

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

VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції

## ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

16 листопада 2023 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  
VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції**

**16 листопада 2023 року**

**м. Київ**

УДК 159.922:61(06)

***Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: [Текст] :  
Матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ,  
16 листопада 2023» р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред.  
проф. О. В. Бацилевої. – Київ, 2023. 112 с.***

Збірник містить матеріали і тези доповідей учасників VIII 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 27.10.2023 року)***

***© Інститут психології імені Г. С. Костюка  
НАПН України, 2023***

## ЗМІСТ

<b>Максименко С. Д.</b> ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ	7
<b>Астахов В. М.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	9
<b>Базиль Т. С.</b> САМООЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ВОЛОНТЕРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ	12
<b>Бахмутова Л. М.</b> ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ-БІЖЕНЦІВ У ПОЛЬЩІ ТА ЗАХОДИ ЩОДО СПРИЯННЯ ЇХ АДАПТАЦІЇ	15
<b>Бацилєва О. В.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ	18
<b>Білецька Г. А. Брель Л. С., Бабій А. В., Коцюмаха Ю. О.</b> СКЛАДНИКИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ЗАКЛАДУ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ	22
<b>Білокобильський О. В.</b> ЕКЗИСТЕНЦІАЛИ ОСОБИСТІСНОГО БУТТЯ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	25
<b>Бойко Н. С.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ОПТИМІЗАЦІЇ ІМІДЖУ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ	27
<b>Болотнікова І. В.</b> ЕМПАТІЯ ЯК ФАКТОР ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРОФЕСІЙНОГО КОЛЕКТИВУ	30

<b>Видра О. Г.</b> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ У СТУДЕНТІВ НЕПСИХОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НАВИЧОК ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ І САМОДОПОМОГИ	32
<b>Гресько І. М.</b> МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В КРИЗОВИХ УМОВАХ	34
<b>Гусєв В. М., Хапченкова Д. С., Книш Є. А.</b> ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАН СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ: ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	37
<b>Гуцол К. В.</b> СОЦІОКУЛЬТУРНІ КОНТЕКСТИ СТАНОВЛЕННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ	40
<b>Дзвоник Г. П.</b> АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ	44
<b>Доцевич Т. І.</b> РОЛЬ І ЗНАЧЕННЯ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПРОЦЕСІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ	47
<b>Задорожна А. С.</b> САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ В ПРОФЕСІЙНОМУ ВИМІРІ	49
<b>Казачінер О. С., Бойчук Ю. Д., Галій А. І.</b> КАЗКОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ТА МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ	52
<b>Карамушка Л. М.</b> ДІЯЛЬНІСТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВІЙНИ	54
<b>Кокун О. М.</b> ВІДМІННОСТІ У ПОКАЗНИКАХ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБИСТОГО ДОСВІДУ ПІД ЧАС ВІЙНИ	58

<b>Корніяка О. М.</b> ЕМОЦІЙНІСТЬ ЯК ЧИННИК ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ВИКЛАДАЧА	61
<b>Лагун М. В.</b> АЛЬТРУЇСТИЧНО СПРЯМОВАНА ПОВЕДІНКА ЯК ЗАСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	65
<b>Лефтеров В. О.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ УСТАНОВАМИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	68
<b>Манілов І. Ф.</b> ОСОБЛИВОСТІ НАВЬЮВАНОСТІ СОЦІАЛЬНО ДЕЗАДАПТОВАНИХ ПІДЛІТКІВ АКЦЕНТУАНТІВ	72
<b>Мар'яненко Л. В.</b> ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВЧИТЕЛЯ НА ВЗАЄМОДІЮ З УЧНЯМИ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ	75
<b>Миронец С. В.</b> ПСИХОЛОГІЯ ВІЙНИ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ ДЛЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	80
<b>Панасенко Н. Н., Войтович М. В.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	85
<b>Поклад І. М.</b> РОЛЬ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА	88
<b>Потапчук Є. М., Карпова Д. Є., Потапчук Н. Д.</b> ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ ВІЙНИ	91
<b>Пузь І. В.</b> ІНФОРМАЦІЙНИЙ СТРЕС ЯК ЧИННИК ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ	93
<b>Рудницька С. Ю.</b> МІФОЛОГІЧНІ КООРДИНАТИ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ДОСВІДУ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	96

<i>Самара О. Є., Ташилатов В. А.</i> ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ПЕРЕВТОМИ НА РОБОТУ ПАТРУЛЬНОГО ПОЛІЦЕЙСЬКОГО В УМОВАХ ВІЙНИ	99
<i>Сафін О. Д.</i> ПСИХОЛОГІЧНИЙ САМОЗАХИСТ ЯК МАРКЕР ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСНОГО СТИЛЮ ОСОБИСТОСТІ	101
<i>Сорока О. М.</i> ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗРУШЕНЬ У РІЗНИХ СФЕРАХ ОСОБИСТОСТІ МОРЯКІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЇХНЮ СТРЕСОСТІЙКІСТЬ	105
<i>Фісіна Н. Г.</i> КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПРЕНЕВРОТИЧНИХ СИМПТОМІВ У ДОШКІЛЬНИКІВ	107
<i>Яланська С. П.</i> ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЗВО	110

## **ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ**

*С. Д. Максименко,  
дійсний член НАПН України,  
доктор психологічних наук, професор,  
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Проблема психологічного здоров'я особистості, пошук шляхів його збереження і відновлення, зокрема через попередження дії негативних чинників та використання наявних можливостей організму на всіх рівнях, сьогодні, як ніколи, є надзвичайно актуальною та характеризується значною соціальною значущістю. Сучасні реалії із наявністю різноманітних за своєю модальністю та чисельних за кількістю змін, в яких сьогодні живе не тільки кожна окрема людина, а й суспільство в цілому, вимагають постійного швидкого реагування та ефективної адаптації до нових умов життєдіяльності. При цьому, саме здоров'я забезпечує можливість особистості пристосуватися до динамічних змін зовнішнього середовища та різного роду змін в організмі за допомогою індивідуально обумовлених фізіологічних і психічних реакцій. Виходячи з цього, цілком зрозумілим є пильна увага фахівців до проблеми загального здоров'я, й психологічного здоров'я зокрема, та пошуку ефективних шляхів психологічного благополуччя людей, яким довелося жити в наш непростий час.

