але єдиного універсального відповіді на це питання знайти не вдається. Бо сенс життя відрізняється від людини до людини, від дня до дня і від години до години. Отже, значення має не сенс життя в цілому, а, скоріше, конкретний сенс життя людини в даний момент (В. Франкл).

В. Франкл говорить про унікальність значень; не тільки ситуації, але навіть життя в цілому, оскільки життя – це низка унікальних ситуацій. Пошук сенсу людини є основною мотивацією в його житті, а не «вторинної раціоналізацією» інстинктивних потягів.

Постановка цілей включає в себе три фази. Насамперед, це визначення мети, в центрі якого лежить питання – чого я хочу? По-друге, це ситуаційний аналіз, тобто – що я можу? По-третє, формування мети- це кінцева мета, до якої особистість прагне.

При визначенні мети необхідно:

- Формулювати конкретні цілі, які орієнтовані на дії, тобто чіткий кінцевий результат.
- Встановлювати часовий простір, за час якого буде досягнуто цілей.

Для успішного досягнення цілей потрібно головну мету поділити на певні завдання, підцілі та задачі.

Етапами визначення особистих цілей є:

- Написання основних ідей про життєві пріоритети.
- Розкласифікувати життєві цінності.
- Опрацювати основні уявлення у професійній діяльності.
- Інвентаризація цілей.

Цілі можуть бути досягнуті виключно за допомогою плану. Другого шляху до успіху нема. Відповідно до теорії очікування, яка до теперішнього часу підтверджена десятками досліджень, мотивація є результатом:

а) того, наскільки особистість цінує свою мету;

б) наскільки висока віра в те, що ви можете реально досягти своїх цілей.

Перша частина рівняння мотивації – це дуже індивідуалізований підхід до вибору цілі. Уважність – практика розвитку неупередженого усвідомлення справжнього моменту. Друга частина рівняння постановки мотивуючих цілей – переконатися, що вони реально досяжні. Люди мають тенденцію ставити перед собою занадто високі цілі, і хоча це може спочатку надихнути, але й це може швидко стати приголомшливим. Цілі не повинні бути блискучими планами на кардинально інше життя. Доведено, що цілі, які залишаються мотивуючими в довгостроковій перспективі, повинні забезпечувати баланс між тим, щоб вони були досить реалістичними, щоб не бентежити і не турбувати часто.

Дослідження показують, що наявність вузько певних, конкретних короткострокових цілей процесу може допомогти чітко побачити кроки, необхідні для досягнення довгострокових цілей, і тим самим підвищити мотивацію. Коли йдеться про довгострокові цілі, це, як правило, цілі продукту, такі як тригодинний марафон. Відповідна мета процесу – приділяти не менше

кількох годин 7 днів на тиждень. Вони є сходинками на шляху до більшої кінцевої мети.

Отже, можна зробити висновок, що сенс постановки цілей – це додати азарту, зв'язку і змісту в ситуацію. Людина сама вибирає свій сенс життя, свій життєвий шлях по якому вона йде. Повинна існувати внутрішня настройка, щоб знайти те, що створює щастя та благополуччя для самої особистості, а не те, що хтось переслідує або вважає за краще для людини, може допомогти суспільству знайти як цілі, так і процеси, які будуть мотивувати і задовольняти протягом життя.

ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я СУДДІВ ТА ЗАПОБІГАННЯ ЇХ ПРОФЕСІЙНОМУ ВИГОРАННЮ

В. О. Лефтеров,
д. психол. н., професор,
О. О. Кочмар,
аспірант,

Національний університет цивільного захисту України

Професія судді є однією з найвідповідальніших, суспільно значущих та складних професій, що вимагає не тільки високу кваліфікацію й досвід в галузі права, загальнолюдських цінностей, а також розвинуті особисті моральні, гуманістичні якості, почуття справедливості й об'єктивності. Відомий дослідник у галузі юридичної психології О. Брусиловський ще у 20-х роках XX століття зазначав, що «будь який кодекс на кожному кроці ставить психологічні проблеми». І сьогодні здійснення суддівських обов'язків залишається одним із психологічно найскладніших видів людської діяльності, що вимагає поєднання всіх духовних і фізичних сил, уміння аналізувати і зважувати. В цих умовах актуалізуються питання професійного здоров'я судді та впливу на нього професійного вигорання.

Проблематика професійного здоров'я особистості на даний час пов'язана із соціальним запитом на розвиток здорової особистості, забезпечення професійного самозбереження, професійної надійності, професійного довголіття. Значна роль у розвитку концепції професійного здоров'я належить В. Бехтереву і А. Гастеву. Їх дослідження трудових процесів мали комплексний характер і були спрямовані на розроблення заходів збереження здоров'я і розвитку особистості працівників (Макарова Л., 2013). На сьогодні проблематику професійного здоров'я розглядають Г. Мешко, Т. Дзюба, Н. Сидорчук, Ю. Кундієв, А. Нагорна та інші.

За визначенням В. Пономаренка, професійне здоров'я – це здатність організму зберігати компенсаторні та захисні механізми, які забезпечують

працездатність у всіх умовах професійної діяльності. Пізніше В. Пономаренко разом з колегами розширюють значення цього поняття, охарактеризувавши його так: «Професійне здоров'я як процес збереження і розвитку регуляторних властивостей організму, його фізичного, психічного та соціального благополуччя, що забезпечує високу надійність професійної діяльності, професійне довголіття й максимальну тривалість життя» (Разумов А., Пономаренко В., Пискунов В., 1996).

Г. Нікіфоров у своїх працях розглядає професійне здоров'я як інтегральну характеристику функціонального стану організму людини за фізичними та психологічними показниками для оцінки його здібностей до певної професійної діяльності, з урахуванням стійкості до несприятливих (стресогенних) факторів, які супроводжують цю діяльність. До основних чинників, які визначають здоров'я людини відносяться: спосіб життя, анатомо-фізіологічні особливості організму людини та спадковість, зовнішнє середовище і природно-кліматичні умови, охорона здоров'я. (Нікіфоров Г., 2006).

Погоджуючись з Н. Сидорчуком (Сидорчук Н., 2018), що ключовим критерієм професійного здоров'я є оцінка стану фізичного, психічного та соціального здоров'я, зазначимо, що від стану структурних компонентів здоров'я залежить не тільки професійне здоров'я, а й ефективність професійної діяльності суддів. На професійне здоров'я судді впливають певні особливі характеристики їх професійної діяльності. Така діяльність характеризується інтелектуальним навантаженням та фізичним виснаженням, управлінням взаємодією представників сторін у ході судового розгляду, вирішуванням конфліктів, розблокуванням емоційно напружених ситуацій в процесі судового розгляду, розумінням та коригуванням власного психологічного стану. Це може призвести до тривалого стресу, унаслідок якого виникає синдром професійного вигорання.

В. Бойко та інші науковці досліджуючи феномен професійного вигорання, виділяють різні групи симптомів. Структурні компоненти вигорання виявляються в емоційній виснаженості, відчутті втоми, тривозі та депресії, незадоволеності собою, емоційній замкненості, відчуженні, психофізичній перевтомі, створенні захисного бар'єру у професійних комунікаціях, особистісному відчуженні (деперсоналізації), психосоматичних та психовегетативних порушеннях (розлади сну, головні болі, проблеми з артеріальним тиском, погіршення фізичного самопочуття) тощо (Бойко В., 2001). Дж. Грінберг виокремлює симптоми професійного вигорання за 5 стадіями: «медовий місяць»; «нестача палива»; «стадія хронічних симптомів»; «стадія кризи»; «пробивання стіни» тощо (Грінберг Дж., 2002).

Н. Водопянова, О. Старченкова виокремлюють такі основні групи факторів, які впливають на професійне вигорання: особистісні чинники (незахищеність, соціально-економічна нестабільність, соціальна та міжособистісна ізоляція, неконструктивні моделі поведінки, слабка «Я-концепція», низька професійна мотивація); ситуативні чинники (соціальне порівняння й оцінка інших, несправедливість, нерівність взаємин, негативні,

напружені та «холодні» стосунки з колегами); професійні чинники (складні комунікації, емоційно насичене ділове спілкування, необхідність постійного саморозвитку і підвищення професійної компетентності, адаптація до нових людей, змінні професійні ситуації, пошук нових рішень, самоконтроль і вольове рішення, нецікава робота, відсутність готових рішень, необхідність творчого пошуку) (Шкапоїд І.В. 2016).

О. Бандурка, Бочарова С., Землянська Є., відзначають, що для належного виконання своїх професійних функцій суддя повинен володіти такими якостями, як «самоконтроль, емоційна стриманість, вміння зберігати спокій в емоційно напружених ситуаціях, вимогливість до форми поведінки та висловлювань сторін процесу, і в той же час виявлення терпимості, тактовності, здатність до релаксації, зниження надмірного емоційного збудження окремих учасників судового засідання» (Бандурко О., Бочарова С., Землянська Є., 2001). Враховуючи це, О. Черновський вказує на необхідність надання психологічної підтримки суддям, що мотивовано суттєвою відмінністю діяльності щодо встановлення правосуддя від інших юридичних професій (Черновський О., 2011).

Одними з основних потреб професійного здоров'я судді є: можливість зберігання працездатності та надійності професійної діяльності в різних умовах; володіння захисними та компенсаторними психологічними механізмами; здатність зберігати свою ідентичність, повертаючись у стан більшої збалансованості після виробничих конфліктів, стресів та криз професійного розвитку.

Виявлення перших симптомів та стадій професійного вигорання судді потребує негайного використання способів попередження та подолання синдрому професійного вигорання. Нині існує безліч різних способів попередження та подолання стану професійного вигорання суддів. Рекреалогія як наука пропонує використовувати для подолання професійного вигорання інтелектуальну та фізичну рекреаційну діяльність, тобто відвідування музеїв, бібліотек, виставок, театрів, а також використання різних форм рухової активності – різноманітні види гімнастики, туризм, фітнес, катання на лижах, роликах, ігри з м'ячем тощо.

Також одним зі способів запобігання та профілактики синдрому професійного вигорання є рекреаційно-оздоровчі заняття (Круцевич Т., Безверхня Г., 2010). Спортивні ігри широко використовуються у процесі фізкультурно-оздоровчих занять, вони мають оздоровчий ефект та супроводжуються зміною середовища діяльності, викликають позитивні емоції, приносять задоволення, забезпечують активний відпочинок (Жданова О. зі співавторами, 2000). Отже, різні рекреаційні вправи використовують як способи попередження та подолання синдрому професійного вигорання.

Для уникнення тривалого стресу необхідно знати і вміти зберігати та зміцнювати професійне здоров'я, попереджувати виникнення та подолання синдрому професійного вигорання суддів. Важливий вплив на здоров'я мають: активний відпочинок, наприклад, туризм, екскурсії, різні види мандрівок, рухова

активність, про яку вже йшлося вище (види фізичної рекреації, рекреаційні вправи, танцювальні вправи та рекреаційні ігри), що позитивно та ефективно впливають на професійне здоров'я суддів.

З метою розвитку стресостійкості суддів, мінімізації їх професійного вигорання необхідним є впровадження у практичну діяльність суддів проведення групових психологічних тренінгів та індивідуальних психологічних консультацій, розробка спеціальних програм по розвантаженню емоційного стану. Тобто у системі психологічного супроводження професійної діяльності суддів одним з головних напрямків повинні стати корекційний, профілактичний або реабілітаційний, що знизить ризик емоційного вигорання та забезпечить профілактику професійного здоров'я працівників суду.

ПРОФЕСІЙНА ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ФАХІВЦІВ ТИПУ «ЛЮДИНА – ЛЮДИНА» ЯК ПОКАЗНИК ЇХНЬОГО ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я

О. М. Лупанець,

мол. наук. співробітник

лабораторії вікової психофізіології,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

У психологічній науці проблема професійного здоров'я дедалі більше привертає увагу науковців. Досі в науковій літературі не склалося єдиної точки зору щодо проблеми професійного здоров'я та немає точного визначення цього поняття. Ми опираємося на визначення, наведене в найзагальнішому вигляді: професійне здоров'я – це властивість організму зберігати необхідні захисні й компенсаторні механізми, які забезпечують працездатність і професійну надійність у професійній діяльності (Пономаренко, 1992). Особливу актуальність проблема професійного здоров'я набуває стосовно фахівців соціономічних професій, професійна діяльність яких протікає у стресових умовах. Такі негативні наслідки, як надмірний і тривалий вплив перевтоми, перенапруження, постійно зростаючий потік інформації та зростання інтенсивності міжособистісних комунікацій, емоційного спустошення, та інші психотравмуючі чинники можуть заважати здійсненню професійної діяльності фахівців типу «людина – людина» та стати причиною різноманітних порушень їхнього професійного здоров'я.

Позаяк професійна діяльність фахівців соціономічних професій потребує чимало інтелектуальних, фізичних та – особливо – емоційних зусиль, то важливим показником їхнього професійного здоров'я є життєстійкість, як своєрідний бар'єр і захист фахівців від впливу несприятливих чинників.

Життєстійкість – поняття, яке характеризує здатність людини витримувати всі складнощі життя й успішно протистояти життєвим проблемам та труднощам.

Найпоширенішим є розуміння цього поняття як здатності до розвитку, виживання і самостійного існування (Махнач, 2007). Життєстійкість ґрунтується на трьох складових, які визначають взаємодію людини зі світом – включеність, контроль та виклик (прийняття ризику) (Мадді, 2005).

Професійна життєстійкість особистості, за визначенням О.М. Кокуна, є системною особистісно-професійною властивістю, що формується у фахівця упродовж професійного життя, виявляючись у певному рівні включеності у професійну діяльність, контролі за нею та прийнятті «професійних ризиків», і забезпечує його здатність протистояти несприятливим обставинам у роботі, запобігаючи розвитку професійної дезадаптації, розладам здоров'я та забезпечуючи особистісно-професійне зростання (Коkun, 2020).

У 2018-2021 рр. співробітниками лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України було проведено дослідження психофізіологічних закономірностей професійної життєстійкості фахівців соціономічних професій.

У дослідженні використовувались наступні методики:

- Опитувальник професійної життєстійкості в модифікації О. М. Кокуна, який було розроблено з урахуванням трьох взаємопов'язаних складових життєстійкості, визначеними в роботах С. Мадді та ін. Під час розробки опитувальника у кожній із вищеназваних складових професійної життєстійкості – професійної включеності, професійного контролю, професійного прийняття ризику – були виділені чотири компоненти: емоційний, мотиваційний, соціальний і професійний. Опитувальник визначає загальний рівень професійної життєстійкості, а також ступінь вираженості його трьох складових та чотирьох компонентів (Коkun, 2019).

- Опитувальник професійного самоздійснення. Призначений для визначення загального рівня професійного самоздійснення фахівця та рівня вираженості його складових – внутрішньо-професійного (вказує на самовдосконалення людини у фізичному, інтелектуальному, моральному та духовному аспектах) та зовнішньо-професійного (самовираження людини в різних сферах життя, професії, спорті, навчанні, мистецтві та ін) (Коkun, 2014).

- Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема. Відображає впевненість (переконання) людини щодо її потенційної здатності організувати та здійснити власну діяльність, необхідну для досягнення певної мети.

- Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна на зорово-аналогових шкалах є експрес-методикою для оцінки респондентами різних складових їхнього психофізіологічного стану (ПФС). Дає можливість діагностувати параметри не тільки «традиційних» станів самопочуття, активності й настрою, але й інших показників, які характеризують специфічний ПФС людини під час виконання певної діяльності, в тому числі емоційний, мотиваційний та інші компоненти (Коkun, 2006).

- Методика «Вивчення задоволеності своєю професією та роботою» виявляє ступінь задоволеності фахівців своєю професією і різними аспектами професійної діяльності.

- Мотивація професійної діяльності (методика К. Замфір у модифікації А. Реана) – діагностика мотивації професійної діяльності, визначення внутрішньої (має значення діяльність як така) або зовнішньої (щодо змісту самої діяльності, тобто мотиви соціального престижу, зарплати і т. ін.) видів мотивації.

- Модифікація опитувальника на професійне «вигорання» та деформацію – МВІ діагностує ступінь професійного «вигорання» та деформації у фахівців професій типу «людина-людина».

Всі кількісні показники, які використовувались для аналізу життєстійкості фахівців типу «людина – людина», наведені у публікаціях співробітників лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (Болотнікова, 2020;2021; Войтович, Завадська, 2020; 2021; Дзвоник,2020; 2021; Кокун, 2018-2021; Корніяка, 2020;2021; Кружева, 2021; Савченко, 2020; 2021 та ін.) та повністю й детально представлені у таблицях й описані у колективній монографії (Кокун О.М., Корніяка О.М., Клименко В.В. та ін., 2021).

Варто зазначити, що в середньому по вибірці досліджувані характеристики здебільшого варіюють у межах середнього, вищого за середній та високого рівнів, що свідчить про наявність високої професійної життєстійкості. Такий висновок підтверджується достовірними кореляціями показників професійної життєстійкості досліджуваних фахівців соціономічних професій з іншими професійно важливими характеристиками: загальним та внутрішнім рівнями професійного самоздійснення, самоефективністю, мотивацією, показниками психофізіологічного стану, емоційним виснаженням. У той же час наявні негативні кореляційні зв'язки професійної життєстійкості фахівців певних професій (наприклад, у вихователюк дитячих навчальних закладів) з редукцією особистих досягнень, сумарним значенням емоційного вигорання тощо.

Проведене дослідження професійної життєстійкості, її компонентів і деяких професійно важливих характеристик, підтверджує той факт, що вища за середню та висока професійна життєстійкість фахівців типу «людина – людина» сприяє ефективній професійній діяльності і в ситуаціях досягнення успіху, і в стресових ситуаціях.

Отже, професійна життєстійкість фахівців соціономічних професій вказує на їхню здатність протистояти несприятливим обставинам у роботі, зберігати захисні й компенсаторні механізми, що в підсумку уможлиблює досягнення ними високої працездатності та забезпечує збереження їхнього професійного здоров'я.

СИСТЕМА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Л. А. Мартинець,

д-р пед. н., доцент,

Луганський національний аграрний університет

Соціальна практика фізичного виховання будується в рамках певної системи – системи фізичного виховання, яка, у свою чергу, є складовою частиною загальної системи виховання. У Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я вказано, що здоров'я – це стан повного фізичного, душевного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів (ВООЗ, 2010).

На нашу думку, у формуванні здорового способу життя бере участь весь науково-педагогічний, студентський колективи.

Представимо систему фізичного виховання студентської молоді, яка може успішно працювати в закладах вищої освіти (рисунк 1).

Окремо слід наголосити, що система фізичного виховання включає:

- фізичне здоров'я – плідна трудова діяльність, оптимальний руховий режим, особиста гігієна, раціональне живлення, гартування, відмова від шкідливих звичок, заняття фізичної культури;

- психічне здоров'я – участь в психологічних тренінгах, заняття в клубах, виконання вправ тощо;

- соціальне здоров'я – участь в заходах, конкурсах, спортивних змаганнях, суспільних і учнівських організаціях;

- духовне здоров'я – заняття в клубах, гуртках, спортивних секціях.

З метою дослідження відношення студентів до здорового способу життя, ми провели опитування, в якому взяло участь 263 здобувача Луганського національного аграрного університету.

Мотивація щодо формування відношення до здоров'я як цінності містить пояснення особливостей мотивації відносно здоров'я взагалі і здорового способу життя, зокрема. За результатами опитування в системі життєвих цінностей індивіда здоров'я як базова цінність займає 2-3 місце після сім'ї, роботи (таблиці 1-2).

Як бачимо, здоров'я зайняло високе місце в структурі цінностей тому, що будучи якісною характеристикою особистості, воно сприяє досягненню багатьох цілей і різних потреб людини. За науковими даними, в умовах сьогодишньої економічної і соціальної реальності, здоров'я виступає іноді як єдиний засіб досягнення поставлених задач, що робить його більшою мірою об'єктом експлуатації, а цінність здоров'я ставати все більше інструментальною. Це твердження відноситься, перш за все, до молоді, яка вступає до життя без матеріальної і соціальної підтримки з боку батьків.

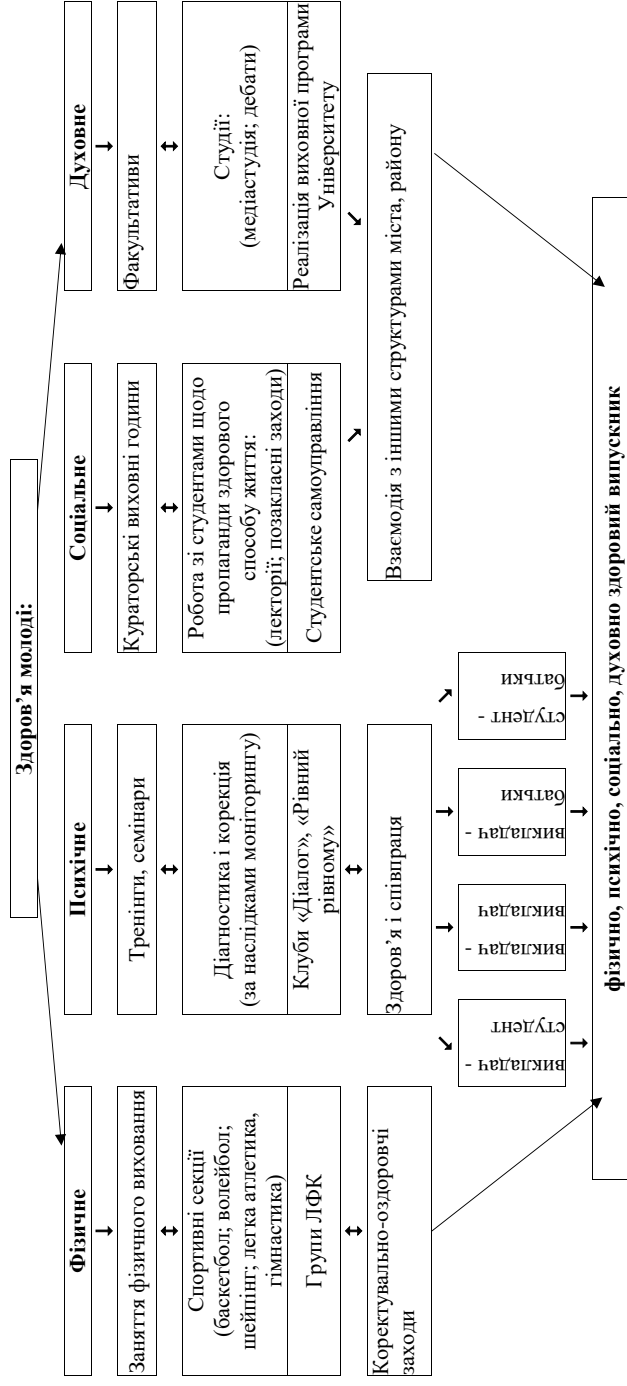


Рисунок 1. Система фізичного виховання студентської молоді

Таблиця 1

Результати аналізу опитування респондентів «До чого я прагну в житті»

Цінності	Місце
<i>Добра освіта</i>	4
Добра робота і кар'єра	2
Щаслива сім'я	1
Слава	12
Гроші, багатство	7
Дружба	6
Досягнення в мистецтві, музиці, спорті	16
Пошана і захоплення оточуючих	9
Наука як пізнання нового	14
Добре здоров'я	3
Упевненість в собі і самоповага	8
Добра їжа	11
Красивий одяг, ювелірні прикраси	10
Влада або положення	13
Добрий будинок, квартира	7
Збереження життя і природи на Землі	13
Щастя близьких людей	5
Благополуччя держави	15

Таблиця 2

Результати аналізу опитування респондентів «Що я вибираю?»

Цінності	Місце
Активне, діяльне життя	10
Здоров'я	2
Цікава робота	8
Краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі і мистецтві)	11
Любов	4
Матеріальне забезпечене життя	3
Наявність добрих і вірних друзів	5
Упевненість в собі (відсутність сумнівів)	7
Пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури)	9
Свобода як незалежність у вчинках і діях	6
Щасливе сімейне життя	1
Творчість	12

Отже, феномен здоров'я володіє істотною специфікою. Складність його вивчення полягає в тому, що в основі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, лежать найрізноманітніші потреби. При цьому значна частина видів поведінки, що роблять вплив на здоров'я, обумовлюється мотивами, ніяк не пов'язаними зі здоров'ям. Все це ускладнює вивчення поведінкових показників здоров'я і чинників, їх обумовлюючих. Одними із існуючих показників, що характеризують відношення індивіда до свого здоров'я, є самооцінка здоров'я, місце здоров'я в системі життєвих цінностей, наявність звичок у індивіда, пов'язаних з курінням тютюнових виробів, вживанням алкогольних напоїв і наркотичних засобів. Саме цим показникам в середовищі студентської молоді надається основна увага для вивчення ролі мотивації щодо формування ціннісного відношення до їх здоров'я і, зокрема, слідування ними здоровому способу життя.

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ЯК КРИТЕРІЙ ЛЮДЯНОСТІ ТА КАТЕГОРІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ

О. А. Матейук,

д. психол. н., професор,

І. М. Леган,

к. економ. н., доцент,

Державний університет «Житомирська політехніка»

У сучасному українському суспільстві в умовах зовнішньої агресії належної уваги та розгляду заслуговує питання дослідження толерантності особистості у контексті його значення для забезпечення національної безпеки держави, яка охоплює низку складових: оборонну, енергетичну, екологічну, інформаційну, соціальну, психологічну та ін.

Також вияв інтересу до толерантності як прояву індивідуально- та соціально-психічного є не випадковим, а закономірним саме в цю пору року, адже восени прогресивні та адекватні представники світового соціуму відзначатимуть Міжнародний день толерантності, який був запроваджений на 28-й сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО в Парижі 16 листопада 1995 року. Саме в цей день була затверджена Декларація принципів терпимості, яка закликала усіх шанувати рівність всіх людей незалежно від походження, кольору шкіри, етносу, національності, релігійних вподобань, гендерної ідентичності чи світогляду. У Декларації зазначається, що «...без толерантності не може бути миру, а без миру неможливі розвиток і демократія» (<https://cutt.ly/XRS6DVv>).

Declaration of Principles on Tolerance

adopted by the
General Conference of UNESCO
at its twenty-eighth session
Paris, 16 November 1995



Лише через 20 років у листопаді 2015 року Верховна Рада України прийняла «антидискримінаційну» поправку до Трудового кодексу (<https://cutt.ly/uRS6Qgt>) і лише у квітні 2021 року був розроблений «Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо дерегуляції трудових відносин» (http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_503), чим додатково законодавчо закріпила недопущення дискримінації людей на робочому місці за всіма із цих ознак, вкотре підтвердивши демократичність та толерантність українського суспільства.

Поняття «толерантність» у декларації ЮНЕСКО визначене як «повага, прийняття і правильне розуміння багатого різноманіття культур нашого світу, наших форм вираження і способів проявів людської індивідуальності». Декларація проголошує «визнання того, що люди за своєю природою розрізняються за зовнішнім виглядом, становищем, мовою, поведінкою і цінностями, мають право жити в мирі та зберігати свою індивідуальність» (<https://cutt.ly/XRS6DVv>).

7-й генеральний секретар ООН, лауреат Нобелівської премії миру Кофі Аннан зазначав, що «толерантність не варто плутати ні з пасивністю, ні зі згодою чи байдужістю. Це активне, позитивне та відповідальне ставлення до людського різноманіття».

В англійській мові, відповідно до Оксфордського словника, толерантність – «готовність і здатність без протесту сприймати особистість або річ».

У французькій – «повага свободи іншого, його думки, поведінки, політичних і релігійних поглядів».

У китайській мові бути толерантним означає «дозволяти, допускати, проявляти великодушність відносно інших».

В арабській толерантність – це «прощення, поблажливість, м'якість, співчуття, прихильність, терпіння, прихильність до інших», у перській – «терпіння, витривалість, готовність до примирення» (Попик Ю. В., 2008).

У перекладі на українську мову цей термін означає терпимість до чогось своєрідного, істотно інакшого – чиєїсь думки, позиції, переконань.

Сучасний тлумачний словник української мови зазначає, що толерантність – це терпимість до чийось поглядів.

У сучасній психології поняття толерантності розглядається в контексті досліджень (Бабчук О. Г., 2012):

особистісної обумовленості суспільної свідомості (В. Лабунська, С. Максименко, Т. Скрипкіна);

міжетнічної взаємодії та міжкультурної комунікації (Ф. Бацевіч, С. Бондирєва, Л. Ільченко, А. Садохін, Г. Солдатова);

педагогічної взаємодії та взаємовідносин у малих групах (Є. Клепцова, Я. Коломинський, Є. Ляска, О. Матієнко, С. Ярмійчук);

соціально-психологічної стійкості (Ф. Василюк, С. Головін, А. Зімбурі, В. Золотухін, Ю. Іщенко, О. Лурія, В. Петрицький);

комунікативної сфери особистості (О. Асмолов, Л. Банах, В. Бойко, С. Бондирєва, Б. Гершунський, О. Грива, М. Джерелівська, Л. Журавльова, А. Скок);

у контексті професійної підготовки (О. Грива, О. Саннікова, Ю. Тодорцева, О. Чебикін).

толерантності до невизначеності (А. Гусєв, Є. Луковицька, П. Лушин, Н. Шалаєв);

фрустраційної толерантності (А. Большакова, Л. Мітіна, Ю. Попик, О. Холодова).

У зарубіжній психології наявні дослідження, що мають змістово-сутнісний перетин із проблематикою толерантності. Це роботи з проблем стресостійкості та соціальної адаптації (С. Кобейса, Р. Раге, Т. Холмс), механізмів і проявів агресії (А. Басс, Л. Берковіц, Х. Хекхаузен), національної, релігійної та расової нетерпимості, ксенофобії (Т. Адорно, Г. Айзенк, М. Боуен, Т. Нельсон), механізмів емпатії (Е. Еріксон, К. Роджерс) (Залановська Л. І., 2016).

У полікультурному просторі існує чотири варіанти існування толерантності:

– «толерантність як байдужість» – різні культури зі своїми специфічними цінностями мають право на існування, якщо вони не суперечать основам цивілізованого співжиття – «Нехай розквітають усі квіти» (Уолцер М., 2000);

– «толерантність як неможливість взаєморозуміння» – усі культури рівноправні, але непорівнювані, оскільки замкнуті в собі й існують ніби в різних світах;

– «толерантність як поблажливість» – не існує рівноправ'я різних систем цінностей і культур; більш розвинені, заможні культури поблажливо ставляться до слабкості інших;

– «толерантність як розширення власного досвіду і критичний діалог» – передбачає повагу до інших (інакшості), визнання самоцінності іншодумства, розуміння того, що інші погляди, інший спосіб життя мають право на існування, а також мають певну значущість; приймається існування відмінностей, до яких виявляється інтерес і які заслуговують на увагу (Лекторский В., 1997).

Також наявні три основні принципи толерантності:

1) толерантність – це умовна доброчесність. Її застосування залежить від відповіді на запитання, стосовно чого чи кого слід бути толерантним;

2) відмова від монополії на знання істини в моралі – це умова, за якої толерантність можлива. Неправильно одразу оголошувати помилковою

думку, відмінну від нашої. Відстоюючи свій погляд, ми повинні бути толерантні в ставленні до думок іншого;

3) толерантність – це не кінцева мета морального вдосконалення міжособистісного спілкування, а стартова позиція на шляху гуманного співіснування (Валітова Р., 1996).

Виділяють такі форми толерантності (Божок Н. О., 2009):

1. Толерантність може бути виражена в певному напруженні, у стримуванні небажаних імпульсивних реакцій.

2. Толерантність може бути типу «бравування», за яким маскується злість та відчай.

3. Толерантність може інтерпретуватись, як свого роду благочинність, яка приносить задоволення.

У психологічній науці є низка наукових підходів, у межах яких розглядається термін «толерантність». Наприклад, особистісний підхід розглядає феномен толерантності розглядається як комплекс особистісних цінностей, що було започатковано в працях Т. Адорно, Е. Фрома, Г. Олпорта. У праці Т. Адорно «Дослідження авторитарної особистості» розвивається концепція синдрому авторитарного типу особистості. Згідно з цією концепцією людина, яка має упередження щодо будь-якої меншості у суспільстві, схильна до інших упереджень, забобонів, проявів інтолерантності до іноземців загалом. Як зазначає Л. Залановська, така особистість виявлятиме нетерпиме (інтолерантне) ставлення до «чужих»-не членів своєї групи. Тобто сприятливим ґрунтом для формування авторитарної особистості є нетерпимість та інтолерантність до інших. Відповідно, ознаки авторитарної особистості є на протилежному полюсі щодо тих, якими володіє толерантна особистість (Залановська Л. І., 2016).

Наразі, мені імпонує афективний підхід у психології, коли толерантність розглядається не як константна, а як неперервна величина за дихотомною шкалою «толерантність – інтолерантність», поняття «толерантність» при цьому формулюється в контексті базових понять психології, й ці поняття є головними проявами небайдужості.

Толерантні та інтолерантні риси отримують широке висвітлення у теорії Г. Олпорта. Особистість, якій властивий значний розрив між уявленнями про «Я-ідеальне» та «Я-реальне», зазвичай є толерантною. Вона більш критично ставиться до себе, розуміє свої позитивні та негативні сторони, не звинувачує оточення в своїх проблемах, внаслідок чого потенціал саморозвитку в неї звичайно вищий (Олпорт Г., 1998).

В інтолерантної особистості «Я-ідеальне» та «Я-реальне» майже збігаються. У цьому випадку людина вважає, що їй не потрібно вдосконалюватися. При виникненні проблем або життєвих криз інтолерантна особистість завжди звинувачує оточення, надприродні сили, долю, тільки не саму себе, перекладає відповідальність за події, які відбуваються у її житті на інших – спрацьовує екстернальний локус контролю (Залановська Л. І., 2016).

Аналіз сучасної психологічної літератури (А. Асмолов, О. Клепцова, В. Москаленко, Л. Собчик, Г. Солдатова та ін.) показав, що використання терміну «толерантність» в психології орієнтується на два розуміння його смислу:

1. Позначення індивідуальної властивості (стабільної або ситуативної), що полягає в здатності до збереження саморегуляції під впливом чинників середовища, що викликають фрустрацію.
2. Позначення здатності до неагресивної поведінки щодо інших на основі відкритості у відносній незалежності від дій іншого (Залановська Л. І., 2016).

Загалом, толерантність розглядається як інтегроване поняття: як принцип взаємодії, як цінність, як ціннісний орієнтир, який визначає поведінку особистості, та як окрема характеристика або якість особистості, що містить чотири компоненти: когнітивний (знання й усвідомлення ідеї толерантності); емоційний (відносно стійкі почуття людини до об'єктів, що виражаються в емоційній оцінці); ціннісний і діяльнісний (схильність до того чи іншого типу соціальної поведінки, основою якого є співробітництво).

Також толерантність розглядається як інтегральна риса особистості, яка зумовлює її здатність взаємодіяти з середовищем і власним внутрішнім станом у проблемних ситуаціях, що гарантує її адаптацію в соціумі й убезпечує від конфронтації з навколишнім світом і самою собою.

Можна навести безліч інших прикладів, які засвідчать, що у сучасному світі термін «толерантність» можливий до застосування, коли опонент тебе розуміє (бо ще Г. Сковорода і зазначав, що «не все, що тобі незрозуміле є неправильним») та приймає твою систему цінностей.

Однак, на сьогодні у світі існує низка соціально-економічних та політичних конфліктів і воєн, в яких як мінімум одна зі сторін принципово не дотримується загальнолюдських (загальноєвропейських) цінностей, не чує, не розуміє або ж не сприймає протилежну сторону у якості суб'єкта соціальної комунікації. Наприклад, віце-спікер Держдуми П. Толстой зазначає, що українців не існує як нації, України – як країни, і що Київ – це російське місто та пообіцяв незабаром захопити його. А один з рупорів російських інформаційних військ В. Соловйов обговорював питання бомбардування усієї території України і перетворення її на радіоактивний попіл (ми ж пам'ятаємо, що, за Дж. Орвеллом «Війна – це мир, свобода – це рабство, незнання – сила»).

Так як *інформаційна зброя* є найбільш потужною зброєю сучасності, що завойовує свідомість людей, а у *соціальній сфері* реально втілені інтереси особистості, суспільства, сім'ї, держави, на сьогодні саме вони можуть бути визначені детермінантами забезпечення національної безпеки держави. У таких умовах розгляд категорії «толерантність» набуває дійсно непересічного значення.

Таким чином, в умовах загарбницької війни Московії щодо України, категорія «толерантності» є радше категорією національної безпеки, а не критерієм української національної ідентичності чи менталітету, адже

«всупереч вкоріненим стереотипам, ненасилля, як і толерантність, не має нічого спільного з боягузством. Мужність, умотивована розумінням і любов'ю, в етичному і у вольовому планах набагато вища і важливіша, ніж мужність, умотивована злобою і мстивістю» (Залановська Л. І., 2016). Саме тому залучення та використання у суспільному житті толерантності є своєрідною профілактикою насилля в сучасному світі.

У підсумку тез варто навести вислів Вольтера: «Хоча Ваша думка для мене є глибоко ворожою, але за Ваше право висловити її я ладен віддати своє життя».

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

С. М. Миронець,

д. психол. н., доцент,

Київський національний торговельно-економічний університет

Постановка проблеми: Україна, як незалежна держава, у якій згідно зі статтею 3 Конституції, – «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються найважливішою соціальною цінністю» повною мірою не забезпечує задекларовані права людини на її безпеку у суспільстві, за певних об'єктивних і суб'єктивних причин.

Перший блок обумовлений стрімким розвитком науки і техніки, поширенням транскордонних небезпек, урбанізацією суспільства, поширенням тероризму тощо. Як зазначає М. Слюсаревський, – «У сучасному світі людина стає щодалі психологічно вразливішою, незахищенішою – причому не лише внаслідок драматичних життєвих подій, катастроф та екстремальних ситуацій. У наш час темпи технологічного оновлення всіх сфер життя і, відповідно, загрозливе, ризиковане для психічного, а слідом за ним і фізичного здоров'я усе частіше перетворюється на звичайне повсякдення».

Саме тому ми пропонуємо розглядати проблему психічного й фізичного здоров'я особистості у міждисциплінарному аспекті.

Аналіз літературних джерел. Дослідження зарубіжних вчених (Davey, Eaker, & Walters, 2003), які встановили: накопичення так званих повсякденних неприємностей (daily hassles), що зазвичай не розглядалися як загрози, має більш виражений зв'язок із захворюваністю, ніж значні життєві події, – лише підтверджують зазначене твердження. Саме тому психологічна складова проблеми особистісних та ситуативних детермінант здоров'я особистості в умовах сьогодення набуває все більш актуального значення.

Проблема психічного здоров'я завжди привертала і привертає увагу багатьох дослідників. Існує багато підходів до розуміння й розв'язання даної проблеми. Як зазначає, М. Корольчук, «сам термін «психічне здоров'я

неоднозначний, він перш за все поєднує дві науки і дві області практики – медичну і психологічну», тоді як проблема психічного здоров'я, норми та патології є міждисциплінарною – філософською, соціальною, психологічною, еволюційною та ін.

Аналізуючи наукові джерела маємо різні підходи до визначення смислового значення понять «Психічне здоров'я», зокрема автори Н. Бачерніков, В. Петленко, Є. Щербина визначають психічне здоров'я як «...відносно стійкий стан організму особистості, який дає можливість людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні й соціальні умови, здійснювати та забезпечувати свої індивідуальні й суспільні (колективні), біологічні та соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі».

За А.Ребером, термін «психічне здоров'я» часто використовується саме для характеристики тієї людини, яка функціонує на високому рівні поведінкового й емоційного регулювання, а не просто тієї, яка не є психічно хворою». М. Андрос під поняттям «психічне здоров'я особистості» розуміє таке функціонування психіки індивіда, яке забезпечує йому гармонійну взаємодію з навколишнім світом.

Виклад основного матеріалу: В. Рябинський, зазначає «...проблема здоров'я особистості, як і всі інші глобальні проблеми, виникає внаслідок кризової ситуації, джерела якої лежать усередині, а не поза людською істотою».

Зазвичай здоров'я розуміють як відсутність хвороб, порушення нормальної життєдіяльності організму, зумовлених функціями й морфологічними змінами. У трактуванні поняття «здоров'я» сьогодні немає єдиної думки. Офіційно прийнятим вважається визначення ВООЗ, згідно з яким здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хворобливих змін.

Здебільшого під погіршенням здоров'я розуміють зниження або порушення функціонування органів і систем організму, що забезпечують його фізичну працездатність, і зовсім рідко – психофункціональні зміни, психічне неблагополуччя людини.

Під нездоров'ям розуміють фізичну недугу організму, а психофункціональні розлади типу невизначеного почуття тривоги, загальної пригніченості, стану незадоволеності, підвищеної дратівливості тощо не прийнято вважати хворобою.

Біопсихосоціальна природа людини зумовлює визначення в структурі здоров'я наступних компонентів:

1. Фізичне здоров'я – природний стан організму, який забезпечує нормальне функціонування всіх органів і систем людини. Якщо добре працюють всі органи і системи, то весь організм правильно функціонує, фізично розвивається.

2. Соматичне здоров'я розглядається як позитивні біологічні якості особистості (працездатність, тривалість життя, репродуктивна здатність).

3. Психічне здоров'я – повноцінний розвиток і злагоджена робота всіх психічних функцій, стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів, що забезпечує адекватну до умов навколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності.

4. Соціальне здоров'я – це характеристика взаємодії людини й суспільства, критерій прийняття людиною соціальних норм і цінностей даного суспільства. Позитив у соціальних взаєминах (законоступність, толерантність, активність, комунікабельність тощо).

5. Духовне здоров'я – постійне прагнення до самовдосконалення, здатність до постійного розвитку і збагачення особистості.

На думку М. Савчина значної уваги заслуговують проблеми духовності особистості «Саме психічні процеси, стани і властивості особистості є тією структурою, тим механізмом, через який реалізується духовне».

Підсумовуючи аналіз наукових поглядів ми погоджуємося з думкою В. Рябинського, що під поняттям «психічне здоров'я – варто розуміти таке функціонування психіки, яке забезпечує гармонійну взаємодію з навколишнім світом, суспільством, його класами, соціальними групами, адекватність поведінки, ефективність навчальної, професійної, побутової діяльності та здійснення особистісного розвитку».

За теорією Т. Парсона, психічне здоров'я можна визначити як стан оптимальної працездатності індивіда у процесі ефективного виконання ролей і завдань, які відповідають його соціальному статусу. Отже, за Т. Парсоном, здоровою можна назвати людину, яка оптимально відповідає різноманітним ролям очікуванням і в змозі впоратися з повсякденними вимогами.

У доповіді Комітету експертів ВООЗ «Психічне здоров'я і психосоціальний розвиток дітей» зазначено, що порушення психічного здоров'я пов'язані як із соматичними захворюваннями або дефектами фізичного розвитку, так і з різноманітними несприятливими факторами і стресами, що впливають на психіку і пов'язані з соціальними умовами. Однією з найбільш значимих умов для нормального психосоціального розвитку особистості є забезпечення її потреб. Здоров'я особистості залежить від багатьох факторів: правильного харчування, режиму дня, перебування на свіжому повітрі, руховій активності, збалансованому харчуванні та ін. Водночас особливе місце в цьому переліку належить психологічному комфорту.

Останнім часом в психологічній науці деякими вченими відстоюється думка, що основою повноцінного розвитку людини є «психологічне здоров'я».

Сам термін «Психологічне здоров'я» введений у науковий обіг І. Дубровіною, тривалий час до базового змісту психічного і психологічного здоров'я. У наші дні науковці розмежовують дані поняття, а саме психічного і психологічного здоров'я, ґрунтуючись на тому, що «психологічні зміни носять зворотній характер, їх своєчасна діагностика і професійна корекція

допомагають людині виробити засоби саморегуляції, які дозволять їй впоратися з внутрішніми проблемами самостійно, до того як вони набудуть незворотнього характеру».

На сьогодні немає сталого погляду на поняття «психологічне здоров'я», так: Р. Ассаджолі, дане поняття розглядає, як стан балансу між різними аспектами особистості; С. Фрайберг, як баланс між потребами індивіда і суспільства, який підтримується постійними зусиллями); Н. Гаранян, А. Холмогорова, як процес життя особистості, в якому збалансовані рефлексивні, емоційні, інтелектуальні, поведінкові аспекти; А. Петровський, М. Ярошевський, П. Бейкер, як функція підтримання рівноваги між особистістю та середовищем, адекватної регуляції поведінки і діяльності людини, здатності протистояти життєвим труднощам без негативних наслідків для здоров'я

Висновки: Висвітлення міждисциплінарних поглядів на проблему формування психічного здоров'я особистості дозволили сформулювати висновки про те, що дане питання має складну, міждисциплінарну структуру, вирішення якої можливе лише у консолідованому поєднанні наукових підходів різноманітних галузей наукової теорії і практики.

Розгляд окремих аспектів порушеної проблеми є лише початковим етапом дослідження проблеми психічного здоров'я. У подальшому варто зосередити увагу на вивченні еталонів психічного здоров'я, визначенні його критеріїв, та впровадженні сучасних технологій щодо його формування.

ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА УСПІШНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ

Н. В. Нестеренко,

ад'юнкта,

*Національний університет оборони
України імені Івана Черняховського*

Постановка проблеми. Військову службу у Збройних Силах України визначають як державну службу особливого характеру, яка полягає у професійній діяльності придатних до неї за станом здоров'я, віком, особистими, діловими і моральними якостями, фізичною підготовкою громадян України щодо захисту України. На вимогу завдань, які були визначені Стратегічного оборонного бюлетеня та річної Національної програми партнерства «Україна – НАТО», створення основ професійного сержантського корпусу ЗС України, набуває сенсу. Метою формування та розвитку професійного сержантського корпусу є професіоналізація сержантів і старшин. Можливість застосовувати практичний досвід, який був отриманий

протягом проходження військової служби на посадах рядового та сержантського складу, досвід, який був отриманий в зоні виконання бойових завдань (ООС) надають можливості приймати участь в здійсненні підготовки особового складу, приймати участь у процесах планування, прийняття рішень та управління військами (силами) разом з офіцерами. Отже, умови сьогодення декларують розуміння того, що лише здорова людина може успішно вирішувати професійні завдання, а сам феномен професійного здоров'я розглядається науковцями як ресурс професійної спроможності людини. Взаємодія військовослужбовця з професійним середовищем займає важливе місце в професійному становленні. Отже, професійна діяльність висуває до здоров'я військовослужбовця підвищені вимоги (витривалість, працездатність, емоційну стійкість, готовність до виконання завдань в екстремальних умовах), тому здатність фахівця управляти своїм здоров'ям (як фізичним, так і психічним) в умовах суперечливого сьогодення, здійснення успішної життєдіяльності у професійній сфері, є актуальною.

Аналіз досліджень і публікацій. Складність і відповідальність завдань, що вирішуються Збройними Силами України в сучасних умовах, пред'являють все більш високі вимоги до психічного здоров'я військовослужбовців та зокрема професійного здоров'я військового. Відомо, що боєздатність військових частин і підрозділів більш ніж наполовину обумовлена функціональним станом організму військовослужбовців. Психічне здоров'я особистості є необхідною умовою її ефективної діяльності загалом і професійної зокрема. Феномен психічного здоров'я особистості досліджують сучасні вітчизняні науковці: Г. Балл, Болтівець, О. Василевська, О. Завгородня, І. Коцан, Г. Ложкін, П. Лушин, С. Максименко, В. Осьодло, Н. Піковець, та ін. АБО Психічне здоров'я постає головною, динамічною основою продуктивності всіх аспектів професійної діяльності та загального благополуччя людини, обумовлює гармонійний розвиток особистості й досягнення професіоналізму. Питання професійного здоров'я активно вивчають вітчизняні і зарубіжні учені, серед яких: П. Білецький (2020), Т. Дзюба (2014), С. Дружилов, Г. Дубчак (2018), А. Журба (2018), Е. Зеєр (2005), Г. Нікіфоров (2006), Н. Піковець (2018), та ін.

Дослідження вчених доводять, що на військовослужбовців, які діють в екстремальних умовах, окрім загальних чинників небезпеки, діють специфічні професійні чинники. Відповідальні завдання, які виконують військовослужбовці, нерідко поєднані з високим ризиком для життя та здоров'я і висувають підвищені вимоги до їх стійкості та самоконтролю. У той же час, вплив різноманітних несприятливих чинників зумовлює виникнення в них високої нервово-психічної напруги. Це, в свою чергу, може викликати різноманітні негативні прояви в психічному стані і поведінці військовослужбовця, знизить ефективність службової діяльності. Зважаючи на специфіку діяльності, військовослужбовець з нервовопсихічною нестійкістю та психічними розладами може не тільки зірвати виконання важливих завдань, а й стати небезпечним для оточення.

Несприятливі умови діяльності, які часто мають місце, негативно впливають на свідомість, відчуття, психіку та стан здоров'я військовослужбовців. Слід зазначити, що екстремальні ситуації в професійній діяльності військових можуть мати місце внаслідок інтенсивного та тривалого навантаження при повсякденному виконанні функціональних обов'язків.

Основні специфічні особливості екстремальної діяльності: стихійність і непередбачуваність; загроза для здоров'я та життя, як свого так і інших учасників екстремальної ситуації; недостатня прогнозованість; відсутність виробленого алгоритму дій та їх нестандартність; обробка великого обсягу інформації, яку потрібно сприйняти в умовах дефіциту часу; монотонність в умовах очікування сигналу до екстрених дій; часто відсутність достовірної інформації, що провокує велике психічне і фізіологічне навантаження на психофізіологічні функції і психічні процеси; наявність ризику та постійних або епізодичних стресогенних ситуацій і чисельних психотравмуючих стрес-факторів, які виникають у результаті стихійних лих, війн та катастроф, що створює загрозу для життя людей; порушення звичного режиму праці і відпочинку; можливість появи негативних масових психічних станів – паніки, мародерства, гніву, жаху тощо (О.М. Кокун, 2017; Н.А. Агаєв, 2017).

Саме тому до фахівців екстремального профілю висуваються певні вимоги: уміння працювати у команді, що потребує значної сумісності; високий рівень професійної придатності; пізнавальна активність та здатність до швидкого логічного аналізу; можливість швидкої адаптації у нових умовах; працездатність, яка буде позбавляти втоми працівника; здатність контролювати свою поведінку, та відповідальність за прийняте рішення. Часто фахівці змушені працювати у надзвичайних ситуаціях у безперервному режимі, при підвищеній активності організму, значному інформаційному навантаженні, при сумісних взаємодіях, виконуючи одразу декілька функцій, що потребує сильного напруження. При цьому, як стверджують науковці, виникають зрушення як у показниках діяльності, так і у психофізіологічних функціях (В.А. Бодров, 2006; О.М. Кокун, 2017).

Аналізуючи наукові праці щодо проблеми екстремальних факторів, як складових елементів екстремальної ситуації, можна говорити про об'єктивні, професійні та внутрішні фактори екстремальної діяльності. До об'єктивних факторів належать: фактори середовища і фактори професійної діяльності. Фактори середовища – це шуми, вібрація, випромінення, загазованість, задимленість, температурні умови, радіація десинхроноз та інше. Вплив даних факторів на військового, як правило супроводжується недовірою до засобів індивідуальних захисту та внутрішньою невпевненістю. Обмеження простору викликає фізичні та психічні ускладнення та може призводити до зниження рівня працездатності. (О.В. Тимченко, 2007). До факторів професійної діяльності належать: гіподинамія, монотонія, перенавантаженість, дефіцит, або перевантаження інформацією, сенсорний голод, перешкоди; загроза життю та здоров'ю, застосування зброї та спеціальних засобів, забезпечення правопорядку у період масових заходів; ліквідація. До внутрішніх факторів

екстремальних видів робіт відносять: загальний інтелектуальний рівень; особистісну стабільність, що зумовлює резистентність до стресу, соціалізація; відсутність у структурі особистості напруження, тривоги і психопатичних проявів; психодинамічні властивості, які зумовлюються типом нервової системи; екстра-інтроверсія; нейротизм. Загалом діяльність в екстремальних умовах пов'язана із різноманітними стихійними, техногенними аваріями і катастрофами, бойовими діями, масовими заворушеннями, що характеризується максимальним перевантаженням психічних функцій особистості (Р.І. Сірко, 2016).

Як зазначає Г. Нікіфоров (2006), який у своїх працях розглядає професійне здоров'я як інтегральну характеристику функціонального стану організму людини за фізичними та психологічними показниками для оцінки його здібностей до певної професійної діяльності, з урахуванням стійкості до несприятливих (стресогенних) факторів, які супроводжують цю діяльність. За визначенням В. О. Пономаренка (1996), професійне здоров'я, як здатність організму зберігати компенсаторні та захисні механізми, які забезпечують працездатність у всіх умовах професійної діяльності. З часом, разом з колегами, значення цього поняття розширюють, охарактеризувавши його як: процес збереження і розвитку регуляторних властивостей організму, його фізичного, психічного та соціального благополуччя, що забезпечує високу надійність професійної діяльності, професійне довголіття й максимальну тривалість життя.

Висновок. Отже, провівши теоретичний аналіз наукової літератури стосовно поняття професійного здоров'я, можемо стверджувати, що професійне здоров'я передбачає безпеку професійної діяльності, збереження психологічного і фізичного здоров'я, а також професійного довголіття фахівця.

Підсумовуючи, можемо стверджувати, що психічне здоров'я має тісний зв'язок як з внутрішнім світом особистості, так і з усією різноманітністю взаємин з оточенням, а основні показники наявності психічного здоров'я – внутрішня цілісність і узгодженість структурних компонентів, гармонійна включеність у соціум і прагнення до самоактуалізації. Здійснений аналіз наукових досліджень проблеми здоров'я загалом та психічного здоров'я особистості зокрема дає змогу стверджувати, що згаданий феномен набуває все більшої значущості та стає об'єктом зростаючого інтересу з боку різних наукових сфер. У кожній науці існує своє розуміння та змістове наповнення цього поняття. Науковці виявляють значну зацікавленість зазначеним питанням, здійснюючи систематичне уточнення поняття «психічне здоров'я» та його змістових характеристик, розширюючи поняття «професійного здоров'я» і його критеріїв у бік психологічної складової.

ЖИТТЕСТІЙКІСТЬ ФАХІВЦЯ ЯК ЧИННИК ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КРИЗИ

Н. М. Панасенко,

к. психол. н., доцент,

провідний науковий співробітник

лабораторії вікової психофізіології,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Інтенсивність і напруженість професійної діяльності сучасного фахівця призводить до виникнення професійних криз, виснаження і вигорання. У фахівців знижується ефективність професійної діяльності, вони гірше справляються зі своїми обов'язками, втрачають творчий підхід до роботи та продукту своєї праці, в них деформуються професійні відносини, ролі та комунікації. Все це безперечно вимагає нових підходів до дослідження феномену професійної кризи та до визначення складових її подолання.

Життестійкість визначається (С. Мадді, 1998) як інтегральна особистісна риса, відповідальна за успішність подолання особистістю життєвих труднощів.

За Леонтьєвим Д. О. (2003) життестійкість характеризує можливості особистості витримати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість та не знижуючи успішності діяльності.

Вважається, що життестійкість людини пов'язана із можливістю подолання різних стресів, підтримкою високого рівня фізичного і психологічного здоров'я, а також із оптимізмом, самоефективністю, суб'єктивною задоволеністю власним життям, здатністю до неперервного особистісного саморозвитку (Малиш В.С., 2012).

Підводячи підсумки, можна сказати, що життестійкість – це вміння ефективно існувати всупереч життєвим перешкодам та труднощам. Це здатність людини зберігати баланс між пристосуванням до нових вимог та прагненням жити гармонійно, повноцінно. Потрапляючи у важку життєву ситуацію, людина намагається пристосуватися до труднощів, розробити шляхи подолання проблем та вирішення труднощів, побудувати стратегії опанування.

Професійні кризи можуть виникати й протікати синхронно з іншими життєвими кризами, індукуючи та підсилюючи одна одну, проте нерідко кожна з них може бути самостійною життєвою кризою і не відповідати закономірностям і логіці вікового або професійного розвитку людини.

Професійна криза – це нетривалий за часом період (до одного року) кардинальної перебудови професійної свідомості, діяльності й поведінки особистості, зміни темпу та вектору її професійного розвитку.

Будь яка життєва криза викликає перебудову різних підструктур особистості, які у свою чергу впливатимуть на вибір стратегії подолання кризи.

Криза може як сприяти особистісному розвитку, так і призвести до особистісної деградації. Саме тому вміння особистості керувати своїм станом та поведінкою під час життєвих та професійних криз є показником її зрілості.

Вибір конструктивної стратегії подолання зумовлює формування позитивних наслідків переживання та подолання особистістю професійної кризи, зокрема підвищення фахової кваліфікації, майстерності, збагачення змісту та способів виконання роботи, тобто прокладає нове русло для професійного і особистісного розвитку.

Відтак, визначення характеру впливу професійної кризи на професійний розвиток фахівця та вибір стратегії подолання професійної кризи, надають змогу як для розширення можливостей корекції професійних деформацій, так і для профілактики, що у свою чергу сприятиме розкриттю і підвищенню особистісного й професійного потенціалу.

Життєстійкість для фахівця – це здатність витримувати життєву та професійну кризу, зберігаючи внутрішню збалансованість, не знижуючи успішності діяльності.

Отже, можна стверджувати, що життєстійкість фахівця є чинником подолання ним професійної кризи.

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНОГО І ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Л. В. Перція,

клінічний психолог,

консультант з психічного і фізичного здоров'я,

аспірант кафедри психології,

Київський національний торговельно-економічний університет

Постановка проблеми. В умовах сьогодення актуальність проблеми психічного здоров'я особистості зумовлена реаліями життя. Сучасні умови життєдіяльності людини пов'язані з особливостями, які ставлять високі вимоги до індивідуально-психологічних властивостей й психофізіологічних функцій організму людини. В умовах трансформації українського суспільства особливого значення набувають питання формування самодостатньої, цілісної та внутрішньо гармонійної особистості. Водночас на тлі суспільних негараздів, нестабільності повсякденних умов життя та труднощів, – адаптація (приспособлення) до них є складним завданням особистості.

Саме тому ми вважаємо актуальним питання дослідження та розроблення дієвих механізмів формування психічного і фізичного здоров'я особистості.

Аналіз наукової літератури дає підстави стверджувати, що проблему психічного здоров'я за різних часів науковці розглядали з урахуванням певних суспільних течій, теорій та концепції особистості, зокрема: З.Фройд (психодіагностична теорія особистості); А. Адлер (індивідуальна теорія особистості); К. Юнг (аналітична теорія особистості); Е. Еріксон (Его-теорія особистості); Е. Фром (гуманістична теорія особистості); К.Хорні (соціокультурна теорія особистості); Р. Кеттел (структурна теорія рис особистості); А. Бандура (соціально-когнітивна теорія особистості); Дж. Кіллі (когнітивна теорія особистості); А. Маслоу (гуманістична теорія особистості); К. Роджерс (феноменологічна теорія особистості) та ін.

Водночас кінець XX – початок XXI ст. характеризуються стрімким розвитком науково-технічного прогресу, значним збільшенням інформаційних потоків, що зумовлює високі вимоги до психічних функцій організму. Неприятливі соціальні, психологічні, економічні чинники формують психічну перенапругу та формують реальні ризики формування негативних зрушень у психічному стані людини та формування нервово-психічних розладів. Усе вищезначене негативно позначається на психічному здоров'ї людини.

Виклад основного матеріалу. Аналіз наукових джерел та результати наших власних досліджень дають підстави для висновку про те, що психологічні механізми формування способу життя на різних етапах розвитку особистості займають різноманітні домінуючі стани.

У ранньому дитинстві – це здебільшого, механізми імпринтингу, адаптації та ідентифікації (наслідування), механізми селекції сприйнятої інформації та формування психологічної запрограмованості, когнітивні та комунікативні;

у подальшому все більшої ваги починають набувати механізми причинно-наслідкових зв'язків, механізми взаємодії із соціальним та природним середовищем, механізми розвитку та реалізації особистісного потенціалу.

На формування мотивів соціально спрямованої діяльності найбільше впливає рівень духовно-морального розвитку індивіда - найважливіший якісний критерій сенсу та життя особистості.

Ставлення людини до свого здоров'я на кількох рівнях:

когнітивному – ступінь поінформованості чи компетентності людини у сфері здоров'я, знання основних факторів ризику та антиризиків, розуміння ролі здоров'я у забезпеченні активного та тривалого життя;

поведінковому – ступінь відповідності дій та вчинків людини вимогам здорового способу життя;

емоційному – оптимальний рівень тривожності по відношенню до здоров'я, вміння насолоджуватися станом здоров'я та радіти йому; ціннісно-мотиваційний – висока значимість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, ступінь сформованості мотивації збереження та зміцнення свого здоров'я.

Сучасники виділяють три основні групи психологічних факторів (ризику й антиризику), що корелюють зі станом здоров'я та хвороби:

1. Незалежні (попередні), які поділяються на:

1.1.) *Сприятливі фактори, що включають:*

а) поведінкові патерни;

б) підтримуючі диспозиції (витривалість, оптимізм/песимізм, сила «Я»);

в) емоційні патерни (алекситимія, репресивний особистісний стиль).

1.2.) *Когнітивні фактори, що включають:*

а) уявлення про хворобу;

б) сприйняття ризику та вразливості;

в) контроль.

1.3.) *Фактори соціального середовища, що включають:*

а) соціальна підтримка;

б) шлюб та сім'я;

в) професійне оточення.

1.4.) *Демографічні змінні:*

а) підлогу;

б) вік;

в) етнічні групи та соціальні класи.

2. *Передавальні, що поділяються на:*

2.1.) *Подолання (копінг).*

2.2.) *Вживання та зловживання речовинами.*

2.3.) *Види поведінки, які б здоров'ю.*

2.4.) *Дотримання правил щодо підтримки здоров'я та відданість їм.*

3. *Мотиватори, що поділяються на:*

3.1.) *Стресори.*

3.2.) *Існування у хворобі*

Про вплив біологічного на психічний та психічного на біологічний стани.

Зазвичай наше сприйняття людини залежить від рис характеру, якими вона відрізняється, – «...Ця жінка завжди усміхнена і балакуча». «Цей чоловік дратівливий, а той – акуратист». Звичайно, всі ці відмінності дуже цікаві, але якщо звертати увагу лише на помітну поведінку, то це не дозволить нам зазирнути вглиб і побачити, що формує особистість тієї чи іншої людини.

Ключ до розгадки можна отримати, зазирнувши усередину організму.

Останні дослідження дають все більше доказів на підтвердження того, що наш характер нерозривно пов'язаний з численними фізіологічними аспектами – від гормонів та імунної системи до мікробів, що населяють кишечник.

Передбачається, що кишкові бактерії через низку шляхів можуть впливати на функції головного мозку та поведінку людини. Очевидним є те, що склад мікробіоти в різних відділах кишечника може значно відрізнятися своїм видовим розмаїттям або їх кількісним співвідношенням.

Це показує, що корисні кишкові бактерії (навіть у формі ліків-пробіотиків) можуть бути транспортом для нейроактивних сполук, забезпечуючи взаємозв'язок кишечника з мозком, яку називають вісю «кишківник-мозок».

Перші відомості про двосторонній вплив кишечника на функції головного мозку з'явилися ще в середині XIX століття, у працях І. Павлова, К. Бернара, У. Джеймса та К. Ланге та ін. Нині кількість наукових праць, що підтверджують цю концепцію, невпинно зростає.

Ми вже зустрічаємо термін «психобіотик», який використовується для позначення живих мікроорганізмів, прийом яких у відповідних кількостях може спричинити сприятливі наслідки для здоров'я пацієнтів із психічними захворюваннями.

Сучасні дослідження у цій галузі вказують на те, що як у тварин, так і в людей існує взаємозв'язок між станом мікрофлори кишечника та тривожними тенденціями психоемоційного фону. І це може бути потенціалом фармакологічних призначень, які безпосередньо впливають на мікробіом травного тракту».

Взаємозв'язок, що відображає зміни різноманітності мікрофлори травного тракту, продемонстрована у щурів в умовах хронічного стресу, якому тварин піддавали протягом 7 тижнів. При цьому в міру того, як стрес набував характеру хронічного, вчені виявили не лише кількісні зміни мікробіома в менший бік, але також відзначили зміни в поведінці тварин, які можна було описати як втрату здатності відчувати задоволення існування та стан безвиході. Більш того, коли цей же склад мікрофлори був перенесений в організм здорових щурів без ознак стресу, через 5 днів вони почали демонструвати ті ж поведінкові реакції. З цього вченими зроблено висновок про те, що отримані результати можна розглядати як причинно-наслідковий взаємозв'язок, що грає основну роль у патогенезі станів, що спостерігаються.

Також проведено оцінку наслідків медикаментозного лікування станом мікробіома. У серії клінічних випробувань було отримано аналогічні результати, що демонструють зниження чисельності мікрофлори травного тракту в осіб із клінічною депресією та біполярними розладами. Ці зміни асоціювалися з наростанням тривожності та проблемами зі сном, а також зі збільшенням кількості загальних скарг щодо стану здоров'я. Що стосується взаємозв'язків в осіб з біполярними розладами, доктор Сімон Еванс (Simon Evans) дійшов висновку, що орієнтація на стан мікробіома може стати ефективною терапевтичною стратегією лікування біполярни.

Загалом, підбиваючи підсумки комплексних спостережень, керівники наукових проєктів дійшли висновку, що стан мікробіома травного тракту може служити не тільки тригером стрес-індуктивних розладів поведінки й психіки, а й значною мірою обумовлювати ризик розвитку певних побічних ефектів медикаментозного лікування.

З'являється все більше наукових та клінічних даних, що доводять вплив мікробних попутників людини на його комунікабельність, навченість, настрій,

спосіб мислення, апетит, сон, емоційну активність, реакцію на стрес та низку інших характеристик, пов'язаних із функціонуванням мозку.

Мозок та шлунково-кишковий тракт подвійно спрямовані та пов'язані через центральну нервову систему, ендокринну систему та імунну систему. Порушення будь-якої з цих систем можуть мати наслідки для інших, що, в свою чергу, може вплинути на загальне самопочуття людини. Концентрація серотоніну може змінюватися внаслідок активності бактерій у кишківника.

Стиль харчування одна із важливих чинників, що є визначальними для стану здоров'я, можуть утворювати ризик розвитку хронічних неінфекційних захворювань.

Він є складно детермінованою моделлю поведінки, у формуванні та динаміці якої істотну роль відіграють соціо-культуральний контекст, психологічні установки, особливості емоційно-вольової регуляції, нейроендокринні процеси.

Таким чином, знання та володіння навичками правильного харчування, вміння розуміти справжню природу підвищеного апетиту, заміну та розширення діапазону задоволень, використання широкого спектру способів релаксації сприятимуть формуванню психічного і фізичного здоров'я особистості.

МЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ПАНДЕМІЇ SARS COV-2 ПРЕДСТАВНИКАМИ РІЗНИХ КУЛЬТУРНО- ЕТНІЧНИХ СЕРЕДОВИЩ

О. В. Попова,

к. філос. н., доцент,

Вінницький державний педагогічний університет

імені М. Коцюбинського,

В. Ю. Попов,

д. філос. н., професор,

Донецький національний університет імені Василя Стуса

Пандемія Sars Cov -2, яка поширилася на всі континенти і зачепила 90% країн світу – це перевірка людства на здатність протидіяти загальним цивілізаційним загрозам і уміння організовуватися для ефективного подолання наслідків пандемії. Втім, навіть на початок листопаду 2021 року ми не можемо говорити про її завершення: новий спалах пандемії в певних країнах, не зважаючи на масову вакцинацію, вказує на недостатність засобів її подолання. Серед багаточисельних факторів гальмування процесу боротьби з хворобою є особливості національного менталітету, притаманного представникам різних культурно-етнічних середовищ.

Одні країни успішніше, ніж інші, подолали пандемією, бо краще контролювали епідеміологічну ситуацію, ефективніше провели вакцинацію, ретельно дотримувалися правил самоізоляції. Переважну роль, у подоланні пандемії відігравали культурні та етнічні особливості тієї чи іншої країни, менталітет її населення.

В таких країнах, як Китай, Південна Корея, Тайвань, Гонконг, Сінгапур, низка державних заходів сприяла швидкому подоланню пандемії. Цьому сприяли ефективні й доволі жорсткі заходи карантинного характеру, розгортання нових ліжок в лікарнях, мобілізація всього медичного персоналу. За перший місяць пандемії Китай наростив виробництво медичних масок у сім разів, до їх виробництва підключилися підприємства, які раніше цим не займалися. Китайські лікарі та медичні сестри у лікарнях тим часом спали на робочих місцях. У Південній Кореї виробництво тестів на коронавірус було розроблено місцевими компаніями у найкоротші терміни, а виробництво інших продуктів на подібних підприємствах було тимчасово припинено. Колективістський менталітет населення, високий рівень його дисциплінованості сприяв доволі швидкому подоланню пандемії.

В країнах з індивідуалістською психологією, особливо європейських, боротьба з Sars Cov -2 була більш ускладненою. У певних країнах (наприклад у Німеччині) населення відрізняється високим рівнем довіри державним інститутам та дисципліною, й самі державні інститути працюють злагоджено та чітко. В інших (наприклад, Італії) – все навпаки. Відповідно, у Німеччині люди акуратно виконували приписи, тому що вірили в те, що держава все зробить як найкраще. А в Італії люди переважно діяли за власним розумінням, тому що не дуже розраховували на ефективність державних структур. У скандинавських країнах, за виключенням Швеції, результати боротьби з епідемією є не гіршими, ніж у Німеччині, оскільки менталітет населення здебільшого зорієнтований на свідоме підтримання карантинних заходів та на соціально відповідальну поведінку. Що ж стосується південно-європейських країн, таких як Італія, Іспанія, Франція то пандемія коронавірусу показала, що населення цих країн не відрізняється високим рівнем дисципліни і високою довірою до уряду. В Великобританії є поширеною ліберальна культура, яка високо цінує автономію індивіда, а обмеження особистих свобод фактично не виправдовує. Під час пандемії в Британії був яскравий випадок, коли Домінік Камінгс помічник прем'єр-міністра Бориса Джонсона, порушив умови самоізоляції. Він виїхав зі свого маєтку з дружиною з підозрою на COVID-19. Це було зафіксовано, а фото поширилися мережею. Потім вийшло дослідження, яке показало, що цей вчинок дуже серйозно вплинув на довіру громадян до уряду. Це навіть назвали «ефектом Камінгса» (The Cummings effect). Саме тому, ці країни стали «антилідерами» пандемії, незважаючи на розвинену медичну мережу та доволі високий рівень забезпеченості ліками та вакциною.

Ще складнішою є ситуація в США, Бразилії та Індії, країнах які поки що продовжують залишатися «антилідерами» пандемії як за рівнем

захворюваності, так і за смертністю. США давно і міцно займають перше місце в світі за кількістю померлих серед тих, хто захворів на Covid-19 (766 117 на 29.10.2021). Останнім часом від коронавірусу в США помирає приблизно 1 900 людей на добу. Це найвищий показник з початку березня 2021 року. Не зважаючи на вражаючі потужності найбагатшої країни світу у медичній галузі, наявність препаратів лікування та щеплення, пандемія охопила всі прошарки американського суспільства, найбільш болоче вразивши національні та расові меншини, маргінальні шари та мігрантів. Розповсюдженню епідемії сприяли й психологічні особливості американців, які як і британці не схильні до обмеження власної свободи навіть під загрозою смертельно небезпечної хвороби. Американців відрізняє високий рівень мобільності населення, бажання мандрувати всім світом не зважаючи на карантинні заборони. Крім того, в сучасних США в зв'язку з загальним старінням населення та високим рівнем життя людей похилого віку склалася певна культура відпочинку пенсіонерів, яка сприяла швидкому поширенню пандемії та високому рівню смертності.

В Бразилії, система охорони здоров'я не відрізняється досконалістю, матеріальний рівень життя в ній також є низьким, крім того бразильці, як і мешканці Південної Європи, схильні до безпосереднього спілкування з багаточисельними родичами, друзями, колегами. Популістські налаштований президент цієї країни Жаїр Болсонару довгий час применшував ризики від коронавірусу, називаючи його «невеличким грипом», який не завдасть суттєвої шкоди, поки сам не захворів цією хворобою. Відповідно рівень довіри до дій уряду у населення достатньо невеликий, як і схильність до соціально відповідальної поведінки. Саме тому смертність в Бразилії є дуже високою: 607 764 на 29.10.2021 року.

Пандемія коронавірусної хвороби в квітні-травні цього року з величезною силою охопила Індію. Слабка система охорони здоров'я країни не витримала напруги, що призвело до катастрофічних наслідків – майже пів міль'она померлих від пандемії: на 29.10.2021 – 458 219. Але незалежні спостерігачі та вчені стверджують, що останні цифри дещо занижені. Наприклад, Гаутам Менон професор фізики та біології в університеті Ашока стверджує, що «фактична кількість смертей від COVID-19 може перевищувати офіційні цифри в 5-10 разів», оскільки офіційна статистика смертей від наслідків COVID-19 не корелюється з даними щодо кремації та поховання померлих. Однією з головних причин «коронавірусного апокаліпсису» в Індії стала своєрідна національно-медична політика, яка проводиться прем'єр міністром країни Н. Моді. лідером правлячої Бхаратія джаната партії. Останній намагається відродити традиційну індійську медико-психологічну практику і здійснює підтримку Міністерству Аюрведи, йоги та натуропатії. Він вважає, що необхідно використовувати йогу і гомеопатію в боротьбі з COVID-19. Втім, психологічні особливості ментальності більшості індусів схиляють їх до фаталістичного відношення до життя та смерті на підставі індіїстських релігійних традицій.

«Антилідером» пандемії стала й Російська федерація, яка також демонструє достатньо високий рівень смертності – 237 380 на 29.10.2021. Мабуть, сучасна Росія є країною з найбільш поширеними антиковідними настроями на початку епідемії: велика кількість росіян розглядали коронавірус як фейк, а також висувалися різні конспірологічні версії його походження. Так газета «Красная Звезда (Червона Зірка)», оприлюднила статтю під назвою «Коронавірус: американська біологічна війна проти Росії та Китаю», в якій вказувалося, що вірус був покликаний завдати шкоди російській та китайській економікам. Скандальний російський політик і лідер ЛДПР Володимир Жириновський заявив в ефірі однієї з російських радіостанцій, що вірус був експериментом Пентагону та фармацевтичних компаній. Але найбільш активною та екзотичною особистістю ковідного дисидентства в сучасній Росії є колишній схиґумен православної церкви єкатеринбурзьський священник Сергій (Романов), який вбачав у пандемії штучну компанію, організовану «світовою закулісою», а вакцинацію пов'язував з «чіпуванням» людей за настановою Біла Гейтса. За свою екстремістську поведінку був відлучений від сану, але його погляди поділяють не лише деякі священники РПЦ (з різними тлумаченнями), але й велика кількість російського населення. Водночас, офіційна російська влада вирішила використати пандемію COVID-19 в своїх власних політичних цілях, наголошуючи на пріоритеті винайдення вакцини (до кінця неапробований «Sputnik V»), нав'язування його іншим країнам та розгорнувши пропагандистською компанію про можливості російських воєнізованих протиепідемічних служб (допомога Італії). Однак наприкінці 2021 року сама Російська федерація стикнулася зі виплеском пандемії, незважаючи на певні жорсткі заходи по заохочуванню до вакцинації. На фоні попереднього антиковідного руху, слабого рівня дисципліни населення та не дуже високої довіри уряду – це доволі закономірно.

Але подібний же виплеск пандемії є характерним і для нашої країни, не зважаючи на заходи з вакцинації. Українська ментальність також виявилася достатньо благодатним ґрунтом для «антіковідних міфів» та фейків сусідньої держави. В той же час, є й одна особливість, яка повинна насторожити нашу активну громадськість, – це велика толерантність населення до корупційних моментів, пов'язаних з вакцинацією населення. Деякі люди заради своїх короткострокових потреб: необхідність пред'явлення сертифікату про вакцинацію на місці роботи, бажання здійснити подорож за кордон, готові ризикувати своїм здоров'ям, купляючи фальшиві сертифікати. Тобто, з одного боку – таємна довіра до антівакцинних міфів, а з другого – намагання зберегти свій соціальний статус і не відмовляти собі в задоволеннях. Саме ця суперечність в українському менталітеті й є однією з причин гальмування в процесі подолання пандемії.

В той же час є зрозумілим, що для врятування від цього лиха є необхідною і правильно організована державна політика, спрямована на вдосконалення медичної сфери, і посилення вимог щодо дисципліни при дотриманні карантинних норм, і розгортання протиепідемічних заходів. Але

саме пандемія Sars Cov-2 ще раз вказала на необхідність урахування етнопсихологічних особливостей людей для її подолання. Саме ці особливості визначають темпи подолання епідемії, стиль та зміст заходів по вакцинації населення та специфіку карантинних заходів, які впроваджуються в різних регіонах.

ПАТОЛОГІЗОВАНІ СІМЕЙНІ РОЛІ ЯК ДЕСТРУКТИВНІ МОДЕЛІ ПОВЕДІНКИ ПОДРУЖЖЯ

Є. М. Потапчук,

д. психол. н., професор,

Д. Є. Карпова,

PhD зі спеціальності 053 Психологія,

Хмельницький національний університет

Результати аналіз наукової літератури та власної консультативної практики свідчить, що психічне здоров'я членів сім'ї суттєво залежить від їхніх моделей поведінки (Потапчук Є. М. 2014; Потапчук Є. М., Карпова Д. Є., 2021). У цьому аспекті особливу увагу привертають патологізовані сімейні ролі шлюбних партнерів, що можуть бути причиною та наслідками нормативних та ненормативних сімейних криз. Мова йде про такі моделі поведінки, що здатні породжувати сімейні конфлікти та можуть здійснювати прямий чи опосередкований психотравмуючий вплив на психічне здоров'я членів сім'ї. Наприклад, в опитувальнику «Сімейні ролі» (Оліфірович Н. І., 2006, с. 152-153), можна знайти низку таких ролей як «поганий виконавець своїх обов'язків», «хлопчина на побігеньках», «любитель хворіти», «прихильник строгої дисципліни», «головний звинувачувач», «одинокий вовк», «хто створює неприємності для інших», «хто ухиляється від сімейних розбірок», «жертвувач заради інших», «сімейний вулкан», «хто затаїв образу». Детальне вивчення цих моделей поведінки за допомогою експертів Української асоціації сімейних психологів дає підстави стверджувати, що виконання шлюбними партнерами таких ролей може мати негативні наслідки як для виконавця певної ролі, так і для його шлюбного партнера. Поганий виконавець сімейних обов'язків може втілювати кілька моделей поведінки, зокрема «егоїста», «ледаря», «невдахи», «прокрастинатора».

Що стосується ролі «хлопчина на побігеньках», то, беручи до уваги, змістовну інтерпретацію у словниках української мови поняття «побігеньки» як виконання дрібних доручень, пов'язане з посиланням куди-небудь, з біганиною, можемо припустити, що тут теж існують різні негативні моделі поведінки шлюбних партнерів, а саме ролі: «безхребетника», «інфантила», «мученика», «невдахи». Окремої уваги заслуговує розуміння ролі «любителя хворіти», адже поняття «любитель» вказує на певну схильність особи

похворіти, яка може мати різну мотивацію та інваріанти у поведінці члена сім'ї, наприклад, ролі: «іпохондрика», «маніпулятора», «скиглія».

Як свідчить практика, модель поведінки «прихильника строгої дисципліни» теж може виявлятися у різних негативних сімейних ролях, які уособлюють строгість, непохитність, суворість шлюбного партнера. Учасники дослідження під час опитування часто вказували на прагнення шлюбного партнера повчати, давати вказівки, керувати, підпорядковувати, контролювати, робити членів сім'ї залежними від себе. Серед вербальних і поведінкових реакцій такого партнера найчастіше називали прагнення псувати настрій, ображати, принижувати, руйнувати плани, іноді, наносити тілесні ушкодження, завдавати морального і фізичного болю. Осмислення цієї поведінки подружньої пари дозволяє нам виділити сімейну роль «*садиста*» – модель поведінки шлюбного партнера, яка часто виявляє безжалісність, жорстокість, насолоду від страждань інших членів своєї сім'ї. Доречно зазначити, що зі схожими ознаками, проте дещо іншими характеристиками виявляють себе шлюбні партнери, які часто не в змозі відчувати почуття співпереживання, вірять у власну унікальність і зверхність, паразитують на рідних і близьких, виявляють імпульсивність та вередливість. Систематизація психологічних ознак такої людини дозволяє виокремити ще одну таку сімейну роль як «*самодур*» (психопат) – модель поведінки надмірно вольового, примхливого, свавільного члена сім'ї.

За результатами нашого дослідження, ми з'ясували перелік можливих патологізуючих сімейних ролей, які здатні породжувати сімейні конфлікти та можуть здійснювати прямий чи опосередкований психотравмуючий вплив на психічне здоров'я членів сім'ї. Такими є: патологізуючі сімейних ролей, що детерміновані фізіологічною та психічною залежністю особи; патологізуючі сімейні ролі, що відображають залежність від шлюбного партнера; патологізуючі сімейні ролі, що відображають зверхнє та зневажливе ставлення до членів сім'ї.

Нами з'ясовано, що основними причинами появи патологізуючих сімейних ролей є: психологічні проблеми в одного з членів сім'ї (дитячі психологічні травми, нервово-психічні розлади); взаємини сім'ї та її соціального оточення (з родиною, сусідами, друзями тощо). Підґрунтям для появи патологізуючих сімейних ролей є, зазвичай, прагнення задовольнити будь-яку потребу наперекір (в обхід) моральним уявленням людини. Саме властивості «потенційної ролі» дозволяють забезпечити можливість задовольняти потреби, які протирічать моральним уявленням члена сім'ї (наприклад, роль «*суворого (авторитарного) вихователя*» дозволяє деспотичній людині виявляти жорстокість та нав'язувати свою волю дітям чи шлюбному партнеру.

Висновки. Загалом втілення таких патологізованих сімейних ролей негативно позначається на морально-психологічному кліматі та психічному здоров'ї членів сім'ї. Звідси виникає потреба у пошуку ефективних шляхів

підготовки молоді до сімейного життя та формування уявлень про конструктивні та деструктивні моделі поведінки шлюбних партнерів. Усвідомлення моделей поведінки подружньої пари дозволить майбутнім партнерам відповідально організовувати своє сімейне життя, запобігати міжособистісних конфліктів та берегти психічне здоров'я членів сім'ї.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧІ АСПЕКТИ ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

І. В. Пузь,

*к. психол. н., доцент,
співробітник наукової лабораторії психології репродуктивної сфери,
пренатальної і перинатальної психології,
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Загальновідомим є той факт, що одним із найбільш соціально значущих показників, що характеризують загальне здоров'я та благополуччя суспільства, виступає стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Незважаючи на значні досягнення в галузі медицини, зокрема в акушерстві та гінекології, однією із найгостріших проблем сьогодення продовжує залишатися проблема невиношування вагітності, показник частоти якої складає 10-25% від усіх вагітностей (Батрак Н. В., 2018). Слід відмітити, що ситуація невиношування вагітності виступає своєрідним індикатором, що свідчить про суттєві порушення, як в репродуктивній системі, так і в організмі жінки не тільки на фізіологічному, а й на психологічному рівнях (Пузь І. В., 2020). Особливого занепокоєння викликає проблема звичного невиношування вагітності, що за визначенням ВООЗ, являє собою наявність в анамнезі жінки трьох та більше мимовільних викиднів поспіль у термінах вагітності до 22 тижнів. У той час, наприклад, згідно положення Американського товариства репродуктивної медицини (ASRM) питання про звичне невиношування вагітності розглядається, починаючи від двох клінічних викиднів, при цьому не обов'язково послідовних (Жабченко І. А., 2018).

Враховуючи зміст акушерського анамнезу, прийнято виокремлювати дві форми звичного невиношування вагітності: первинне невиношування, коли всі вагітності, які мала жінка, завершувалися мимовільними викиднями, та вторинне невиношування, при якому в анамнезі жінки поряд з викиднями є медичні аборти, пологи, позаматкові вагітності. Інша класифікація поділяє викидні на втрату ембріону (спорадичну) або на втрату плоду (при виявленому під час сонографії серцебитті чи гістологічно підтвердженій вагітності) (Жабченко А. І., 2018).

Звичне невиношування вагітності є поліетіологічною патологією, при цьому відсутня чітка класифікація етіологічних чинників, що зумовлено, перш за все, складністю дії патогенних факторів (Жабченко А. І., 2018; Досова С. Ю., 2018; Скворцова М. Ю., 2017). Так, серед основних причин, які призводять до мимовільного переривання вагітності, можна виокремити: генетичні фактори (різного роду хромосомні аномалії); ендокринні фактори; імунні та тромбофілічні порушення; інфекційно-запальні захворювання; уроджені та набуті патології матки. Додатковими факторами ризику мимовільного викидня також можуть виступати пізній репродуктивних вік (старше 35 років); дефіцит або надмірна маса тіла у жінки; несприятливі соціально-побутові умови; психоемоційна лабільність, переживання стресової ситуації. Окрім цього, встановлено, що низький соціально-економічний статус жінки, вживання психоактивних речовин, несприятливі умови праці значно збільшують ризик невиношування вагітності.

Варто зазначити, що проблема звичного невиношування вагітності має вагомий психосоціальний аспект, оскільки втрата бажаної вагітності, передчасні пологи, смерть дитини виступає суттєвим психотравмуючим чинником не тільки для жінки, але й для чоловіка, що може погіршити і навіть порушити, як подружні стосунки, так і життєдіяльність родини в цілому. Аналіз літературних даних та результатів власних досліджень свідчить про те, що у більшості жінок після втрати вагітності спостерігаються різного роду психопатологічні наслідки у вигляді розвитку тривожних, депресивних станів, посттравматичних стресових розладів (Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В., 2019; Гінзбург В. Г., 2005; Скворцова М. Ю., 2017; Трохимович О. В., Борісюк О. Ю., 2021).

Ситуація настання нової вагітності часто виступає потужним фізіологічним та психологічним навантаженням жінок зі звичним невиношуванням вагітності. Слід відмітити, що як до настання вагітності, так і впродовж усього гестаційного періоду у таких вагітних відмічається наявність високого рівню нервово-психічного напруження, різного роду страхів та переживань, пов'язаних із ситуацією майбутнього материнства. При цьому, характерними особливостями вагітних зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі є емоційна нестійкість, високий рівень дратівливості, особистісної та ситуативної тривожності, знижений настрій, неадекватна самооцінки. Варто відмітити, що такі властивості особистості жінки виступають підґрунтям для формування неадекватних механізмів подолання стресових ситуацій, що зумовлює прояв невротичних або психосоматичних форм реагування, що, безумовно, негативно відображається на перебігу наступної вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також на формуванні материнської поведінки.

У зв'язку з цим особливої актуальності набувають питання, пов'язані із організацією і наданням психологічної допомоги вагітним жінкам зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі. Нами було розроблено програму медико-психологічного супроводу жінок групи ризику щодо невиношування

вагітності, головними завданнями якої стало: стабілізація психоемоційного стану жінок, профілактика депресивних та тривожних розладів, підвищення рівня психологічної готовності до майбутнього материнства, підготовка до пологів та післяпологового періоду, формування адекватної материнської поведінки. Програма розрахована на 3 етапи, реалізація якої має здійснюватися ще з етапу планування народження дитини після останнього викидня. Так, на I етапі відбувається комплексна психодіагностика, з метою виявлення індивідуально-психологічних особливостей особистості жінки, її емоційної та ціннісно-мотиваційної сфер, ставлення до ситуації майбутньої вагітності та майбутньої дитини. На підставі отриманих результатів психодіагностичного обстеження визначається індивідуальна програма надання психотерапевтичної допомоги, що являє собою II етап роботи. Ефективним у роботі є застосування гіпноугестивних технік, прийомів раціональної психотерапії, різноманітних арт-терапевтичних методів. Під час супроводу таких жінок важливим є активне залучення до роботи їх партнерів, що сприятиме ефективній підготовки пари до майбутнього батьківства та дозволить оптимізувати їх взаємини. Слід відмітити, що у роботі з такими жінками надзвичайно важливим є надання кваліфікованої медичної та психологічної підтримки із своєчасним реагуванням на різного роду переживання з приводу перебігу вагітності, що, значно сприяє позитивному завершенню вагітності. На III етапі відбувається підготовка жінки до пологів та післяпологового періоду. Важливим завданням цього етапу є зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану, профілактика післяпологової депресії, формування гармонійних дитячо-батьківських стосунків.

Таким чином, узагальнюючи вищевикладене, стає зрозумілим, ситуація звичного невиношування вагітності виступає потужним психотравмуючим чинником, що негативно позначається на всіх рівнях функціонуванні жінки, особливо під час наступної вагітності. Разом з цим, перебування жінки в стані хроніостресу, підвищена тривожність та психоемоційна лабільність у сукупності з дією інших патогенетичних факторів може виступати реальною загрозою для виношування вагітності та народження здорової дитини. Рішення окресленої проблеми потребує комплексного підходу з урахуванням складної природи даної форми порушення репродуктивного здоров'я жінки. На нашу думку, організація і надання своєчасної медико-психологічної допомоги виступає одним із дієвих шляхів попередження можливих ускладнень перебігу наступної вагітності у жінок зі звичним невиношуванням вагітності, що, безумовно, сприятиме покращенню якості життя жінок репродуктивного віку, реалізації їх репродуктивного потенціалу.

ТРЕНІНГ ТА ЙОГО ЕФЕКТИВНІСТЬ У РОБОТІ ЗІ СТРАХАМИ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

О. О. Резніченко,

аспірантка кафедри психології,

Донецький національний університет імені Василя Стуса

Із розвитком суспільних відносин зростає кількість негативних чинників та факторів, які породжують у людей страхи і фобії. Як правило, найбільшому впливу піддається жіноча стать, що в силу своїх фізіологічних та психологічних характеристик, є більш емоційною, швидше переймає на себе результати пагубного впливу, занадто близько сприймає все до душі. Ситуація ускладнюється у тому випадку, коли вказане припадає на вікову кризу певного періоду. Іншими словами, мова йде про перехідний етап у житті кожної людини, що свідчить про звершення стадії психологічного та біологічного розвитку, який, за певних обставин, може стати потужним каталізатором емоційних розладів. Теоретично, в період таких криз мають відбуватися позитивні зміни у житті особистості, яка накопичує із минулого досвід, необхідний їй в майбутньому. Проте, часто можна стати свідком протилежної ситуації, коли страхи носять необґрунтований характер, тобто переходять у стан фобій та потребують усунення, в тому числі, шляхом звернення за кваліфікованою психологічною допомогою.

Дане питання вже було предметом наукових пошуків таких вчених як Карпенко Є., Федорчук В., Щербатих Ю. Але, як правило, вчені досліджували діагностичні аспекти або ж здійснювали огляд загальних корекційних практик. В свою чергу, метою нашої роботи є аналіз ефективності проведення тренінгової роботи для профілактики та/або боротьби із страхами жінок середнього віку.

Страх являє собою базову (фундаментальну) емоцію (емоційну реакцію), яка знаходить свій прояв у ситуації реальної зовнішньої загрози, усвідомлення суб'єктом небезпеки для власного життя, здоров'я, благополуччя та супроводжується мобілізацією енергії через психологічні, мімічні, фізіологічні, поведінкові модифікації людини (Фрейд З., 2007; Щербатих Ю., 2005). Страхи за гендерним показником вже були предметом цілої низки досліджень та експериментів. Так, Щербатих Ю. стверджує, що у ієрархічній шкалі актуальних страхів для жінок на першому місці перебуває страх хвороби близької людини і страх війни. Наступні позиції займає страх павуків, мишей, змій та інших живих організмів. За ними, як правило, слідує страх висоти, глибини, клаустрофобія тощо (Щербатих Ю., 2005). Слід наголосити, що для жінки найбільш вираженими є страхи у формі війни чи захворювання, які проявляються із двох причин. По-перше, мова йде про стереотип, сприйняття жінки як символу «берегині роду», для якої благополуччя родини є, в певній мірі, сенсом життя. По-друге, сучасна жінка

об'єктивно оцінює соціально-політичний стан країни, в якій вона живе, досягнення у сфері медицини, готовність до опору у разі нового збройного конфлікту, відсутність ядерної зброї, що значно підриває авторитет держави як обороноздатної країни. Що характерно, основна група страхів, притаманних жінкам середнього віку зовсім не властива або рідше знаходить свій прояв у дівчат юного віку. Разом з тим, страх певних тварин, замкнутого простору, висоти чи глибини супроводжує жінку в будь-якому віці, інколи і протягом всього життя. Виходячи із зазначеного, страхи у жінок середнього віку можна класифікувати наступним чином:

- пов'язані із родиною (проблеми із вихованням / навчанням дітей, страх розлучення, негаразди у комунікації із окремими членами сім'ї, побоювання реакції близький на неприйнятну для їх світогляду новину (рішення про усиновлення дитини або childfree, інша сексуальна орієнтація і т. ін.);
- пов'язані із особистим життям (як правило, мова йде про проблеми із партнером у спілкуванні, інтимному житті, негараздах у побуті, відсутності змоги проводити дозвілля разом);
- пов'язані із професійним та соціальним статусом (страх втратити місце реалізації трудового потенціалу, зміна на менш вигідну пропозицію щодо працевлаштування, зниження рівня оплати праці, погіршення взаємовідносин у колективі);
- пов'язані із зовнішністю та самооцінкою;
- пов'язані із майбутнім жінки (фобія старості, смерті, війни, хвороби близької людини або себе, бідності);
- ірраціональні страхи, що не мають обґрунтованих підстав, не піддаються самостійному вирішенню та можуть стати причиною формування у жінки стійких психічних розладів (Резніченко О.О., 2019).

Враховуючи той аспект, що більшість страхів у жінок середнього віку, які складно піддаються корегуванням, відносяться до категорії ірраціональних, на наш погляд, вважаємо за доцільне розглянути питання застосування тренінгових технологій, як ефективного методу боротьби. Так, під тренінгом прийнято розуміти одну із форм групової роботи, метод активного навчання (впливу), спрямований на профілактику/викорінення психологічних проблем, гармонізації професійного та особистісного буття людини. Не залежно від того, чи мова йде про психологічний, інструктивний чи бізнес-тренінг, в його основі перебуває інтеракція – взаємодія, комунікація заснована на розумінні тренера із учасниками. Залежно від обраних методів психотерапії, із позиції Ж. Годфруа, доцільно виділяти інтрапсихічну терапію (ґрунтується на спонуканні реципієнта до дії чи бездіяльності, впливу на думки та сприйняття подій) і поведінкову, що прагне до зміни або повноцінної ліквідації форм (манери) поведінки, які здійснюють на людину гнітючий вплив або є неадаптованими (Федорчук В., 2014).

Безперечно сам характер набутого жіркою страху є детермінантною, яка впливає на обрані тренінгові вправи. У випадку, коли учасники тренінгу не мають змоги самостійно дати відповідь на питання походження свого страху, рекомендується провести вправу «Зустріч із внутрішньою дитиною». Як правило, методика не займає більше 15-20 хвилин, так як вона досить тяжка із точки зору емоційного навантаження, але показала свою дієвість. Слід зазначити, що сам архетип внутрішньої дитини, як універсальний образ, присутній у психіці будь-якої людини. Правильний підхід до його дослідження дає змогу ідентифікувати дитячі травми, які здійснюють безпосередній вплив на нинішнє життя людини та відпрацювати їх. Бажано, щоб вправа проходила в максимально комфортних умовах: спокійна, релаксуюча музика, учасники сидять (лежать) на килимах або зручних кріслах. Фасилітатор заходу проголошує текст візуалізації, що допоможе учасникам пригадати себе у дитячому віці. Транслятором, у даному випадку, може бути дитяча фотографія (реальна чи уявна). Фактично, завдання тренера – створити зустріч «Я-дитини» і «Я-дорослого»; усвідомити, що набуто за ці роки і що втрачено; які із мрій так і не знайшли свого втілення у певному віці чи проміжку часу; що залишилося незмінним із дитинства тощо. Фідбек учасника – один із найважливіших етапів завдання, адже кожен ділиться власними хвилюваннями, висновками, переживаннями.

Доцільно відмітити, що така вправа широко застосовується як елемент індивідуальних консультацій. Проте, в рамках тренінгу як групової роботи із учасниками, котрі мають спільний страх, він надає змогу виробити колективний спосіб протидії страху; відчувати й резонувати емоції присутніх; не допустити домінування страху над жінками в майбутньому.

За сильним емоційним сплеском, спрямованим на пошук причини страху, обов'язково має слідувати етап його визнання та мобілізація сил для боротьби з ним. Це має пройти під гаслом «не так страшний ворог, як його малюють». Якщо мова йде про страх відносно конкретної хвороби, доцільно запропонувати переглянути навчальні ролики або запросити експерта, який розвінчає частину міфів, що побутують в думках учасників. Ті страхи й ризики, що об'єктивно підтверджуються – можна замінити новими знаннями, які пригнічуватимуть фобію за рахунок усвідомлення виходу із потенційно проблемної ситуації. До прикладу, на тренінг по боротьбі із страхом війни у жінок, модератор запросив експерта, який підтверджує, що в наслідок прямого контакту із міною, людина загине. Разом з тим, він роз'яснив учасникам тренінгу правила поведінки на мінному полі, розвінчав певний міф, описав тактику відступу від міни, навів статистичні дані щодо кількості загиблих та поранених від мін (що, як правило, не значна). Іншими словами, за рахунок того, що спеціаліст надав такий масив принципово нових знань, створюється ілюзія експертності у даному питанні і одночасно пригнічується відповідний страх. Закріпити набутий ефект можна у ігровій формі шляхом проведення вправ «Коло довіри», «Чарівні дзеркала» (зниження тривожності, формування позитивної Я-концепції); «Контраргументи».

Не зважаючи на очевидну ефективність тренінгу для боротьби із страхами жінок середнього віку, існує ризик повторного прояву страху за умови неповноцінного його відпрацювання. Варто звернути увагу на учасників-інтровертів, які в силу своєї некоммунікбельності і замкнутості, можуть не до кінця розкрити свої хвилювання, відобразити побоювання чи висловити власні думки. В такому випадку, варто вдатися до індивідуальних консультацій або більше уваги у ході комунікації приділяти саме таким учасникам.

Отже, із зазначеного можна зробити висновки, що тренінг може являти собою одну із найкращих групових форм роботи із страхами у жінок середнього віку. Усвідомлення особливостей формування та прояву страхів у жінок, сприятиме визначенню шляхів надання їм соціально-психологічної допомоги у подоланні стресів й задоволення потреб до самовираження. Перспективою подальших досліджень вбачаємо експериментальне вивчення ефективності проведення тренінгової роботи із жінками даної категорії.

ПРОДУКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ДИСКУРСИВНОГО КОНСТРУИРОВАНИЯ ОПЫТА КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

С. Ю. Рудницкая,

д. психол. н., профессор,

Институт психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины

Остро стоящей проблемой современных исследований психологического здоровья личности, обусловленной общественными запросами на определение путей его формирования, является выделение и анализ ресурсных факторов, способствующих продуктивному протеканию этого процесса, среди которых целесообразно выделить стратегию продуктивного конструирования опыта личности.

В русле психологической герменевтики, составляющей методологическую базу нашего исследования, конструирование личностного опыта рассматривается нами как дискурсивное. Дискурсивное конструирование личностью собственного опыта предполагает процесс его трансформации из личного опыта в личностный – освоенный, присвоенный, осмысленный, ассимилированный, проинтерпретированный, то есть выстроенный самой личностью. В процессе дискурсивного конструирования опыта человек как субъект оказывается всегда больше самого себя как объекта, вследствие чего он постоянно обречен реинтерпретировать свой опыт, полностью никогда не исчерпываясь его интерпретациями. Именно это перманентное напряжение, признание неполноты конструируемого опыта посредством диалога (мнений, которые дополняются сомнениями) и

запрашивает новые рефлексии опыта, осмысления собственных намерений относительно способов его текстовой объективации (высказывания, нарратива, произведения), провоцируя человека к саморазвитию.

Основным видом дискурсивного конструирования опыта является конструирование нарративное, результатом которого становится мультинарратив, расслоенный на отдельные пространственно-временные, событийные и эмоционально-смысловые составляющие.

Цель исследования: в контексте психолого-герменевтического подхода охарактеризовать продуктивную стратегию дискурсивного конструирования опыта как фактор психологического здоровья личности.

Изложение основного материала. Ведущим механизмом нарративного конструирования личностного опыта выступает интерпретация – механизм смыслового обогащения текстового сообщения, открытия в нем смысла, не заложенного в текст его автором. Интерпретация представляет собой когнитивный процесс наделения конкретным содержанием многомерных составляющих опыта личности, попытку соотнесения ее внутренней «карты мира» с внешней реальностью, стремление наделить значениями определенные понятия и явления; способ осуществления понимания, процесс обретения смысла различных жизнепроявлений (действий, поступков) личности, объективирование ее опыта в знаковой форме. Она может быть проартикулирована как процесс декодирования знака, выявление имплицитного смысла в эксплицитном содержании.

В случае продуктивности протекания интерпретационных процессов происходит ценностно-смысловая интеграция опыта личности: контекстуальная инаковость становится главным порождающим ресурсом формирования качественно нового личностного текста. Различные контекстные опыты, находясь между собой в конфронтационных отношениях, создают зону развития, в которой повторяющийся паттерн, оставаясь самим собой, трансформируется и становится другим. Здесь, с одной стороны, актуальный нарратив является продолжением предыдущего, а с другой, – в процессе интерпретации и реинтерпретации, осмысления и переосмысления опыта он становится его отрицанием.

Особенности когнитивных и метакогнитивных процессов личности как факторов протекания ее интерпретационных процессов обуславливают различные конфигурации соотношений внутреннего и внешнего контекстов. Под внешним контекстом мы будем понимать систему внешних факторов окружающей действительности прямого и косвенного воздействия, множественных условий как эксплицитного, так и имплицитного влияния на индивида, социокультурных, природных, человеческих факторов, различных ситуаций повседневности и их отдельных элементов. Внутренний контекст мы предлагаем артикулировать как смысловую рамку, которую человек применяет для интерпретации опыта: явлений, фактов, событий, происходящих или могущих произойти с ним и/или другими. С одной стороны, внутренний контекст неизбежно является ограничителем опыта:

человек видит мир через его призму, через определенное оптику тех или иных смыслов. С другой стороны, наличие внутреннего контекста является ключевым условием того, чтобы диалог человека с миром в принципе стал возможным.

С нашей точки зрения, именно конфигурации соотношений этих контекстов определяют основные уровни сформированности интерпретационных процессов личности: предсмысловой, смысловой и метасмысловой. В свою очередь, сформированность интерпретационных процессов на двух последних уровнях детерминируют развивающие стратегии личности.

Так, стратегия конструирования опыта на смысловом уровне может быть определена как смыслопоглощающая. В качестве основных механизмов нарративного конструирования опыта здесь можно выделить интерпретацию с применением заимствованных социокультурных схем, что, в свою очередь, обусловлено несогласованностью внешнего и внутреннего контекстов, «мерцанием» контекстов. К основным типам таких рассогласованностей можно отнести:

1. Дезинтеграцию внешних контекстов, при которой в ситуации противоречивости содержаний внешних контекстов для человека может быть крайне затруднительно осуществление качественной ассимиляции этого опыта: его «фильтрацию», «впитывание», осмысление и вплетение в уже существующую систему личностных и жизненных смыслов и представлений.

2. Инфантилизм внутреннего контекста как субъективного фрейма взаимодействия с реальностью, внутри которого воспроизводятся личностная значимость и смысл событий и явлений в жизни человека, образующиеся в результате соотношения определенного ценностно-смыслового содержания с Другими, что, в свою очередь, приводит к блокированию системной рефлексии (Д. А. Леонтьев), децентрации (М. Л. Смульсон) и, как следствие, торможению процессов интерпретации опыта и смыслопорождения в принципе.

3. Поляризация внешнего и внутреннего контекстов. Здесь граница контакта внешнего и внутреннего контекстов отличается выраженной пунктирностью. Одним из примеров такой разобщенности контекстов является конфликт «внутреннего» и «внешнего» человека, при котором внешнее, «ролевое» существование человека принципиально не совпадает с его внутренней реальностью. В социокультурном пространстве «ролевая» реализация личности сопряжена с доктриной социального детерминизма и может в постмодернистской терминологии быть описана как «инстинкт театральности», способствующий сглаживанию самобытности индивида. Здесь метафора «внешнего человека» в определенной степени отражает мнимость человеческого бытия в принципе.

Таким образом, на смысловом уровне личность, безусловно, обладает готовностью вступать в диалогические отношения с Другим, однако этот диалог еще характеризуется прерывистостью своего звучания, его контуры

рванные, дискретные, пунктирные, деформированные (растянутые) в результате периодического застревания субъекта как на «внешних», так и на «внутренних» контекстах своего жизненного опыта. Именно через эти разрывы и прорывается «напористое дыхание» монологичности, парализующее выстраивание личностью собственной смысловой системы.

В свою очередь, ведущим механизмом нарративного конструирования опыта на метасмысловом уровне является создание собственных интерпретационных схем, осуществляемое личностью в процессе диалога с Другим (по М. М. Бахтину). Соответственно, стратегию конструирования опыта на этом уровне можно определить как смыслопорождающую.

Обобщая вышесказанное, можно заключить, что процесс формирования смысловой системы личности представляет собой сложный нелинейный динамический синтез новой целостности, ответственной за общую направленность ее жизни, психологическое здоровье и благополучие. В контексте психолого-герменевтического подхода как факторы психологического здоровья личности нами выделены две развивающие стратегии дискурсивного конструирования опыта: смыслопоглощающая и смыслопорождающая, в свою очередь, детерминированные степенью сформированности у личности продуктивных интерпретационных процессов, порождающих возможности перманентного протекания объемного диалога с Другим.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА СИСТЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИХ ЦЕНТРІВ

О. Д. Сафін,

*д. психол. н., професор,
Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини*

Збереження психічного здоров'я фахівців інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) потребує створення певної системи, яка об'єднувала б взаємозалежні структурні і функціональні компоненти (частини), погоджувала б дії відповідних суб'єктів та об'єктів збереження психічного здоров'я, а також зберігала б константність структури у різних умовах. Під соціально-психологічною системою збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ ми розуміємо порядок узгоджених дій керівника, які спрямовано на збереження психічного здоров'я кожного члена професійного колективу.

Розробка соціально-психологічної системи збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ потребує чіткого визначення порядку дій посадових осіб, які є суб'єктами збереження психічного здоров'я, планомірного

узгодження цих дій за часом, місцем та змістом заходів. Крім цього, посадові особи повинні мати чітке уявлення про конкретні заходи, які вони мають реалізовувати для збереження психічного здоров'я членів колективу. Отже, структура такої системи має відображати взаємопов'язану сукупність варіативних елементів: об'єкти збереження психічного здоров'я; цілі системи (загальні і часткові); зміст процесу збереження психічного здоров'я особистості; суб'єкти збереження психічного здоров'я; організаційні форми діяльності суб'єктів збереження психічного здоров'я.

Системоутворюючим чинником запропонованої системи є особистість фахівця, що зумовлено проголошенням принципово нової мети організації повсякденного життя і професійної діяльності фахівців ІРЦ – створення комфорту, шанування особистості на усіх рівнях, визнання пріоритету особистості перед колективом, індивідуальної цінності кожної людини.

В процесі побудови системи ми опиралися на системний підхід, із позиції якого усі активні суб'єкти збереження психічного здоров'я колективу повинні не лише проводити заходи для його збереження, а й стимулювати до цього самих фахівців ІРЦ. Кожен фахівець розглядається як особистість з неповторними індивідуально-психологічними рисами. Йдеться про його переживання, тривожність, страхи та ін., що може негативно відобразитися на його психічному здоров'ї. На перший план висуваються цілісні характеристики, які відображають душевне благополуччя особистості та їхня залежність від різноманітних соціально-психологічних чинників професійного середовища. Сама система розрахована не на певну категорію фахівців, а орієнтується на кожну особистість, яка здійснює діяльність в особливих умовах, що характерні для цього виду професійної діяльності. Крім цього, система спрямована на те, щоб гуманізувати заходи, що вживаються посадовими особами для організації повсякденного життя і діяльності колективу. Цим самим утверджується право кожного на радість, волю та щастя, а загалом на душевне благополуччя.

Соціально-психологічна система збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ розроблялася як сукупність структурних (цільового, змістового, технологічного, діагностичного, оцінно-результативного) і функціональних (організаційного, комунікативного, пізнавального) компонентів. В процесі розробки цільового компонента ми виходили з розуміння мети як ідеального, свідомо планованого результату процесу збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ стосовно дій та умов, що його породжують. Стратегія формування потреби у самозбереженні особистості фахівця полягає у створенні умов для саморозвитку, самореалізації і самовиховання. Кінцевою метою цього процесу має бути психічно здоровий фахівець. Мета визначає і засоби комунікативного впливу суб'єктів на об'єкти збереження психічного здоров'я, за допомогою яких вона досягається. Кожній меті повинні відповідати конкретні засоби управління процесом збереження психічного здоров'я фахівця, емоційними станами колективу, засоби об'єктивного контролю за станом психічного здоров'я особистості.

Змістовий компонент системи збереження психічного здоров'я складають професійні знання, вміння і навички, а також професійні властивості керівників, які визначають спрямованість їхньої діяльності на збереження психічного здоров'я фахівців. Професійні знання, у свою чергу, містять психологічні, методичні та методологічні знання. Останні містять знання етапів і методів збереження психічного здоров'я особистості, способів добування інформації з наукової літератури, знання технологій проведення спостережень за фахівцями, володіння процедурою діагностики рівня їх психічного здоров'я. Особливої уваги потребує наступний структурний компонент системи – технологічний.

Найважливішим завданням збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ є створення сприятливих умов для повсякденного життя і діяльності колективу, незалежно від специфіки виконання завдань. У цьому сенсі посадові повноваження та соціальний статус керівника центру дозволяють йому бути як суб'єктом, так і об'єктом збереження психічного здоров'я. Наприклад, створюючи сприятливі психологічні умови роботи для фахівців, керівники виступають в ролі суб'єктів збереження психічного здоров'я. При цьому вони повинні організувати психогігієну професійної діяльності цих фахівців.

При розробці системи було враховано те, що готовність керівника до збереження психічного здоров'я підлеглих, як і будь-який інший різновид готовності, визначається наявністю у нього певних специфічних знань, вмінь, навичок, мотивів і здібностей. Психологічними передумовами виникнення такої готовності має бути розуміння керівником суті психічного здоров'я особистості та шляхів його збереження, усвідомлення своєї відповідальності за це, бажання займатися такою роботою, визначення послідовності та способів дій щодо збереження психічного здоров'я підлеглих. Тому для формування мотиваційного, когнітивного, операційного та особистісного компонентів психологічної готовності керівників до збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ передбачено використання різних форм їхнього навчання, у т. ч. і програми підвищення психологічної готовності керівників різних рівнів до збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ. Програмою передбачається у логічній послідовності проводити з керівниками вісім занять, а саме: три лекційних, три практичних, одне самостійне та одне семінарське заняття. Для активізації діяльності фахівців ІРЦ щодо збереженню свого психічного здоров'я у розробленій системі передбачено проведення широкої просвітницької роботи серед фахівців ІРЦ.

Щодо навчання фахівців методам психічної саморегуляції, то нами враховувалось те, що існує значна кількість різновидів психічної саморегуляції і методичних рекомендацій щодо її застосування, які успішно застосовуються у різних професійних групах. При розробці системи збереження психічного здоров'я фахівців основну увагу ми приділяли формуванню у фахівців ІРЦ різних категорій позитивного мислення (подолання негативних емоцій) та позитивної Я-концепції (позитивного

ставлення до себе, самоповаги, прийняття себе, відчуття власної цінності, віри в успіх та оптимізм).

Отже, у нашій системі серед суб'єктів збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ особлива роль належить керівнику, який через свої службові повноваження та психологічну компетентність, здатний свідомо та цілеспрямовано реалізовувати заходи щодо збереження психічного здоров'я підлеглих. Також велика роль належить організаторським здібностям керівника, його бажанню та спроможності займатися самозбереженням власного психічного здоров'я та навчати цьому своїх підлеглих. Важливо, щоб кожен фахівець вмів і хотів створювати оптимальні умови для самозбереження як власного психічного здоров'я, так людей, які його оточують.

Таким чином, соціально-психологічну систему збереження психічного здоров'я фахівців ІРЦ можна розглядати як цілісну сукупність послідовних дій суб'єктів впливу на душевне благополуччя фахівців, спрямованих на збереження його психічного здоров'я, у якому керівники забезпечують конструктивні (продуктивні) суб'єкт-суб'єктні відносини з фахівцями й оптимальність їхнього повсякденного життя та професійної діяльності.

САМООРГАНІЗАЦІЯ ЯК ЧИННИК САМОРЕАЛІЗАЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗВО

Л. З. Сердюк,

д. психол. н., професор,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Постановка проблеми. Сучасні дослідження самореалізації особистості базуються на постнекласичних схемах досліджень, які виконуються на засадах детермінації зовнішніх чи внутрішніх впливів. Методологічним підґрунтям сучасних досліджень стали уявлення про людину як складну самоорганізовану систему, яка є активним суб'єктом власного життя. Самоорганізація проявляється в здатності управляти власним часом – «структуризація особистого часу, тактичне планування і стратегічне цілепокладання» (Feather, Bond, & Zaleski, 1994; Ryan, & Deci, 2017); структуризація часу пов'язана із загальним рівнем задоволеності життям, рівнем психологічного благополуччя, результативністю життя тощо. Отже, самоорганізація є свідомим процесом самовдосконалення особистості і спрямована на розв'язання особистісно значимих завдань.

Поняття «самоорганізації» можна розглядати як вміння організувати себе на досягнення власних цілей, оскільки самоорганізація особистості завжди знаходиться в тісному зв'язку з її мотивацією і самомотивацією, що визначає спрямованість до мети, засновану на внутрішніх переконаннях.

Найважливішими психологічними характеристиками людини, яка прагне до самореалізації, звісно, є ступінь активності її власних зусиль, спрямованих на подолання життєвих труднощів, почуття особистої відповідальності за все, що з нею відбувається. Мотивація самореалізації особистості ґрунтується на опредмечуванні її сутнісних сил і потреб та прагненні до саморозвитку свого потенціалу. А, отже, самореалізація є не що інше, як перехід можливості у дійсність. Тому є модусом буття особистості, в якому *розвиток особистості* є способом взаємної актуалізації внутрішнього потенціалу особистості і об'єднання знань, цінностей і механізмів самодетермінації, що призводить до їх гармонізації (Сердюк, 2018; Serdiuk, Danyliuk, & Chaika, 2018).

У емпіричному дослідженні взяли участь 120 студентів закладів вищої освіти м. Києва. Використовувались такі діагностичні методики: тест смисложиттєвих орієнтацій Д. Крамбо та Л. Махоліка (в адаптації Д. О. Леонтьєва); тест життєстійкості С. Мадді (адаптований Д. О. Леонтьєвим, О.І. Рассказовою); тест самодетермінації Є.М. Осіна; тест-опитувальник самоставлення особистості В. В. Століна, С. Р. Пантілеєва; самоактуалізаційний тест (САТ) Е. Шострома (адаптація Ю. Є. Альошиної, Л. Я. Гозмана, М. В. Загіки і М. В. Кроза), опитувальник самоорганізації діяльності (ОСД) О. Ю. Мандрикової. Обробка отриманих даних здійснювалася в SPSS Statistics 21.0.

Вибірку досліджуваних склали студенти ЗВО, оскільки їх навчально-професійною мотивація засновується на осмисленому бажанні оволодівати обраною професією, це дозволить визначити психологічну природу та чинники їх мотивації самореалізації як феномена самодетермінації.

Цінність самореалізації ми визначили як параметр для аналізу, оскільки він виявився інтегральним показником мотивації самореалізації за результатами кореляційного аналізу (табл.1).

Таблиця 1

Кореляційні зв'язки складових самореалізації

	Цілі	Процес	Результат	Локус-життя	Самовираження	Самоповага	Самоприйняття	Залученість	Прийняття ризику	Життєстійкість	Підтримка	Спонтанність	Синергія
Цінність самореалізації	,62**	,63**	,61**	,55**	,46**	,59**	,58**	,66**	,54**	,68**	,65**	,61**	,58**

На основі результатів регресійного аналізу, представлених в таблиці 2, можемо визначити параметри, що мають найбільший вплив на показник цінність самореалізації. Із даних таблиці 2 видно, що спрогнозувати показник цінність самореалізації досліджуваних можна за допомогою п'яти моделей.

Оскільки за п'ятою моделлю пояснюється 85,4 % дисперсій, на основі неї визначимо, що на значення показника цінності самореалізації найбільший вплив мають цілі, синергія (пов'язаність минулого, теперішнього та майбутнього), самоповага, прийняття ризику, локус-життя.

Таблиця 2

Регресійні моделі^f

Модель	R	R ²	Скоректований R ²	Стд. похибка оцінки
1	,612 ^a	,374	,361	2,231
2	,718 ^b	,515	,495	1,984
3	,807 ^c	,651	,629	1,701
4	,834 ^d	,696	,669	1,606
5	,854 ^e	,729	,699	1,533

e. Предиктори для п'ятої моделі: (конст) цілі, синергія, самоповага, прийняття ризику, локус-життя

f. Залежна змінна: Цінність самореалізації

Взаємозв'язки складових самоорганізації студентів з їхніми якостями, що виражають особливості їх мотивації самореалізації, представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Коефіцієнти кореляції Пірсона складових самоорганізації та особистісні показники мотивації самореалізації

	Цілі	Процес життя	Результат життя	Локус контролю Я	Локус контролю	Автономія	Самовираженн я	Психологічне благополуччя
Планомірність	0,21	0,45**	0,33	0,28	0,50**	0,38**	0,46**	0,59**
Цілеспрямованість	0,54**	0,69**	,59**	,486**	,55**	0,46**	0,48**	0,53**
Наполегливість	0,17	,58**	0,17	0,21	0,37	0,54**	0,39**	0,67**
Фіксація	0,11	0,26	0,18	0,23	0,48*	0,15	0,12	0,19
Самоорганізація	0,25	0,25	0,12	-0,15	0,25	0,12	0,09	0,44**
Орієнтація на теперішнє	0,19	0,57**	0,27	0,31	0,57**	0,13	0,11	0,23

** . Кореляція значима на рівні 0,01; * . кореляція значима на рівні 0,05.

Отримані дані свідчать про прямий позитивний зв'язок показників самоорганізації з смисложиттєвими орієнтаціями студентів, з автономією та самовираженням, що є показниками самодетермінації особистості. Особливо слід відмітити взаємозв'язок з показником психологічного благополуччя студентів, яке виражає міру задоволеності собою і є результуючим показником самореалізації.

Отже, чим більше виражені показники самоорганізації особистості, тим більше наші досліджувані отримують задоволення від власної діяльності і є суб'єктом свого життєвого шляху.

Висновки. Чинниками, що характеризують особистісні ресурси самоорганізації особистості, є такі особистісні параметри як визначеність цілей, та осмисленість життя; прагнення свободи і незалежності; прагнення до саморозвитку та самореалізації, високий рівень самоорганізації при плануванні та бюджетуванні часу; здатність контролювати події життя, наполегливість, планованість, цілеспрямованість; упевненість в собі і власних силах; почуття компетентності в часі та управлінні повсякденними справами. Тобто, поняття «самоорганізація» як і «саморозвиток», «самореалізація», що містять корінь «само», означають, що найважливіші речі в своєму житті треба робити самому, докладати зусиль і долаючи перешкоди. Тому самоорганізація є, не що інше як свідомий процес самовдосконалення особистості, спрямований на вирішення особистісно значущих завдань.

КОНСТРУЮВАННЯ ОСОБИСТІСНОГО ДОСВІДУ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ

М. Л. Смутьсон,
*дійсний член НАПН України,
д. психол. наук, професор,
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Процес конструювання досвіду у похилому віці може сприяти збереженню фізичного і психічного здоров'я старих людей, підтримці їх позитивного життєвого настрою, протистоянню негативному впливу неадаптивної моделі старості. Принциповим є місце і роль у цьому процесі інтелектуальних метакогніцій, серед яких провідні – це інтелектуальна ініціація (самостійна постановка задачі), децентрація, рефлексія і стратегічність (Смутьсон М. Л., 2006, 2009, 2015). У дорослому і похилому віці інтелект відіграє вирішальну роль у пошуку нових шляхів ефективної діяльності, у відновленні потенціалу саморозвитку. При цьому мається на увазі не тільки й не стільки наявний рівень інтелекту, скільки його динамічність, розвиток когніцій і особливо метакогніцій під нові нестандартні задачі. Однак саме проблема динамічності, плинності інтелекту, розвитку метакогніцій є найбільш болючою у похилому віці, оскільки, як відомо, інтелект в старості набуває кристалізованого характеру.

Ми проведемо відповідний аналіз на прикладі класичного експерименту відомої американської дослідниці Елен Лангер (Лангер Е., 2017). Орієнтуючись на власну концепцію місця усвідомленості (mindfulness)

у мисленні, вона спробувала довести, що люди є молодими настільки, наскільки вважають, або, інакше, усвідомлюють себе молодими. Її експеримент був проведений у 1979 році. Було відібрано 8 чоловіків (середній вік – 75 років), які мали тиждень жити у науковому центрі в Нью-Хемпширі. Була тільки одна умова – не брати з собою книги, журнали або фото, які з'явилися менш ніж 20 років тому. Коли досліджувані ввійшли у будинок, у них з'явилося враження, що вони перенеслися у минуле. Конкретно – у 1959 рік. Чорно-білий телевізор, старі пластівки і програвач, книжки та календар, усе повертало їх в стару реальність. І учасників експерименту попросили вдягатися і вести себе так, нібито на дворі дійсно 1959 рік, а їм, відповідно, як писала авторка потім, «завзяті 55 років». І без зв'язку з зовнішнім світом чоловіки почали розмовляти, жити і навіть думати так, нібито знаходяться у 1959 році. І персонал поводив себе з ними відповідно – жодних пропозицій допомоги, нагадувань прийняти ліки тощо.

Тиждень експерименту дав вражаючі результати. У більшості досліджуваних покращилася постава, гнучкість, м'язова сила, зір (на 10%) і пам'ять, тобто саме ті параметри, які завжди принципово погіршуються з віком. Крім того, у 63% учасників підвищилися результати тесту IQ. І навіть зовні учасники експерименту виглядали молодшими (так вважали випадкові люди, яким показували їх фото перед та після експерименту).

Висновок, який зробила тоді Елен Лангер, простий, хоча й парадоксальний: якщо до 115 років вважати, що тобі 45 – у тебе є всі шанси прожити довге, здорове й активне життя.

Інакше кажучи, якщо в старості усвідомлено продовжувати конструювати досвід відповідно до більш молодих років, фіксувати його у відповідній ментальній моделі, – це сприятиме збереженню здоров'я і молодості на більш довгий період.

Однак існують й інші дослідження, відповідно до яких так званий статус «молодий старий», тобто ігнорування власних вікових змін у фізіології, здоров'ї, психічних процесах несе велику небезпеку для людини, оскільки вона перебільшує власні можливості, не зважає на їх обмеження, бере на себе більші життєві і професійні навантаження, ніж може витримати фізично і психологічно.

Чи дійсно усвідомлення (за Елен Лангер) може переважити об'єктивно обмежені можливості старої людини? Проаналізуємо описаний вище експеримент з точки зору нашого підходу до інтелекту та інтелектуальних метакогніцій.

Так, на нашу думку, діючі чинники успіху цього експерименту не зводяться тільки до усвідомлення, як це вважає Елен Лангер. Немолоді люди дійсно потрапляли до предметного, організаційного та людського оточення, яке відповідало їх більш молодому віку. Можна сказати, що був змінений зовнішній контекст конструювання досвіду за Н. В. Чепелевою та С. Ю. Рудницькою (Чепелева Н. В., 2021; Рудницкая С. Ю., 2021). Однак зовнішнього контексту, безумовно, замало, він є тільки середовищем, у якому

виникає, створюється проблемна ситуація. Перед учасниками експерименту стояла проблема конструювання значно більш важливого чинника – внутрішнього контексту перетворень ментальної моделі світу. Отже, був запущений процес інтелектуальної ініціації, який мав пройти всі необхідні етапи. І постановка і розв'язування зазначеної задачі відбулися успішно саме завдяки скоординованій дії всіх інтелектуальних метакогніцій, і, в першу чергу, інтелектуальної ініціації.

Проблема інтелектуальної ініціації у конструюванні особистісного досвіду, тобто постановки і розв'язування відповідних задач, зокрема, людьми похилого віку, докладно розглянута нами раніше (Смұльсон М. Л., 2020). З'ясовано, що конструювання досвіду є одним із аспектів діяльності саморозвитку, і цей процес логічно розглядати в контексті задачного підходу до діяльності та взагалі до життя як сукупності діяльнісних процесів різного змісту і форми.

Нами описано стадії, через які проходить інтелектуальний процес від відчуття проблеми (у нашому випадку, проблеми, запропонованої зовні) до її постановки і розв'язування. Усвідомлення за Елен Лангер відіграє у цих процесах безумовно важливу роль. Проблема усвідомлюється в найзагальнішому вигляді, коли суб'єкту ще не зрозуміло, чи є в нього засоби для її розв'язування. І тільки на наступному етапі відбувається самостійна постановка задачі на ґрунті усвідомленої проблеми і розпочинається власне процес розв'язування. Значимість даного етапу важко переоцінити, адже він визначає перехід до активної інтелектуальної діяльності суб'єкта, і саме тому він названий нами інтелектуальна ініціація. Провідними характеристиками інтелектуальної ініціації є суб'єктність і самостійність, тобто відчуття необхідності взятися за складну життєву або професійну проблему, шукаючи ресурси для її вирішення і аналізуючи не тільки результат, але й сам процес досягнення цього результату.

Якщо засоби розв'язування відсутні, починається їх пошук, він іде паралельно з подальшою постановкою. Далі вибудовується задача як система (Балл Г. О., 2019), коли суб'єкт уже розуміє і може описати не тільки вихідний стан системи, але й потрібний, бажаний, стратегія розв'язування як тенденція намічена. Для переходу безпосередньо до процесу розв'язування є необхідним ще один крок, який ми називаємо побудовою задачної структури, коли відбувається знакова інтерпретація задачі у певній знаковій системі, стратегія як система засобів майже визначена, тобто відбувся вибір або відбір засобів. І саме ця, зовсім не початкова стадія, відповідає, на нашу думку, повному усвідомленню задачі та процесу її розв'язування, що насправді ширше, ніж просто усвідомлення, ми б сказали, що йдеться про рефлексивну обробку проблемної ситуації.

У нашому випадку працює такий рефлексивний процес як змінювання рефлексивної позиції, рефлексивний вихід. Фахівці розглядають його як динамічний компонент рефлексії, її розвивальну складову. Так, В. М. Розін вважає, по-перше, що рефлексія передбачає вихід з мислення, яке вже

склалося, з предмету, реальності тощо і можливість нібито з іншої площини уявити (описати, схематизувати) матеріал того, що було у тому місці, звідки вийшла людина, що рефлексує. По-друге, рефлексія – це налаштування на розвиток, зміну, продуктивне мислення тощо, які протистоять налаштуванню на відтворення способів діяльності, які вже склалися (В. М. Розин, 2007).

При змінюванні рефлексивної позиції виникає інший, децентрований погляд на власну старість, власний життєвий стан. Як бачимо, до уже вказаних інтелектуальних метакогніцій – інтелектуальної ініціації і рефлексії у формі змінювання рефлексивної позиції – підключається також і децентрація. Зазначимо, що тут ідеться про специфічний децентрований аналіз підґрунтя власного вибору, коли два погляди на один предмет (у даному випадку – власну старість) розглядає одна людина, і, відповідно, обирає пріоритетний. В експерименті Елен Лангер стара людина обирає варіант, запропонований зовні, ситуативно, однак ситуація, як ми вже зазначали вище, не могла вплинути так сильно без створення внутрішнього контексту конструювання досвіду, тобто прийняття і постановки задачі.

Нарешті, адекватні вибори на всіх етапах постановки і розв'язування задачі забезпечує стратегічність інтелекту.

Наш аналіз експерименту, проведеного Елен Лангер, переконливо показує скоординовану дію усіх аналізованих метакогніцій в конструюванні досвіду старою людиною, що й забезпечило, на нашу думку, ефективність указанного процесу.

Відповідно, з'являється можливість відповісти на поставлене вище запитання: чому ж у такому випадку є неефективним життєвий статус «молодий старий», адже він на перший погляд відповідає концепції експерименту Елен Лангер? На нашу думку, у спонтанному, неусвідомленому і невідрефлексованому виборі такого статусу не відбувається конструювання нового особистісного досвіду, немає інтелектуального супроводження вибору, не активовані і не задіяні системно необхідні метакогніції.

ДЕФІНІЦІЯ ПСИХІКИ «НА ФОНІ» ПАТОЛОГІЧНОГО FEEDBACK-ЗВ'ЯЗКУ МІЖ НАЯВНИМ ТА БАЖАНИМ У МЕХАНІЗМІ ДЕПРЕСІЇ

О. В. Соловйов,

д. психол. н., професор,

*Кременчуцький національний університет
імені М. Остроградського*

Депресія є, перш за все, психічно функціонуючим негараздом, який, однаке, «псує» (аж до суїцидів) буття майже кожної людини. Тож тут я намагатимусь спиратись на факт *депресії* як переважно психічного негаразду буття людини, що не проявляє себе критично у патологічних, біологічно чи

фізіологічно значимих, станах організму. Намагатимось показати, що якщо йдеться про *депресію*, то ми маємо вважати, що її причини та механізми виходу з депресивних станів є первинно психічними, що мають породжуватись у сфері самого індивідуального, психічно здійснюваного буття. Тож ліки мають бути лише засобом створення фізіологічних умов для виходу з депресії.

Але аби описати сутність участі психічних явищ та процесів у функціонуванні депресивних станів та протистояння ним, ми маємо спочатку визначитись з поняттями *психіка* та *психічне*. Адже нас не задовольняє всім відома дефініція, що стверджує: «психіка – це *суб'єктивне відображення* об'єктивного світу». Не задовольняє, навіть якщо в цій дефініції останнім часом слушно вказується, що вона, *психіка*, є «суб'єктивним відображенням», що забезпечує регуляцію об'єктивно (фізично) здійснюваної поведінки людини. Але у даному невеличкому тексті немає місця розгорнутому поясненню причинних можливостей психічних феноменів в їх функціональних відносинах з *фізичним* у власному організмі – а тож, і з фізіологічним як таким фізичним, що еволюційно, через генетичні механізми, набуло можливості функціонувати *біологічно та/або соціально доцільно* (див. Soloviov, 2019; Соловйов, 2020). Це і змушує мене скористатись лише дефініцією *психічного*, яке, будучи причетним до процесу інтеграції індивідуального досвіду людини у її мозку, фундується на цьому поясненні причинної дії психічних явищ на об'єктивний, оточуючий її, світ через свій власний моторний акт (Soloviov O, 2015; Соловйов O, 2020).

Тож, *психікою* (*психічним*) ми будемо називати відносно причинно незалежний від «тут і зараз» оточуючих живу істоту чинників процес переробки інформації, що забезпечується активністю нейронних мереж мозку, і у рамках якого діє, як оператор переробки інформації, фіксованої в мозку, фактор *суб'єктивної оцінки*, що спрямовує інформаційні процеси у мозку відбуватись саме *біологічно та/або соціально доцільно*.

Тут, враховуючи нашу зацікавленість у психічній природі *депресій*, необхідно взяти до уваги декілька суттєвих факторів. По-перше, те, що саме фактор *суб'єктивної цінності*, який реалізується активністю лімбічної області мозку, «змушує» увесь мозок, усі його нейронні мережі, діяти під час переробки інформації не просто фізіологічно, а саме біологічно та/або соціально доцільно. І насправді, у спектрі людських *суб'єктивних оцінок* може бути все що завгодно, але вони є, виключно, або біологічно або соціально доцільним – що і демонструється усім відомою пірамідою Маслоу. Тобто, *суб'єктивна оцінка* діє в мозку як оператор переробки інформації: ми уявляємо собі тільки те, що нам потрібно уявляти з точки зору наших цінностей, ми думаємо переважно, аби розуміти яким чином ми маємо досягти свої соціальні цілі та реалізувати свої біологічно ангажовані бажання. І навіть якщо ми думаємо про щось неприємне, ми прагнемо його позбутись заради власного буття, наповненого в майбутньому усім що суб'єктивно може бути оціненим як гаразди. По-друге, така дефініція передбачає, що *свобода вибору*, яка

здійснюється тільки через посередництво *суб'єктивної оцінки того, що має бути вибраним на континуумі інформації, фіксованої в «моєму власному» мозку*, є необхідним аспектом переробки інформації у мозку живих істот з відповідно розвиненим мозком (Соловьев, 2020). Але тут в першу чергу йдеться про людину, адже *депресія*, що є суто людським негараздом, крім усього іншого, є проявом і наслідком звуженого спектру інформації, доступної для реалізації іншої поведінки, аніж депресивна. Хоча цей спектр продовжує зберігатися у мозку і в умовах інших психічних станів, не ангажованих цінностями, які не призводять до депресії, може бути легко задіяним у регулюванні поведінки. Тож, така дефініція дозволяє трактувати психічно активний мозок як інформаційний орган, який має формувати «розумні» (наскільки вони бувають такими), тобто базовані на бажаннях, потягах, сенсах (а це все є проявами *суб'єктивних цінностей*) та досвіді суб'єкта, моторні акти в умовах невизначеності та дефіциту інформації. Іншими словами, в умовах середовища, в якому людина знаходиться майже постійно під тиском *новизни*, на яку вона має відповідати по новому осмисленими моторними актами, у тому числі і *мовною поведінкою*.

По-третє, ще одним важливим додатком до цієї дефініції у контексті «депресивної проблематики» має бути твердження про те, що у сфері *психічного* (в силу його відносної каузальної незалежності від «тут і зараз» оточення) може відбуватись і постійно відбувається інформаційний процес *моделювання майбутніх відносин людини з оточуючим її, перш за все соціальним, середовищем* на основі накопиченого досвіду. Моделювання, що має втілюватись у моторні акти. І дійсно, наші людські рухи є базованими на наших бажаннях (*суб'єктивних цінностях*), нашому інтегрованому досвіді, тобто інформації, фіксованій у нашому мозку і інтегрованій через посередництво наших суб'єктивних оцінок. Така здатність психічного регулювати моторні дії людини, що фізично відбуваються, аби змінювати оточуючий світ «на краще», добре демонструється наступною закономірністю. Ми знаємо, що м'язи нашого тіла регулюються потоком біоелектрики, що формується у моторній корі мозку. У цьому випадку ми маємо наполягати на тому, що наше уявлення про *бажане майбутнє*, яке можна досягати виключно через фізичну дію наших моторних актів, якимсь чином має структурувати фізичний потік біоелектрики у нашій м'язи, аби вони системно змінювали оточуючий світ «на краще». Тобто в нашому організмі *психічне* може і навіть повинно регулювати *фізичне*. Але чи таке твердження вірне по відношенню до гомеостатичних механізмів, що забезпечують безпосередній життєвий процес людини? Ні, ми не можемо безпосередньо регулювати наші гомеостатичні стани, адже вони запрограмовані генетично і у нормі не потребують регуляції.

І от тепер ми вже готові говорити про саму *депресію* в контексті вищеписаної дефініції *психічного* (*психіки*), як людського буттєвого (і не завжди патологічного, якщо не набуває хронічної форми) негаразду, спосіб існування якого є, передусім, *психічним*. Чому передусім *психічним*? А тому, що *психічне*, виходячи з цієї дефініції, на відміну від усього *біологічного* та

фізіологічного самих по собі (тобто того, що у організмі може бути описаним об'єктивно, а не через інтроспекцію), є тим, в сфері чого тільки і може розгортатись саме соціальна проблематика людського існування. Загострюючи, можна сказати: тільки *психічним засобом* людина може «зіштовхнутись» з своїм внутрішнім конфліктом, який проявляє себе передусім як конфлікт «моїх» *суб'єктивних цінностей* (частіше як конфлікт біологічного та соціального «в мені»). По суті, тим внутрішнім конфліктом, без якого соціальна людина взагалі неможлива. Адже внутрішній конфлікт людини, «що тримається за минуле», та «людини що «не боїться майбутнього», і є тим конфліктом, який базує собою внутрішню індивідуальну динаміку соціального зростання. Та чи не є депресія *станом «загубленого» на час майбутнього*.

Світ, в якому ми існуємо (передусім його соціальна іпостась – адже кожна людина є «носієм» здатності на вільну і непередбачувану поведінку), «тисне» на пересічну людину невизначеністю та постійним дефіцитом інформації. Така людина, оскільки саме вона і ніхто інший, є носієм своїх власних цінностей та пов'язаних з ними власних проблем, а з іншого боку, є тим, за кого ці проблеми не можуть бути вирішеними ніким, крім неї самої, постійно (частіше не усвідомлено) постає перед вибором між «своїм наявним», та «своїм бажаним». Тобто між тим реальним, об'єктивно існуючим, що «тут і зараз» навкруги тебе, та тим, чого б ти хотів втілити у своє майбутнє. Але зась! Майбутнє одне, а *суб'єктивних моделей майбутнього* безліч. Адже соціум, у найсуттєвішому своєму сенсі, і є ареною суб'єктивно функціонуючих конфліктів та їх вирішення. Вирішення виключно завдяки психічно здійснюваним внутрішнім актам відмови від *ілюзій свого власного суб'єктивного*. Будь яке *бажане*, звісно ж, може бути досягнуто. Але тільки у рамках, що обмежуються колективними бажаннями соціуму. Тож спробуємо далі розгорнути цей психоаналітичний дискурс в рамках внутрішньо-психічної динаміки, що має елімінувати градієнт «бажаного» та «нездійсненого», який ховається у підвалинах *депресивних станів* (хоч за рахунок відмови від своєї суб'єктності, хоч за рахунок буттєвої напруги, спрямованої на відмову від цієї відмови). Ця внутрішньо-психічна динаміка полягає у «звиканні» до *депресій* як «докучливих», суто психічних феноменів, у перетворенні них у легкі коливання хвиль власного емоційного фону, що проникають ззовні у наше *психічне* через саму «нездоланну» та байдужу до людського буття імовірнісну природу цього «фізичного ззовні». Проще кажучи, у того, хто узяв за мету покінчити з власними депресіями, є два засоби це зробити. Перший полягає у дотриманні принципу «бути готовим до великих доз істини», другий - у здатності регулювання своїх «претензій» до оточуючого соціального світу на «шкалі власного *можливого* та власного *неможливого*». Одним з, як на мене, найсправніших користувачів таких засобів буття, був Григорій Сковорода. Саме на його буттєвому шляху та в його творах (Сковорода Г., 2011) простежується здатність їх володаря бути господарем себе. Адже не цінності маніпулювали його беззмисловим

існуванням, а він сам «маніпулював» своїми цінностями через свій власний сенс буття. Бо *сенси* не є виключно раціональним конструктом. Він може надавати впевненості у собі та спокійного усвідомлення цінності свого власного буття.

І останнє. Народжена у сталінських ГУЛАГівських таборах формула *«Не верь. Не бойся. Не проси»* (рус.), зачаровує мене «психічною силою» тих, хто намагався там «знаходити себе» за посередництвом цього принципу. Тих, хто в нелюдських умовах зміг не стати «соціальними автоматами», що редукували своє *психічне* до *апсихічних станів*, в яких вже «анічого не болять», «анічого не жалію». Тож депресія – це «людина на перепутті». Депресія є свідченням того, що Ви живі і здорові. Але хай вона знає своє посереднє місце в «моєму» бутті.

РОЛЬ СОЦІОПСИХОЛОГІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ГРОМАДСЬКОЇ БЕЗПЕКИ І ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

І. В. Сулятицький,

канд. психол. наук, доцент,

К. О. Островська,

д. психол. наук, професор,

І. П. Островський,

д. техн. наук, професор,

Ю. Богоніс,

здобувач вищої освіти,

Львівський національний університет імені Івана Франка

Схвалена урядом України у грудні 2017 року Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року визначила, що психічне здоров'я – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Наведене визначення якщо не перекликається, то по меншій мірі позитивно корелює із станом створення поля «громадської безпеки» як – «захищеності життєво важливих для суспільства та особи інтересів, прав і свобод людини і громадянина від протиправних посягань, надзвичайних ситуацій, які створюють загрозу спричинення шкоди життю, здоров'ю та майну значної кількості осіб»

Постає проблема психологічної методології в тандемі з її прикладними інституційними функціями висвітлення структури психології масштабних соціальних станів громадянства серед домінант якої превалюватимуть почуття захищеності як осіб кожного окремо так і спільнотнісно консолідованого почуття масової впевненості. Тут і постає ще один варіант

соціопсихологічного як однакового для багатьох, тобто єдиного думання і діяння соціуму.

Фахівці аналізують відомі форми інформаційно-психологічного протиборства, що застосовуються суб'єктами впливу в ході виконання завдань із забезпечення громадської безпеки. Виконання цих завдань набуває особливого значення під час заходів, насамперед, пов'язаних з масовою активністю громадян, підґрунтям яких є гострі соціально-економічні, суспільно-політичні та інші питання місцевого, регіонального, загальнодержавного значення, а також різноманітних заходів, які супроводжуються великою кількістю учасників і можуть призвести до некерованого розвитку подій та виникнення надзвичайних і кризових ситуацій, що загрожують національній безпеці України (Паливода А.В., 2016). Вони здійснюються в умовах напруженої інформаційно-психологічної обстановки, зумовленої наявністю великої кількості різноманітних суб'єктів інформаційно-психологічного впливу (далі – ІПВ). Суб'єктами таких ІПВ, як правило, можуть бути: – держава як особлива організація суспільства, що має спеціальні механізми управління і примусу, встановлює правовий порядок на певній території шляхом ІПВ, який здійснюється державою на населення незалежно від поставлених цілей; – опозиція як група осіб, чії погляди і дії протиставляються діям державних структур; – соціальні групи, які не є опозицією; – окремі особи (громадські діячі, активісти, лідери громадських організацій тощо); – політичні партії, суспільно-політичні рухи, релігійні організації, фінансово-економічні структури та організації; – сили спеціальних операцій держав, які мають за мету втручання у внутрішньополітичні та суспільні процеси країни (Бабков Ю.П., Пасічник В.І., Чепель М.О., 2018)

У багатьох розвинутих країнах світу до загроз громадській безпеці відносять не лише протиправні посягання, але й інші загрози, зокрема, природні, техногенні, соціокультурні тощо (Сьомін С.В., 2018 р.). Такий підхід дозволяє розглядати громадську безпеку як існуючий в державі рівень протидії загрозам різноманітного характеру нормальному стану життєдіяльності останньої, а також ступінь захищеності людини й суспільства. Це також передбачає, що держава і суспільство займають наступальну позицію щодо належного забезпечення захисту життєво важливих національних інтересів та превентивно протидіють існуючим (імовірним) загрозам. Яскравим прикладом використання загальнонаукових знань задля більш ефективного забезпечення громадської безпеки є поширена міжнародна практика класифікації злочинів проти громадського порядку та безпеки відповідно до загальноприйнятої світової Універсальної десятикової класифікації, УДК (The UDC Summary, UDCS). Ця класифікація відносить до злочинів проти громадського порядку і безпеки: - небезпечні об'єднання та секти, озброєнні банди, таємні злочинні громади за зразок італійської мафії, чи японської якудзи; - підбурення та примушення до скоєння злочину, провокація злочину, уславлення і прикрашання злочину, підбурення до громадянської війни; - безпорядок, бунт, заколот, відмова від виконання

наказу, громадянська непокоря; - злочини, пов'язані з незаконним використанням озброєння, вогнепальної зброї та вибухівки; - жебракування, бродяжництво, антигромадське ухилення від праці, паразитизм, дармоїдство; - транспортні злочини та злочини проти засобів зв'язку; - злочини проти суспільного здоров'я та настанов щодо продовольства, фальсифікація продуктів харчування, незаконна медична практика; - порушення законів про поховання та порядок на цвинтарях, осквернення могил, наруга над трупами.

Дієвим в українському соціумі може бути найбільше механізм персональності, бо в інших соціопсихічних моделях дії заходів громадської безпеки будуть сприйматися спочатку як форма защемлення особистісного і лише потім можливо буде оцінюватись суть адекватності її юридичного застосування. Суть в тому що соборне українське «ЕГО» як соціопсихічна типориса надає докорінну перевагу формі, а не змісту, «перевагу всьому особистому над усім загальним»...

Наскільки подібні персоналізаційні кореляти вимагають витонченого і завжди модерного підходу у здійсненні масштабних заходів в інтересах всієї спільноти, настільки ж при їх вмілому залученні до суспільних справ, як забезпечення громадської безпеки чи відчайдушної військової оборонної служби у війні на Сході вони дають помножені ефекти стійкості і відчайдушної волі. З цих позицій вважаємо, що забезпечення публічної безпеки і порядку, яке у діяльності органів та підрозділів Національної поліції розпочато із запровадження «скандинавської моделі» забезпечення громадського порядку, зокрема під час проведення масових заходів, зокрема впровадження в рамках її реалізації проекту «Поліція Діалогу», який передбачає створення груп комунікації (так звані «перемовники») і залучення цих груп комунікацій до проведення масових заходів в усіх регіонах держави є адекватним соціопсихологічним механізмом створення консолідованого поля громадського порядку в загальносуспільному українському масштабі. Загалом у 2020 році поліцейські забезпечили правопорядок під час проведення близько дев'яносто тисяч масових заходів за участю понад 8,2 млн. громадян. (Безпека для громадян. - <https://www.kmu.gov.ua/diynalist/reformi/bezpeka-ta-oborona/bezpeka-dlya-gromadyan>).

Також звертає увагу, що за згаданим вище урядовим документом, в основі оцінки стану підкреслено особливо актуально момент інклюзивного підходу, де прописано що складовою є оцінка...викликів і загроз громадській безпеці та цивільному захисту, тенденцій їх розвитку, зокрема з урахуванням їх впливів окремо щодо кожної категорії осіб з інвалідністю (в першу чергу дітей з інвалідністю, осіб з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату, з інтелектуальним та психічним порушенням) та інших маломобільних груп населення...

До заходів, які здатні безпосередньо вплинути на забезпечення громадської безпеки в Україні слід віднести подальшу розбудову в нашій державі служби «102». Ефективне функціонування системи оперативного реагування на звернення громадян з усіх проблем власної життєдіяльності, які

викликають у них занепокоєння і тривогу, а не лише на повідомлення про кримінальні правопорушення, дасть змогу вивести діалог між українцями та владою на якісно новий європейський рівень, забезпечить координацію усіх зацікавлених сил і засобів, зніме соціальну напругу та підвищить загальний рівень громадського порядку і впевненості у завтрашньому дні (Сьомін С. В., 2018).

Сучасні виклики і загрози, перш за все гібридні, обумовлені впливом комплексу соціально-демографічних, економічних, політичних, правових, психологічних і технологічних чинників, вимагають системного реагування, адекватної трансформації як усього сектору безпеки, так і системи громадської безпеки і цивільного захисту зокрема із включенням до цієї системи соціопсихологічних параметрів як складових пріоритетів держави в формуванні одностайного всесуспільного синергетизму в даній справі.

Таким чином, створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини немислима без супроводу громадської безпеки посиланнями на конструктивні параметри соціопсихологічного потенціалу вітчизняного соціуму.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ «ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я» У КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

О. В. Тарнавська,

*аспірант Інституту психології
імені Г. С. Костюка НАПН України
викладач,*

Київський національний лінгвістичний університет

У наш час актуальною є думка С. Б. Тихвинського, яку він висловив у 1991 році про те, що здорова дитина – проблема не лише медична, а й соціально-гігієнічна та психолого-педагогічна. Це головна проблема найближчого та віддаленого майбутнього держави, так як увесь потенціал – і економічний, і творчий, всі перспективи соціального та економічного розвитку, забезпечення обороноздатності, високого рівня життя, науки і культури – все це буде підсумком здоров'я дітей, їх фізичної та інтелектуальної працездатності (Гордєєв В., Олександрович Ю., 2001). Цими питаннями повинна займатися соціальна педіатрія – галузь педіатрії, яка піклується про якість життя дітей та раціональний розподіл їх ресурсів.

Науковими підходами до проблем здоров'я є:

- феноменологічний (здоров'я і хвороба відносяться до фундаментальних аспектів індивідуального способу існування у світі, досліджуються засобами феноменологічного опису);
- холістичний підхід (здоров'я розуміється як цілісність, якої набуває індивід у процесі становлення);
- нормоцентричний (здоров'я розуміється з прийнятих норм сприйняття, мислення, емоційного оцінювання та поведінкового реагування з урахуванням нормативних показників стану індивіда);
- крос-культурний (здоров'я вважається соціокультурною змінною, а його характеристики детерміновані соціальними умовами, культурним контекстом, своєрідністю національного способу життя та образу світу);
- дискурсивний (уявлення про здоров'я має бути досліджено як продукт дискурсу, який має власну логіку конструювання чи концептуалізації реальності);
- інтегративний (передбачає поєднання пояснювальних принципів та концептуальних схем з урахуванням їх обмежень та відповідно до засад теорії систем);
- аксіологічний (здоров'я як цінність культури та ціннісна орієнтація особистості) (Хомуленко, Т. Б., 2015).

Згідно сучасних наукових поглядів, до критеріїв здоров'я відносять позитивне самопочуття, стійку, динамічну рівновагу, структурну цілісність, функціональність, адаптивність, продуктивність та ресурсність людини. Прогностичними чинниками, за якими можна оцінювати стан дитини в майбутньому, є особистісні риси та почуття оптимізму. Оптимісти більш схильні здійснювати контроль над своїм життям та вірити, що потенційні проблеми зі здоров'ям можна подолати. Емоційні особливості суттєво впливають на здоров'я людини.

Таким чином, здоров'я можна вивчати з точки зору активності, здатності до адаптації і компенсації тощо. Загальноприйнятим є визначення ВООЗ: здоров'я – це відсутність психічних та фізичних дефектів, а також повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя.

Стосовно здоров'я дитини актуальною є думка В. А. Ананьєва, який виділяє такі аспекти здоров'я, як потенціал розуму, потенціал волі, потенціал почуттів, соціальний потенціал, креативний потенціал, духовний потенціал, потенціал тіла (здатність розвивати фізичну складову здоров'я, усвідомлювати власну тілесність як властивість своєї особистості) (Ананьєв В. А., 2006).

Карл Роджерс описав інтегровану здорову особистість, якій притаманні наступні риси: відкритість для внутрішнього і зовнішнього світу, цінність спілкування, постійного процесу самовдосконалення, прийняття участі у житті інших та готовність допомогти тим, хто потребує на це, відчуття безпосереднього єднання з природою і готовність захищати її, прагнення до цілісного життя. За К. Роджерсом, особистість має бути «флексибільною», здатною до змін. Для здорового інтегрованого пристосування важливо

постійно оцінювати свої переживання та визначати, чи вимагають вони і якою мірою, зміни (перегляду) засвоєних цінностей. Особистість із фіксованою системою цінностей не зможе ефективно реагувати на нові переживання (Копець Л. В., 2008).

На думку С. Д. Максименко та К. С. Максименко, процес діяльності взагалі (а особливо в дитячому віці) є могутнім фактором здоров'я особистості – і соматичного, і психічного, і психологічного. Діяльність треба розглядати як важливу форму активності і як особливий психічний стан людини, оскільки він являє собою переживання людиною власної повноцінності (Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С., 2014).

У зв'язку зі спрямованістю нашого дослідження на розв'язання практичних завдань психологічної допомоги підліткам з вегетативними дисфункціями, ми звернули увагу на «внутрішню картину здоров'я», яка в останні роки є вагомим підґрунтям для орієнтації, підтримання психосоматичного здоров'я індивідуально-особистісними методами.

Термін «внутрішня картина здоров'я» був запропонований А. Б. Орловим, як провідна категорія психології здоров'я, яка включає когнітивну (раціональну), емоційну (чуттєву), поведінкову (моторно-вольову) складові. Когнітивна грань внутрішньої картини здоров'я є сукупністю суб'єктивних суджень про причини, зміст, можливі прогнози, оптимальні засоби збереження та зміцнення здоров'я. Емоційна грань – переживання здорового самопочуття пов'язаного з комплексом відчуттів, які формують емоційний фон (спокій, радість, легкість, симпатія тощо). Поведінкова грань внутрішньої картини здоров'я представляє собою сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій здорової людини.

На думку дослідників О. С. Васильєвої та Р. Ф. Філатова у психічній реальності людини з певною періодичністю виникають та співіснують декілька внутрішніх картин, які відображають стан здоров'я особистості: внутрішня картина здоров'я до хвороби, внутрішня картина здоров'я та хвороби під час хвороби, та внутрішня картина здоров'я після хвороби. Їх зміст залежить від наявності та характеру валеонастановлення (валео – здоров'я, настановлення готовність діяти у певному напрямку). Валеонастановлення, як компонент спрямованості особистості, який відповідає за підтримку здоров'я та подолання хвороби і характеризується готовністю до певного способу сприйняття, відношення до реагування в ситуація, які стосуються здоров'я, є інтегральним утворенням, яке об'єднує когнітивні (уявлення про здоров'я і хворобу), емоційні (відношення до проблем здоров'я та хвороби), поведінкові (моделі поведінки спрямовані на підтримку здоров'я та подолання хвороби) компоненти психіки, що визначають індивідуальну феноменологію здоров'я) (Хомуленко Т. Б., 2015, Васильєва О. С., Філатов Ф. Р., 2001).

Під час надання психологічної допомоги в індивідуальній та груповій формі підліткам з вегетативними дисфункціями, які перебували на лікуванні у дитячій клінічній лікарні №6 м. Києва, ми враховували контекст внутрішньої

картини здоров'я з метою формування у підлітків навичок позитивного ставлення до себе, турботи про інших, довіри до людей, вмінню взаємодіяти з середовищем та обирати ситуації, які відповідають їх власним потребам та цінностям, що сприяло покращенню їх психологічного та фізичного стану.

ГОЛОВНІ ПРЕДИКТОРИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

О. О. Татаріна,

*здобувач вищої освіти СО «Магістр»,
Національний університет «Одеська юридична академія»*

Психологічне здоров'я для сучасної вітчизняної психології є категорією відносно новою, але актуальність та своєчасність його дослідження в теоретичних та практичних контекстах підтверджується основними завданнями, які суспільство ставить перед наукою: визначенням критеріїв психологічної захищеності та суб'єктивного благополуччя особистості як складових психологічного здоров'я, дослідженням адаптивного потенціалу і т.п. (Т. М. Буякас, Н. О. Окулич, В. Є. Пахальян).

Оскільки психологічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої узгодженості особистості, головна умова її повноцінного розвитку, особливого значення набуває дослідження його онтогенетичних аспектів, зокрема предикторів психологічного здоров'я дитини в дошкільному віці. Психологічне здоров'я постає необхідною умовою розвитку дитини в процесі її життєдіяльності, психологічно здорова дитина дошкільного віку – це дитина, в якій збалансовані внутрішні (когнітивні, емоційні, мовленнєві) та зовнішні (індивідуальна соціальна ситуація) предиктори її особистісного розвитку.

В нашому дослідженні психологічного здоров'я дитини дошкільного віку ми використовували елементи інтегрального підходу, скільки він є універсальним інструментом, який поєднує найкращі здобутки психологічної науки та дозволяє розкрити потенціали дитячої психіки, створює ідеальні умови для виховання (Р. Асаджіолі, Н. О. Веремеєнко, О. Є. Гіршон, С. Гроф, В. В. Козлов, К. Уілбер). Крім того, в сучасній дитячій психології йде активний пошук нових форм співпраці з дітьми у виховному процесі, звільнення їх від домінування дорослого, від рутинних занять. Проблема психологічного здоров'я дошкільників у практиці дошкільних закладів освіти, оскільки воно є необхідною умовою формування особистості дитини, її самостійності, ініціативності та активності.

Аналіз наукових першоджерел та наші емпіричні дослідження дозволили зробити припущення, що основними психологічними предикторами психологічного здоров'я дітей дошкільного віку постають різні аспекти їхнього психічного розвитку – соціально-комунікативного,

сенсомоторного та власне особистісного, які сприяють формуванню соціальної компетентності та здатні оптимально розкривати індивідуальні властивості дитини для конструктивної взаємодії з оточуючим світом.

Зупинимось на дослідженні когнітивного та сенсорного розвитку дошкільника як одних із предикторів його психологічного здоров'я.

Проведене емпіричне дослідження дозволило нам виявити три рівні розвитку пізнавальної активності дітей дошкільного віку – високий, середній та низький. Дитина, яка досягла високого рівню пізнавальної активності налаштована на розвивальні заняття, активно приймає участь у спільній з вихователем та іншими дітьми роботі, завжди шукає відповіді на поставлені запитання, доповнює сказане товаришами з групи, радить, як виправити можливі помилки. Дитина, яка досягла середнього рівню пізнавальної активності дещо пасивна, але на питання вихователя відповідає охоче, хоч і не завжди повно, часто відволікається, в роботі демонструє зацікавленість, але не завжди може зосередитися на завданні. Дитина, яка перебуває на низькому рівні пізнавальної активності пасивна, не ініціативна, не прагне відповідати на поставлені питання, зміст навчального матеріалу її не цікавить, при відповідях часто просто повторює вже почуте.

Спираючись на результати дослідження та визначені рівні пізнавальної активності дітей, для збереження їхнього психологічного здоров'я необхідна спеціальна стратегія впливів на особистість, до якої ми рекомендуємо включити: чіткий відбір змісту навчального матеріалу, створення оптимальних умов для розвитку пізнавальної активності дітей, поєднання на заняттях та в усіх сферах життєдіяльності колективних та індивідуальних форм пізнавальної активності.

Формування сенсорних навичок як предиктора психологічного здоров'я спиралося на основні положення теорії формування розумових дій і понять П. Я. Гальперіна. Нами була застосована спеціальна система методик, в якій зовнішньо-мовленнєва та внутрішньо-мовленнєва форми роботи змінювали одна одну: на одному занятті діти спостерігали за предметами, мацали їх, нюхали, на другому занятті малювали те, що попередньо сприймали, вчилися виділяючи основні ознаки у матеріальній формі. Потім, на занятті з розвитку мовлення діти спілкувалися з вихователем або з дітьми, розповідали про те що бачили, чули, малювали (зовнішньо-мовленнєва форма). Самостійно виконуючи завдання на розвиток уяви діти вже переходили на внутрішньо-мовленнєву форму дії, але в процесі спілкування з вихователем, який стимулював активність дитини різними запитаннями, діти знову поверталися до зовнішньо-мовленнєвої форми, завдяки якій могли контролювати свої дії дій.

Таким чином, головні предиктори психологічного здоров'я дитини дошкільного віку (когнітивний, соціально-комунікативний, сенсомоторний, особистісний розвиток) сприяють формуванню у дитини соціальної компетентності, адекватної самооцінки, упевненості в собі.

ДИХАЛЬНІ ПРАКТИКИ У ПІДВИЩЕННІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Л. Л. Тютюнник,

*ад'юнкт кафедри суспільних наук,
Національний університет оборони
України імені Івана Черняхівського*

Життя починається з вдиху, підтримується диханням і завершується видихом. Це природний процес для людини, існування без якого не можливе. Дихання є чудовим психодіагностичним і психокорекційним інструментом, який завжди з нами і готовий прийти на допомогу у будь-який час, особливо у стресових умовах. Дихальні практики здатні захистити від стресу, а за потреби, вивести з нього, гармонізувати психоемоційний стан та фізичне здоров'я, додати впевненості тощо. Розуміння механізмів дії кожного з елементів процесу дихання та застосування їх у повсякденному житті значно підвищить стресостійкість та ресурсність особистості.

Коли людина вдихає повітря, активізується дихальний центр і це збудження передається через нервову систему по всьому тілу підвищується тонус головного мозку та тканин організму, активізується виділення гормонів боротьби зі стресом (адреналін, кортизол, норадреналін тощо) і включається в роботу симпатична нервова система. Під час видиху, мобілізується парасимпатична нервова система, тонус головного мозку та тканин дещо спадає, зменшується рівень гормонів стресу й напруження і сигнал про розслаблення передається тим же шляхом, чим і пришивидшує нормалізацію стану. Тобто, бадьорість є певною домінантою вдиху, а сон – домінантою видиху. Таким чином, завдяки диханню ми свідомо можемо заспокоювати або активізувати функціонування власного організму і досягати необхідного стану свідомості.

Об'єктами регуляції у процесі дихальних практик є: спосіб дихання (ротом, носом, однією ніздрею або почергово правою чи лівою; фаза (вдих, видих, затримка, пауза); тип (нижнє, середнє, верхнє); довжина та сила фаз, ритм, темп (А. Ф. Твердохлеб, 2013).

Глибина дихання відображає і дозволяє регулювати інтенсивність стресової ситуації, ступінь емоційного включення в неї та рівень фізичних відчуттів. Глибоке повільне дихання – це один з найкращих способів зниження стресу. У процесі такого дихання в мозок надходять сигнали про необхідність заспокоєння і розслаблення, далі мозок передає сигнали тілу. Це зменшує такі прояви стресу, як прискорене серцебиття, підвищений артеріальний тиск, часте дихання, позбавляє від дратівливості, агресії, апатії тощо (Розов В. І., 2005). Глибокий вдих забезпечує якісну роботу легенів. Це створює правильну циркуляцію рідин в організмі і благотворно впливає на роботу внутрішніх органів. Керування частотою дихання дає можливість сповільнювати або

активізувати протікання тих чи інших процесів в організмі, зокрема управляти швидкістю стресових реакцій.

Під час затримки дихання на вдиху стимулюється засвоєння кисню у легенях і видалення вуглекислого газу, що дає змогу проявляти максимальне фізичне зусилля, сприяє омолодженню та допомагає приборкувати нав'язливі думки. Під час затримки дихання на видиху зменшується частота серцевих скорочень, підвищується концентрація вуглекислого газу в крові та змінюється її циркуляція, підвищується температура тіла, обмін речовин та потовиділення, покращуються розумова діяльність, інтуїтивне мислення, функція залоз внутрішньої секреції, травлення, робота нервової системи.

Під час глибокого частого дихання змінюється картина біотоків мозку, а наявність мінімальних мозкових порушень призводить до зміни свідомості та судом. Найбільше розслаблення м'язів відбувається під час повного глибокого видиху.

Дихання з повільним вдихом та швидким енергійним видихом викликає стан бадьорості, активізує організм та процеси кисневого метаболізму. Короткий вдих, довгий повільний видих та короткотривала затримка на видиху понижують тонус центральної нервової системи, артеріальний тиск та зменшують частоту серцевих скорочень.

Короткі вдихи і видихи у швидкому темпі подразнюють нервові закінчення у носових ходах, очищують їх і дихальну систему, сприяючи вентиляції легень, виведенню токсинів. Такий тип дихання послаблює спазми бронхів, тонізує нервову та судинну системи, посилює кровопостачання головного мозку і кровообіг загалом, підвищує температуру тіла й потовиділення, посилює спроможність до концентрації.

Інтенсивне дихання ротом (швидкий форсований і глибокий вдих і видих) упродовж двох-трьох годин застосовують у холотропному диханні, запропонованому чеським психіатром С. Грофом та його дружиною Х. Гроф, що сприяє психосоматичній корекції шляхом занурення у трансний стан, усуває психоемоційні стреси та їх наслідки. Варто наголосити, що такий тип дихання практикується обов'язково під контролем фахівця і за умови медичних протипоказань.

Зменшення частоти дихання до трьох-чотирьох циклів за хвилину з мінімально можливою інтенсивністю, коли коливання повітря не відображається навіть на пір'їнці, яку підносять до ніздрів, сприяє концентрації у східних практиках дзен.

У давніх та сучасних системах оздоровлення організму та у бойових мистецтвах практикують вправи уявного дихання шкірою, органами тощо, часто у комплексі з голосовими звуковими хвилями. Такий вплив сприяє гармонізації внутрішніх органів та біоенергетичної системи. Наприклад явне або уявне вимовляння звукосполучення «ОМ» («АУМ») впорядковує всі функції організму та сприяє трансценденції свідомості. Техніка з вдихом через рот зі звуком «С», що промовляється через скручений в трубочку язик, невеликою затримкою і видихом через ніс, втамовує спрагу, охолоджує

організм, знімає напругу з очей, нормалізує роботу серця (А. Ф. Твердохлеб, 2013).

У процесі виконання дихальних практик організм більше насичується киснем. Це робить людину більш енергійною та фізично витривалою. Завдяки системному тренуванню та поступовому ускладненню практик, включаються до роботи нові ділянки легень та резервні капіляри, що сприяє підвищенню легеневого потенціалу, покращенню імунітету та активізації резервних сил організму. Люди, які практикують дихальні вправи, стверджують, що це допомагає зменшити тривожність, депресію, полегшити симптоми стресових станів.

Ефективним у роботі зі стресом є «діафрагмальне дихання». Саме дихання животом, а не грудьми, як всі звикли, вважається найправильнішим. Для його виконання потрібно лягти на спину, розслабитись, покласти одну руку на живіт, а іншу на груди. Потім роблять глибокий вдих через ніс, удвічі довший видих через рот, склавши губи трубочкою. При цьому рухається лише живіт. Після видиху потрібно затримати дихання на 2 секунди.

Якщо людина певний час знаходиться у стресі, вміст вуглекислого газу у крові починає зменшуватися. За допомогою простих дихальних вправ відновлюється необхідний газообмін в організмі. Практично було доведено дієвість техніки «дихання по квадрату», яка дає змогу збільшити дихальний цикл і завдяки цьому наситити кров діоксидом вуглецю.

Для виконання цієї вправи потрібно спочатку повільно вдихнути повітря, потім затримати дихання, зробити видих і знову затримати дихання. У процесі виконання кожної з фаз рахують до чотирьох. Такий цикл повторюють 10 раз, поступово збільшуючи тривалість кожної фази.

В умовах, коли потрібно зняти стрес, заспокоїти розум і тіло, але бути у ресурсному функціональному стані доречно застосувати синхронне дихання, дихання з підібраними губами та точковий фокус. Виконуючи синхронне дихання повільно піднімають руки на вдиху, під час видиху руки повільно опускають. Рухи мають бути розслабленими, синхронізованими з диханням і повторюватись 5-7 разів. Дихання з підібраними губами виконується 2-3 рази. Спочатку потрібно зробити повільний вдих через ніс, потім підігати губи, ніби маємо на щось подути і якомога повільніше видихати через стиснуті губи. Видих має бути удвічі довший, ніж вдих. Вправа «точковий фокус» допомагає сконцентруватися. Сидячи з прямою спиною потрібно перевести увагу на процес дихання і на ту частину тіла, яку легко відчути (це може бути рух живота чи грудної клітини, або відчуття повітря, коли воно проходить через кінчик носа).

Отже, розуміння того, яким чином на психіку, емоції та на організм загалом впливає кожен з елементів дихання, їх частота, глибина й інтенсивність, дає можливість керувати внутрішнім психоемоційним станом, нормалізувати сон та покращити здоров'я, а систематичне виконання дихальних практик значно підвищить адаптаційний ресурс організму до стресу і забезпечить високий рівень стресостійкості особистості.

ОСОБИСТІСНА ТРИВОЖНІСТЬ ЯК РЕАКЦІЯ НА СИТУАЦІЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ SARS COV-2

Т. В. Харченко,
*здобувач вищої освіти СО «Магістр»,
Вінницький державний педагогічний університет імені
Михайла Коцюбинського.*

Проблема збереження і зміцнення здоров'я людини є першочерговим завданням сьогодення, оскільки світ переживає складне випробування, пов'язане з пандемією SARS-Cov2 та AY.4.2, що є похідною попереднього варіанта COVID-19 – Дельта-штаму. Теоретичний аналіз наукових досліджень, які були проведені у країнах Європи і в США, свідчить про те, що пандемія надзвичайно негативно вплинула на психічне здоров'я населення землі. Тривожні розлади, депресивні і астеничні стани все частіше спостерігаються і у тих, хто і не хворів на COVID-19, і у пацієнтів, які вже подолали SARS-Cov2, але не відчують повного відновлення емоційного і когнітивного стану. Було з'ясовано, що існує тісний зв'язок між високим рівнем захворюваності COVID-19, обмеженнями на пересування і підвищеним рівнем депресії і тривожності. За результатами ВОЗ, у 2020 році 52 млн людей страждали від серйозних депресивних розладів, а 76 млн осіб страждали від тривожності. Це призвело на 28% до збільшення захворюваності COVID-19.

Актуальність даної проблеми також підтверджується значним зростанням у вітчизняній і зарубіжній психології загальної кількості теоретичних і прикладних досліджень з визначеної проблеми. Концептуальний аналіз цієї проблеми дає можливість інтерпретувати її в руслі фундаментальних теоретико-емпіричних підходів таких зарубіжних і вітчизняних дослідників як Грабовський Д. В., Дроздов Б. О., Духневич В. М., Лазоренко М. М., Лушин П. В., Найдьонова Л. А., Хаустова О. О., Холодова Ю. Б., Чабан О. С., Шорніков А. В., Юсеф Шіба, Юр'єва Ю. О.

Дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених внесли вагомий внесок в розуміння впливу умов невизначеності, викликаних пандемією SARS-CoV-2 на формування і розвиток особистісної тривожності. Життя в умовах пандемії, коли загроза інфікування смертельно небезпечним вірусом є цілком реальною і майже щоденною, стало серйозним стресом тривалої дії. Підвищений рівень тривожності не тільки негативно впливає на емоційне самопочуття особистості, а й сприяє зниженню імунних можливостей організму. Все це сприяє підвищенню загального фону тривожності серед населення.

Визначені особливості склали основу концепції емпіричного дослідження, яке є спрямованим на більш глибоке вивчення особистісної тривожності та чинників її розвитку.

В дослідженні брали участь 100 членів Вінницького регіонального центру «Креатив», віком від 18 до 29 років, серед них 52 особи жіночої статі і 49 осіб чоловічої статі. Дослідження проводилось на протязі 2021 року.

З метою визначення рівня загальної тривожності в ситуаціях невизначеності, пов'язаних з пандемією, була використана методика «Особистісна шкала прояву тривоги» Дж.Тейлор (в модифікації В. Г. Норакидзе). За результатами дослідження (табл. 1), ми з'ясували, що загальна тривожність у осіб молодого віку має високі показники, а саме: 10% досліджуваних мають дуже високий рівень загальної тривожності 35% досліджуваних мають високий рівень загальної. У осіб жіночої статі (49%) ці показники є вищими ніж у представників чоловічої статі (23%). Середній рівень (з тенденцією до високого) є вираженим у 31% досліджуваних, і відповідно, середній рівень (з тенденцією до низького) у 15% і низький у 9% респондентів нашої вибірки. Це зумовлено тим фактом, що молоді люди відчувають тривожність як страх перед майбутнім. Наявність подібних переживань у молоді, які проявляються у відчутті дискомфорту, почутті самотності на фізичному рівні, невпевненості, тиску ситуації, є показником дезадаптаційних процесів та наявних емоційних переживань. Високий рівень тривожності обумовлює низьку емоційну стійкість індивіда до переживання критичних ситуацій. Коли людина тривожиться вона не знаходиться ні в теперішньому, ні в майбутньому, вона переживає за те, чого не сталося і можливо не станеться. Таким чином, вона знаходиться на межі між «зараз» і «тоді». Такі роздуми лише заважають людині жити повноцінним життям, особливо в ситуації невизначеності, коли вона співпадає з ситуацією професійного самовизначення і життєвого вибору.

Таблиця 1

Результати діагностики рівня прояву тривоги за методикою Дж. Тейлор (в модифікації В. Г. Норакидзе)

Рівень прояву тривоги	Кількість респондентів (у %)
Низький рівень	9
Середній рівень (з тенденцією до високого)	15
Середній рівень (з тенденцією до високого)	23
Високий рівень	35
Дуже високий рівень	10

Значно менша кількість досліджуваних мають середній рівень (з тенденцією до низького) і низький рівень тривожності. Молоді люди цієї підгрупи відрізняються рішучістю та впевненістю. Вони розглядають ситуацію пов'язану з пандемією, вимушені карантинні умови, як можливість позитивної мотивації до втілення у життя власних цілей, пов'язаних з додатковим навчанням, творчою діяльністю, самостійним засвоєнням нових знань.

Дослідження рівня ситуативної та особистісної тривожності за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної

тривожності Спілбергера-Ханіна» ми проводили в два етапи під час посилення карантинних вимог і під час їх послаблення. За результатами наших досліджень, показники особистісної і ситуативної тривожності в умовах ситуації невизначеності збільшуються (рис.1).

За отриманими результатами дослідження, що було проведено під час посилення карантинних вимог, ми отримали наступні результати. Особистісна тривожність виявилася домінуючою у 42% нашої вибірки і більш вираженою у осіб жіночої статі (67%) і відповідно 33% у представників чоловічої статі. Під час дослідження в умовах послаблення карантинних вимог, яке було проведено літом, ці показники фактично залишилися не змінними у жінок (66%) і не значно зменшилися у чоловіків (28%). З нашої точки зору, це пов'язано з тим, що особистісна тривожність є індивідуальною властивістю особистості, що проявляється у схильності до надмірного хвилювання, яке виникає у ситуаціях незрозумілої загрози, або якоїсь визначної події.

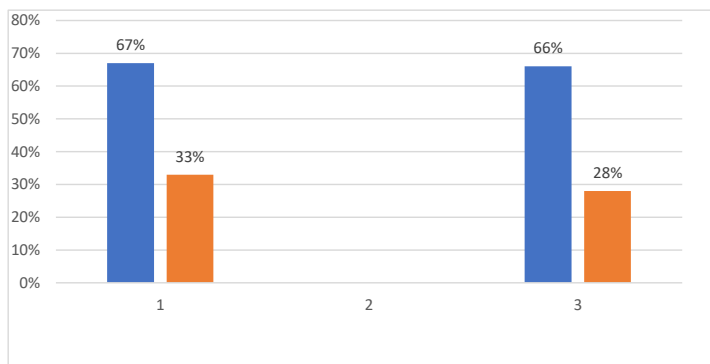


Рис. 1. Результати дослідження особистісної тривожності у молоді в умовах посилення і послаблення карантинних вимог за методикою Спілбергера-Ханіна

Особистісна тривога здатна проявлятися незалежно від соціальної ситуації. Зазвичай у досліджуваних виникає стан підвищеного занепокоєння у загрозливих для особистості ситуаціях. Особистісна тривожність негативно впливає на формування інших властивостей особистості. Заважає формуванню відповідальності, мотиву уникнення невдач. Особистості, з домінуючим видом цієї тривожності відрізняються сором'язливістю, невпевненістю в собі, мотивацією до запобігання невдач. Характерним для досліджуваних є переживання неусвідомленого страху. Люди, які знаходяться в такому стані завжди поводить себе насторожено, часто у них домінує поганий настрій. Поширення пандемії COVID-19 спричинює у досліджуваних додатковий страх, що поглиблює почуття особистісної тривожності, у них виникають труднощі у спілкуванні з оточуючими, що в свою чергу супроводжується

дискомфортом та пригніченим емоційним станом. В результаті посилення карантинних обмежень, а саме низького рівня міжособистісної взаємодії та спілкування, у молоді з домінуючою особистісною тривожністю може формуватися низька самооцінка.

Високий рівень ситуативної тривожності переважає у 30% досліджуваних. В умовах посилення карантинних вимог його показники значно збільшуються (57%), як у осіб жіночої статі (47%), так і представників чоловічої статі (34%). Ситуативна тривожність це показник переживань, які виникають до певних ситуацій. У різних людей вона може проявлятися по-різному і в різних ситуаціях. Ситуативна тривожність характеризується здатністю мобілізувати всі почуття людини, для того щоб вона з відповідальністю вирішувала проблеми які перед нею постають. Ситуативна тривожність супроводжується такими емоційними станами, як напруження, нервозність, стурбованість. Ці стани виникають як емоційна реакція на ситуацію яка викликає стрес. Вимушені обмеження, відсутність соціальної взаємодії і повноцінного спілкування може сприяти виникненню ситуативної тривожності і призводити до стресових ситуацій. Почуття тривожності зникає відразу, як закінчується стресова ситуація. Якщо ситуативна тривожність дуже стійка – вона здатна переростати в особистісну.

Таким чином, довготривалі карантинні обмеження в ситуації невизначеності, пов'язаної з умовами пандемії SARS-Cov2 та AY.4.2, що є похідною попереднього варіанта COVID-19 – Дельта-штаму, можуть сприяти стійким проявам ситуативної тривожності, яка має здатність переростати в особистісну тривожність.

КОНСТРУИРОВАНИЕ ОПЫТА КАК ФАКТОР МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Н. В. Чепелева,

действительный член НАПН Украины,

д. психол. н., профессор,

Институт психологии имени Г. С. Костюка НАПН Украины

Вступление. Социокультурный мир выступает как мир значений, транслируемых культурой и интерпретируемых людьми в их повседневной жизни. Именно означивание реальности, то есть замещение ее определенными культурно заданными схемами (дискурсами) позволяет не только обдумывать, осмыслять происходящее, анализировать и переживать те или иные события, но и упорядочивать их, творя для себя новую реальность, новый опыт. Конструирование опыта мы трактуем как приведение социокультурной и личной информации в систему, организацию такой информации в связанные

структуры, помогающие постичь ее смысл. При этом основной целью дискурсивного конструирования опыта, по нашему мнению, является его смысловая интеграция, которая, в свою очередь, находит свое отражение преимущественно в дискурсивной форме.

С нашей точки зрения, основным видом дискурсивного конструирования опыта является конструирование нарративное, а его ведущим механизмом выступает механизм интерпретации. При этом значительную роль в процессе дискурсивного конструирования опыта играют культурные образцы. Иными словами, процесс интерпретации отражает не только особую позицию конкретного человека, но и социально выработанные способы конструирования реальности. Живя в потоке сознания, человек взрослеет, впитывает жизненный опыт, наращивает запас наличного знания, конфигурация которого служит схемой интерпретации последующих восприятий.

По нашему мнению, конструирование личного опыта как основы понимания реальности и себя в этой реальности является одним из важнейших условий развития личности. Иными словами, развитие личности в рамках герменевтического подхода предполагает формирование способности к самоосмыслению и осмыслению мира через интерпретацию основных социокультурных дискурсов и конструирование на этой основе личностного опыта, объективированного в тестах автонарративов.

Цель исследования: выделить структурно-смысловые аспекты нарративного конструирования опыта как фактора ментального здоровья личности.

Результаты теоретического анализа проблемы. На уровне культуры, как и на уровне индивидуальной психики, нарратив играет интегрирующую роль. Можно утверждать, что нарратив является ведущим механизмом смыслообразования. Отдельные события и факты обретают значение только тогда, когда они помещаются в определенную организующую схему или нарративную модель. Иными словами, нарратив можно рассматривать как культурно и личностно обусловленную схему конструирования смысла через тематическое расположение фактов в зависимости о внешнего (социокультурного) или внутреннего (личностного) контекстов.

Нарративы позволяют нам конструировать свой опыт различными способами. Например, в процессе порождения нарратива мы можем осмыслять и описывать свой прошлый опыт, а также редактировать, исправлять и интерпретировать его. Кроме того, нарративы позволяют личности объединять прошлый опыт с нынешним и даже с проектируемым будущим, согласовывая между собой различные версии себя. Данная характеристика нарратива является важным инструментом (ре)конструирования опыта и, соответственно, идентичности личности, внешним проявлением «рефлексивного проекта идентичности», который поддерживается в непрерывном процессе рефлексии и переработки.

Кроме того, конструирование опыта личности во многом определяется контекстом (личным, социокультурным, событийным и т.п.), который задействует механизм интерпретации и позволяет выстроить актуальную для личности смысловую систему. Социокультурные контексты также во многом определяются позитивными или негативными внешними событиями, возникающими вне контроля личности, но оказывающими существенное воздействие через процессы интерпретации на смысловую систему человека, способствуя как расширению, так и сужению смысловых контекстов личности. В первом случае мы можем иметь дело с эффектом «обогащения смысла», во втором – с эффектом «оскудевания смысла» (Е. Е. Сапогова).

Таким образом, в процессе дискурсивного конструирования опыта возможны два пути смыслообразования – расширение или сужение смыслового контекста личности, что сказывается на характере отражающих его нарративов. Опираясь на эти положения, нами была разработана структурно-содержательная модель нарративного конструирования опыта в контексте развития личности. Остановимся на характеристике указанной модели, которая включает:

Виды нарративного конструирования опыта, исходя из основных измерений развития личности по Д. А. Леонтьеву (биологического, социального, личностного). Соответственно, в рамках биологического измерения личностного развития доминирует квазинарратив, предполагающий часто механическое сцепление отдельных фактов, ситуаций, тематическую разбросанность, пространственно-временную дискретность, разорванность смыслового поля текста, порождаемого личностью. Основной тип конструирования опыта – ситуативный, события как осмысленный и вербализованный фрагмент опыта не учитываются.

В рамках второго (социального) измерения личностного развития человек уже строит нарративы путем отбора определенных событий, руководствуясь критерием их релевантности, т.е. значимости для той конкретной истории, которую он хочет рассказать. Таким образом, основной тип конструирования опыта в этом случае – событийный, базирующийся на событиях как основной категории опыта в рамках социального измерения развития личности. Общими параметрами текстуальности становятся тенденция к информативности, целостности, структурности, пространственно-временной согласованности Я-текста личности.

В рамках третьего (личностного) измерения развития используется, как правило, лейтмотивный и тезаурусный типы конструирования опыта, ведущие к созданию метанарратива, характеризующего жизненный мир личности. Лейтмотив можно определить как главную жизненную «тему», являющуюся основой для создания жизненной истории путем связывания основных событий жизни в упорядоченную последовательность. Тезаурус, опираясь на концепцию Луковых, мы определяем как конструкцию знаний, основным предназначением которого является ориентация в окружающем мире,

саморазвитие и создание нового. Тезаурус расширяет понимание субъектом себя и мира, поэтому центральным механизмом его создания есть понимание.

В рамках биологического измерения отмечается неполнота и/или несогласованность основных информационных планов текста (когнитивного, рефлексивного и регулятивного). Когнитивная информация – это, по сути, изложение фактов, о которых рассказчик сообщает другому, она представляет поверхностный слой текста, но при этом дает возможность сделать определенное предположение об основных темах текста. Рефлексивная информация прежде всего отражает собственное понимание фактов и проблем, которые скрыты за ними, собственное отношение к ним. И, наконец, регулятивный план отражает направленность автора текста на другого – что именно выделить или скрыть в тексте, к чему привлечь внимание собеседника.

Для второго измерения развития характерна тенденция к структурной согласованности информационных планов текста. И если в случае порождения квазинарратива рефлексивная информация, как правило отсутствует или выражена незначительно, то тут присутствуют все три плана и стремление к их согласованности. В случае личностного измерения развития возникает смысловая интеграция текстовой информации, отражающая основные концепты личности, например, ее Я-концепцию.

И последнее, на чем следует остановиться, касается элементов нарратива как повествовательного текста, отражающего результаты конструирования опыта личности на разных уровнях ее развития.

Основными смыслопорождающими характеристиками нарратива являются тема; персонажи, сюжет; жизненные обстоятельства, оценки персонажей, в том числе и себя; отношение к излагаемым событиям; смысловая согласованность текста нарратива; хронотоп как единство пространства и времени, возникающее в процессе взаимодействия рассказчика с излагаемыми событиями; последовательность событий.

В рамках биологического измерения развития текст, порождаемый личностью, редуцируется до изложения места, времени, героя/героев, ситуации/фактов и эмоционального отношения к ним.

На следующем уровне к ним добавляются характеристика событий и их изложение в определенной последовательности, рефлексивное отношение к себе и героям, а также к излагаемым событиям.

И, наконец, на личностном уровне элементы Я-текста включают: Другого как соавтора, пространственно-временную согласованность, интеграцию ретроспективных и проспективных планов текста, смысловую направленность и смысловое отношение к себе и Другому, к собственному жизненному миру в целом.

Выводы. Как фактор ментального здоровья личности дискурсивное конструирование опыта представляет собой непрерывно происходящий процесс смыслотворчества, предполагающий трансформацию и переопределение личного опыта в результате обращения к социокультурным образцам и личным конструктам. Ведущая роль в этом процессе принадлежит

нарративу, являючись когнітивною схемою конструювання смисла через тематическое расположение фактов в виде организованных сюжетов, опираючихся на социокультурные и личностные конструи.

АПРОБАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ ТРЕНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ «РОЗВИТОК ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ПРИ ПРИЙНЯТТІ РІШЕННЯ КОМАНДИРОМ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ»

С. В. Черевичний,
*ад'юнкт,
Національний університет оборони
України імені Івана Черняховського*

Дослідження діяльності командира дає можливість констатувати, що її невід'ємною складовою є прийняття рішень в складних, нестандартних ситуаціях та умовах невизначеності. Стійкість командира до дії фактору невизначеності, здатність ефективно діяти в нових, неструктурованих, неоднозначних ситуаціях, в умовах обмеженої інформації проявляти толерантність до невизначеності, передбачає знаходження шляхів формування толерантності до невизначеності під час їх професійної підготовки, що в свою чергу зумовлює необхідність розробки та запровадження програми розвитку толерантності до невизначеності при прийнятті рішення в умовах невизначеності, як ефективного інструмента професійного розвитку командирів.

Обґрунтуванням побудови програми виступають теоретичні засади генетико-моделюючого методу С. Максименка стосовно розширення рамок дослідницьких можливостей експерименту та зміщення акценту дослідження особистості від констатації і опису існуючої структури до вивчення процесу її становлення. Адже саме в цьому процесі відкриваються дійсні глибини і сутнісні механізми, що забезпечують розвиток особистості як цілісності. Розуміння цілісності, взаємообумовленості психічних процесів, визначення змісту компонентних складових розвитку толерантності до невизначеності (далі по тексті – ТН), дозволяє припустити, що у ході застосування психологічної програми, спрямованої на розвиток когнітивного, емоційно-вольового та ціннісно-мотиваційного компонентів прийняття рішення командирами в умовах невизначеності, відбудуться зміни у рівнях їх сформованості. Зміни рівнів сформованості ТН у командирів буде зафіксовано після формувального впливу.

Програма «Розвиток толерантності до невизначеності у командирів при прийнятті рішення в умовах невизначеності» має на меті розвиток толерантності до невизначеності у командирів при прийнятті ними рішення в

складних, невизначених ситуаціях а також висвітлення психологічних особливостей формування ТН в командирів у процесі професійної підготовки. Завдання даної програми полягають у формуванні когнітивного, емоційно-вольового та ціннісно-мотиваційного компонентів прийняття рішення командира в умовах невизначеності, зокрема: а) формування уявлень про поняття «невизначеність», «толерантність до невизначеності» та «інтолерантність до невизначеності»; б) підвищення рівня обізнаності про ознаки, що підтверджують сформованість ТН; в) оволодіння методами формування ТН при прийнятті рішення; г) формування позитивного ставлення до ТН; д) формування здатності діяти в складних ситуаціях, звертатися до нових джерел інформації для вирішення проблем. Головними засобами освоєння толерантного відношення до невизначеності при прийнятті рішення у командирів є: осмислення власного розуміння феномена невизначеності та досвіду взаємодії з ним, а також порівняння його з досвідом інших учасників групи; моделювання в групі ситуацій невизначеності та рефлексія учасниками власного емоційного стану, моделей поведінки та здатності до прийняття рішень в цих умовах; розвиток здатності до імпровізації поведінки та прийняття нестандартних, нешаблонних рішень; розвиток спонтанності та емоційне закріплення.

У результаті опанування змісту даної програми командири *отримують* знання щодо понять «невизначеність», «толерантність до невизначеності» та «інтолерантність до невизначеності», позитивні складові ТН. *Усвідомлять* відмінності толерантної до невизначеності особистості від інтолерантної; своє мислення, придбані знання і поведінку в ситуації невизначеності. *Розвинуть* вміння виявляти позитивні емоції і почуття в ситуації невизначеності, неоднозначності, амбівалентності; *здатність* змінювати власні плани та рішення, перебудовуватися у нових, невизначених ситуаціях; знаходити продуктивні способи дій в ситуаціях невизначеності.

Програма розрахована на 28 годин і складається зі вступу, трьох блоків (когнітивний, емоційно-вольовий, ціннісно-мотиваційний), що включають шість тематичних тренінгових занять та підсумків тренінгу. Кожне заняття проходить протягом чотирьох академічних годин в межах плану навчального навантаження. Основу інформаційно-методичних матеріалів програми складають авторські розробки (результати теоретико-емпіричних досліджень прийняття рішення командирами в умовах невизначеності). Програма спрямована на формування психологічних компонентів прийняття рішення командиром в умовах невизначеності (когнітивний, емоційно-вольовий, ціннісно-мотиваційний) та реалізується за загальним планом тренінгових занять. Означені компоненти, на нашу думку, є визначальними і утворюють цілісну систему розвитку толерантності до невизначеності. Так ціннісно-мотиваційний компонент передбачає актуалізацію ціннісного ставлення до толерантності як важливої особистісної та професійної риси, стимулювання потреб у розвитку власних толерантних якостей та передбачає поступове засвоєння комплексу ціннісних знань про толерантність у специфічну групу

власних ціннісно-смыслових установок, що визначають підхід до світу, до самого себе та до трактування різних ситуацій невизначеності. Недостатній розвиток вмінь приймати рішення в ситуації невизначеності значною мірою обумовлений відсутністю у командирів необхідних психологічних знань. Реалізація когнітивного компонента відбувається завдяки накопиченню інформації, де командири починають усвідомлювати значення альтернативи небажаний поведінці при прийнятті рішення, тим самим відбувається зростання власних професійних та особистісних можливостей. Адже усвідомлення передбачає не лише накопичення інформації про толерантність, а безпосередньо пов'язане з розвитком рефлексивних механізмів, таких як індивідуальна самооцінка, здатність до позитивного діалогічного мислення, уміння розуміти й приймати багатовимірність та складність життєвої реальності, запобігати переходу когнітивного конфлікту в міжособистісний. Розвиток емоційно-вольового компонента дозволяє оволодіти засобами емоційної саморегуляції, розвинути емпатійне розуміння ситуації невизначеності, терпиме ставлення до протилежних висловлювань, а також толерантність до стимулів, що провокують небажану поведінку. Адже, опанування зовнішніми способами вираження толерантності є потужним засобом, що призводить у рух глибокі особистісні трансформації і врешті-решт призводить до особистісного прийняття толерантності до невизначеності. Загальна структура програми наведена в таблиці 1.

Таблиця 1

**Структура комплексної тренінгової програми
«Розвиток толерантності до невизначеності при прийнятті рішення
командиром в умовах невизначеності»**

Основні частини програми	Кількість годин
Вступна частина тренінгової програми	2
Когнітивний блок	
Тренінгове заняття 1 «Ситуації невизначеності в діяльності командира»	4
Тренінгове заняття 2 «Когнітивне сприйняття ситуації невизначеності командиром»	4
Емоційно-вольовий блок	
Тренінгове заняття 3 «Емоційне ставлення командирів до невизначеності»	4
Тренінгове заняття 4 «Толерантність до невизначеності як визначальна умова успішного рішення командира в бою»	4
Ціннісно-мотиваційний блок	
Тренінгове заняття 5 «Роль ціннісно-мотиваційної складової у прийнятті рішення командиром в умовах невизначеності»	4
Тренінгове заняття 6 «Продуктивні та непродуктивні копінгі у прийнятті рішення командиром в умовах невизначеності»	4
Заклучна частина тренінгових занять (підведення підсумків тренінгу)	2
Загальна кількість годин	28

Для розширення уявлень про ТН, особливості її формування у командирів при прийнятті рішення, відпрацювання навичок вирішення ситуацій невизначеності в бойових умовах, здатності позитивно сприймати невизначеність, застосовувались наступні методи роботи: аналіз власного ставлення до ТН, ІТН; аналіз власних ситуацій невизначеності як в повсякденній так і в бойовій діяльності з відтворенням власного способу вирішення таких ситуацій; аналіз самостійного освоєння освітнього простору та стимульних текстів для індивідуальної і групової роботи; моделювання шляхів вирішення складних, невизначених ситуацій в професійній діяльності командира; інтерактивні техніки (криголам, міні-лекції, групові дискусії з означеної проблеми, мозковий штурм, метод незакінчених речень, ігрові вправи, домашні завдання, мультимедійні презентації, аналітична робота в групах).

За результатами проведеного формувального експерименту було отримано статистично значущі позитивні зміни щодо розвитку толерантності до невизначеності, а також показників когнітивного (пильність, адаптивність, ситуативна рефлексія) та емоційно-вольового (уникнення, впевненість, толерантність до двозначності) компонентів прийняття рішення командиром в умовах невизначеності. Для показників ціннісно-мотиваційного компонента статистично значущих змін отримано не було. Це може вказувати на те, що цінності та мотиви є тими фундаментальними особливостями, які формуються протягом тривалого часу життя особистості за допомогою різноманітних факторів, впливів та умов і майже не здатні (в результаті короткотермінового впливу) кардинально зазнати змін.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНМНЕЗІ: КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Н. В. Шудрікова,

*аспірант кафедри акушерства і гінекології,
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

В умовах сформованої в країні демографічної ситуації охорона репродуктивного здоров'я населення є найважливішим державним завданням. Значне поширення в останні роки гінекологічної та іншої соматичної патології серед жінок фертильного віку призводить до постійного підвищення частоти ускладнень вагітності та пологів. Неприятлива ситуація в сфері репродуктивного здоров'я населення вимагає розробки і реалізації комплексних заходів з профілактики його порушень, що неможливо без поглибленого медико-психологічного дослідження проблеми. При цьому вельми актуальною є проблема попередження невиношування вагітності,

частота якої складає 10-25% всіх вагітностей, при цьому 5-10% приходить на передчасні пологи. Слід зазначити, що на частку недоношених дітей припадає понад 50% мертвонароджень, 70-80% ранньої неонатальної смертності, 60-70% дитячої смертності. Недоношені діти вмирають в 30-35 разів частіше, ніж доношені, а перинатальна смертність при невиношуванні вагітності в 30-40 вище, ніж при нормальних пологах (Айламазян Э. К., 2013; Савельєва Г. М., Аксененко В. А., 2018). Таким чином, невиношування вагітності не втрачає своєї наукової та практичної в сучасному акушерстві.

Причини, що призводять до втрати вагітності дуже різноманітні. За даними авторів, найбільш часто причинами звичного невиношування вагітності є: психоемоційний стан жінок, інфекційний чинник, аномалії розвитку матки, імунологічні порушення, хронічний ендометрит, внутріматкові синехії, нейроендокринні порушення, антифосфоліпідний синдром (АФС), істміко-цервікальна недостатність (ПЦН) (Айламазян Э. К., 2013; Белицина Л. В., 2012; Подзолкова Н. М., 2013; Серов В. Н., 2014).

Окремо слід наголосити, що означена проблема далеко виходить за межі виключно медичної, оскільки невиношування є значним стресогенним фактором, який впливає на стан соматичного та психічного здоров'я жінки, може обтяжувати настання та перебіг наступних вагітностей, вносити напругу у внутрішньосімейні стосунки, стає чинником, що заважає реалізувати репродуктивний потенціал як окремої особистості, так і подружжя в цілому, а отже негативно впливає на демографічну ситуацію та набуває значного соціального забарвлення (Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В., 2020).

Метою нашого дослідження стало вивчення психоемоційного стану жінок зі звичним невиношуванням вагітності. Дослідження проводилися на базі відділення патології вагітних та жіночої консультації. Під нашим спостереженням знаходилися 64 жінки фертильного віку (25-35 років). До першої (експериментальної) групи було включено 30 вагітних зі звичним невиношуванням, до другої (контрольної) – 34 здорових вагітних жінок без обтяженого акушерського анамнезу.

Психодіагностичне дослідження було здійснено за допомогою методики діагностики рівня рефлексивності А. В. Карпова, опитувальника Т. В. Корнілової «Особистісні фактори прийняття рішень», самооцінки психічних станів: самопочуття, загальна активність, настроїв (САН), шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера-Ю. Л. Ханіна, методики вимірювання рівня тривожності Тейлора.

У ході проведених досліджень виявлено значні відмінності за показниками всіх запропонованих нами методик. Високий рівень рефлексивності був виявлений у 13,3% пацієнток 1 групи та у 8,8% 2 групи, тоді як низький рівень – у 40,0% жінок 1 групи, і у 20,6% жінок контрольної групи. Під рефлексивністю ми розуміємо здатність до самосприйняття змісту власної психіки та її аналізу, і навіть до розуміння психіки інших, механізми проєкції, ідентифікації та емпатії. Середній та високий рівень, виявлений у жінок в обох групах, цілком забезпечує нормальну соціально-психологічну

адаптацію особистості, а за низького рівня можливі проблеми дезадаптації та ізоляції, що найбільше виражено у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі.

Опитувальник «Особистісні фактори прийняття рішень» Т. В. Корнілової вимірює такі особистісні властивості, як: готовність діяти в ситуаціях з неповними або завідомо недоступними орієнтирами, а також раціональність, як схильність обмірковувати свої рішення та збирати якнайбільше інформації. Занижені показники раціональності продемонстрували 46,7% вагітних з невиношуванням і всього 5,9% здорових жінок без обтяженого акушерського анамнезу. Знижені показники готовності діяти були виявлені у 36,7% пацієнток 1 групи та у 23,5% – 2 групи відповідно.

Що стосується тривожності (за результатами опитувальника Ч. Д. Спілбергера-Ю. Л. Ханіна), то в експериментальній групі висока тривожність у більшості (63,3%) пов'язана з особистісними стійкими характеристиками жінок, тобто можна зробити висновок, жінки зі звичним невиношуванням вагітності мають початкову схильність сприймати великий спектр ситуацій як загрозливі, ніж жінки контрольної групи (17,6%).

При проведенні тесту вимірювання рівня тривожності Тейлора нами було виявлено, що 73,3% жінок з обтяженим акушерським анамнезом частіше страждають на безсоння, відчувають себе марними, відчувають тривогу у будь-яких ситуаціях, їх самооцінка значно занижена, ніж жінки з нормальним перебігом вагітності (32,4%).

При оцінці власного самопочуття, активності та настрою (методика САН) жінки зі звичним невиношуванням вагітності частіше описують себе знесиленими, розбитими, байдужими, розсіяними, стурбованими, у порівнянні зі здоровими вагітними. Це може бути обумовлено їх частим перебуванням у стаціонарних умовах.

Отже, наявність звичного невиношування вагітності в анамнезі є сильним психотравмуючим фактором, який проявляється у різних сферах життя жінок, на всіх рівнях функціонування особистості – як фізичному, так і психологічному. Ефективним для реабілітації та профілактики психоемоційного напруження у вагітних із невиношуванням вагітності в анамнезі є комплексний інтегративний підхід, який включає обов'язкову психодіагностику та спільну роботу акушера-гінеколога та медичного психолога, що сприятиме стабілізації психоемоційного стану жінки та зниження ризику розвитку акушерської і перинатальної патології.

СТАВЛЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДО ЗАГАРТОВУВАННЯ ЯК МЕТОДУ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

І. М. Щербак,

к. пед. н.,

М. О. Довгопола,

здобувач вищої освіти,

О. П. Медведська,

здобувач вищої освіти,

Харківський національний педагогічний університет

імені Г. С. Сковороди

На сьогодні надзвичайно актуальним стало питання збереження здоров'я сучасної молоді та формування свідомого ставлення до власного здоров'я. Перехід навчання на дистанційну форму заставив багатьох замислитись над важливістю застосування методів здоров'язбереження як у навчальному процесі так і в повсякденному житті. Підвищилась значущість загартовуючих процедур як основного методу підтримання імунітету, формування стійкості до вірусів, насичення організму киснем та збільшення адаптації до низьких температур.

Відомо, що в організмі загартованої людини при охолодженні зменшуються процеси віддачі тепла в навколишнє середовище, а також включаються механізми його вироблення, що підвищує загальний обмін речовин. При цьому досягається висока злагодженість процесів теплопродукції і тепловіддачі, що забезпечує адекватне пристосування до факторів зовнішнього середовища, вдосконалення координаційного зв'язку між окремими функціональними системами організму, оптимальне пристосування до мінливих умов зовнішнього середовища.

Встановлено, що систематичне загартовування знижує ймовірність застудних та вірусних захворювань, має позитивну дію на організм, підвищує тонус центральної нервової системи, покращує кровообіг, нормалізує обмін речовин, підвищує адаптивність організму до несприятливих впливів зовнішнього середовища, сприяє активізації розумової та фізичної працездатності. При багаторазовому впливі специфічних подразників під впливом нервової регуляції в організмі утворюються певні функціональні системи, що забезпечують пристосувальний ефект. Пристосувальна реакція формується в нервовій системі, в ендокринному апараті, в органах, тканинах і клітинах. Організм отримує можливість безболісно переносити надмірний вплив холоду і високої температури. Існує декілька видів загартовувань: загартовування сонцем, повітрям і водою.

У зв'язку із пандемією та карантинними обмеженнями стало за необхідним дізнатися про ставлення студентів до загартовуючи процедур,

серед яких може бути ефективним загартовування повітрям під час проведення занять та фізкультхвилинок на свіжому повітрі.

Тому, метою нашої роботи було проведення опитування серед здобувачів вищої освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Анкетування проводилося анонімно, в якому прийняло участь 63 студенти.

В результаті опитування визначили, що на перше питання «Чи знаєте ви, що таке загартовування?» 72,7% опитуваних відповіли, що загартовування є важливою складовою життя, інші 17,7% розуміють, що це корисно і потрібно, але байдуже налаштовані на виконання певних загартовуючих процедур, 4,8% – взагалі не цікавить загартовування, 4,8% – вважають свої знання недостатніми, але бажають їх покращити.

На друге питання «Чи загартовуєтесь ви?» 40,3% зазначили, що самі загартовуються, 43,5% повідомили, що їм не вистачає часу, а решта – 16,2% вважають, що їм заважає не бажання здійснювати такі процедури.

На третє питання «Чи потрібно застосовувати загартовуючі процедури під час навчального процесу та поза межами нього?» 82% вважають, що загартовуватися потрібно і корисно, 18% – не впевнені, що це потрібно.

На четверте питання «Яка саме загартування може вважатися корисною?» 83,9% здобувачів вищої освіти відповіли, що корисне поступове, систематичне і дозоване, 4,8% – вагалися відповісти, 6,5% вважають, що дія холодної води приносить користь.

Виходячи з дослідження, можна зазначити, що більшість здобувачів вищої освіти обізнані з питань загартовування, деякі навіть практикують його у власному житті, але все-таки є частина, що вважає загартування не обов'язковим.

ТВОРЧИСТЬ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

С. П. Яланська,

д. психол. н., професор,

*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

Важливою детермінантою забезпечення психологічного здоров'я людини є творчість. Адже, здійснюючи творчу діяльність, особистість відволікається від звичних для неї подій, ситуацій, переживає позитивні емоції.

За результатами опитування студентів Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка» та студентів Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка (156 осіб)

дійшли висновків, що на питання: «Чи може творчість бути детермінантою здоров'я людини?» 83,0% відповіли «так», 15,0% – «не можу точно відповісти», 2,0 % – «думаю, що ні».

На кафедрі психології та педагогіки Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка» діє психологічна студія «Шлях до успіху», на засіданнях якої неодноразово проводилися заходи присвячені проблемі творчості та психологічного здоров'я людини. Під час освітнього процесу майбутні практичні психологи, виконуючи одну із лабораторних робіт на тему «Діяльність. Види діяльності» виконують вправу «Творчий продукт». Завдання: 1) створення творчого доробку (вірш, оповідання, пісня, та ін.), що стосується будь-якого предмету, який знаходиться в аудиторії, причому, змістова складова має бути пов'язана зі спеціальністю майбутньої професійної діяльності учасників освітнього процесу; 2) презентація «творчого продукту». Під час заняття студенти презентують різноманітні творчі доробки. На запитання «Які емоції Вас переполювали під час виконання творчої діяльності?» 100% опитаних відповіли – позитивні.

В. О. Моляко у своїх дослідженнях визначає різні види творчості: наукову; технічну; образотворчу; ігрову; побутову; життєву; комунікативну та ін. (Яланська С. П., 2018). Тож творча діяльність у різних життєвих сферах сприяє психологічному благополуччю, гармонійному розвитку, позитивному емоційному стану, що забезпечує психологічне здоров'я особистості.

Використання арт-інструментарію в освітньому процесі сприяє творчості здобувачів вищої освіти. Базуючись на генетико-креативному підході акад. С. Д. Максименка (Максименко С. Д., Яланська С. П., 2021) нами розроблено проєкт портативної лабораторії креативності «Психометричний кольоровий арт-конструктор», що містить комплекс психологічних інструментів, які можна використати з психодіагностичною, корекційною, розвивальною метою, а також для оптимізації психічних станів людини, збереження, зміцнення, психологічного здоров'я, підвищення стресостійкості.

Потужним майданчиком для розвитку творчості студентської та учнівської молоді буде слугувати лабораторія психодіагностики та корекційно-розвивальної роботи кафедри психології та педагогіки, відкриття якої планується найближчим часом.

Таким чином, творчість є важливою детермінантою психологічного здоров'я людини. Перспективами дослідження є більш детальне вивчення ресурсу творчості як детермінанти здоров'я людини на різних вікових етапах.

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
Лабораторія вікової психофізіології
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
Кафедра здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Лабораторія психології репродуктивної сфери, пренатальної
і перинатальної психології**

ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

**Матеріали
VI Всеукраїнської науково-практичної конференції**

18 листопада 2021 року

[Текст]

*Матеріали подані в авторській редакції. Відповідальність за грамотність,
науковий та літературний зміст, достовірність фактів і посилань
несуть їх автори*

Головний редактор:
Ольга Валеріївна Бацилєва
д-р психол. наук, професор

Відповідальний за випуск:
Ірина Володимирівна Пузь
канд. психол. наук, доцент

MEDICINE

PSYCHE

PSYCHE

PSYCHE

MEDICINE

MEDICINE