Визначаючи психологічне здоров'я як динамічну сукупність психічних властивостей, що забезпечують взаємозв'язок та гармонійне функціонування особистості на всіх рівнях в процесі життєдіяльності людини, можна саме його розглядати як значний ресурс особистості у попередженні дії негативних чинників, які мають місце у мінливих умовах сьогодення та адаптації до нових умов життєдіяльності. Благополуччя в психологічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій, а першими проявами психологічного нездоров'я є симптоми неадекватності, невизначеності в плані ефективності власних переживань, неадаптивності поведінки.

Цікаво, що поняття психологічного здоров'я виникло у зв'язку з необхідністю диференціювати стани соматично і психічно здорової людини відносно її становлення як цілісної особистості, рівня і змісту вищих рухових переживань і процесів смислоутворення та можливостей повноцінного розвитку й адаптації на всіх етапах онтогенезу. Тобто психологічно здорова особистість є адаптивна особистість.



Не можна не зазначити, що феномен адаптації з позицій психологічного здоров'я особистості розглядається як спосіб її саморозкриття, при цьому особлива увага акцентується на прагненні особистості знайти власну стратегію з будь-якою новою навколишньою реальністю, гармонійна взаємодія з якою відповідає актуальному стану здоров'я.

Безумовно, соматичне і психічне здоров'я виступають необхідними умовами психологічного здоров'я, але, в той же час, і останнє (тобто – можливість повноцінного розвитку) впливає на соматичну і психічну сферу людини. Відзначимо, що саме ця суперечлива єдність констатує, зокрема, весь психосоматичний напрям у сучасній медичній і психологічній науках та обумовлює особливості реалізації надання сучасної психологічної допомоги.

Можна говорити, що визначаючи поняття психологічного здоров'я людини, окрему увагу слід зосередити на поняттях психології здоров'я та психології особистості, через те, що саме крізь призму більшості теорій особистості розглядається питання психічного здоров'я особистості. Отже, для визначення системи психологічної допомоги особистості, треба відштовхуватись не лише від концепції психологічного здоров'я, але й від теорії особистості, оскільки для досягнення найбільш ефективного результату необхідним є прогнозування, у межах якої саме теорії наявна проблема може бути вирішена найкраще.

Незважаючи на наявність в різних існуючих теоріях особистості різноманітних підходів до розв'язання проблеми психологічного здоров'я особистості, шляхів його збереження та відновлення, саме орієнтація на особистість, що інтегрує всі рівні організації індивіда, а також різні способи взаємодії з навколишнім середовищем, дозволяє розглядати психологічне здоров'я як загальний конструкт, де головним механізмом виступає рівень розвитку особистісних регуляторних функцій, завдяки саме яким людина може жити, зберігаючи відповідний стан загального здоров'я та функціонування, підтримуючи належну якість життя, розкривати свій потенціал, та вдосконалюватися; тобто саме психологічне здоров'я робить людину самодостатньою.

Таким чином, враховуючи вищевикладене, можна говорити, що означена проблема психологічного здоров'я особистості є надзвичайно актуальною та не втрачатиме свою значущість, оскільки має не тільки велике методологічне та теоретичне, але й прикладне значення, виступаючи підґрунтям для розробки ефективних заходів психологічної допомоги, що є вкрай важливим та перспективним в надзвичайно складних умовах сьогодення.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**В. М. Астахов,**  
*доктор медичних наук, професор,  
Донецький національний медичний  
університет МОЗ України*

Загальновідомо, що вагітність є особливим періодом онтогенезу жінки, який характеризується глибокими змінами на всіх рівнях функціонування її особистості. Вагітність висуває до організму жінки додаткові вимоги та є джерелом фізичного та психоемоційного напруження, а якісні зміни, які відбуваються з жінкою протягом всієї вагітності, не тільки на фізичному, а й психосоціальному рівні, призводять до втрати старої та отримання нової ідентичності, перебудови її самосвідомості та прийняття нової соціальної ролі – ролі матері. Під час вагітності жінка стикається з новим комплексом переживань, що постійно перетворюється під час як всього гестаційного, так і післяпологового періодів, та значною мірою впливає на їх перебіг.

Одними з найбільш значних є нейрогуморальні зміни організму, які відбуваються впродовж вагітності й суттєво позначаються на психоемоційному стані жінки. Показано, що під час вагітності характерними для більшості жінок є емоційна неврівноваженість, дратівливість, схильність до частой зміни настрою, однак наявність вищезазначених особливостей емоційної сфери вагітної пов'язана не тільки із змінами у гормональній та нервовій системах, які відбуваються в її організмі, але також із виникненням різноманітних страхів і побоювань, пов'язаних із самою вагітністю та ситуацією народження дитини, що набуває особливого загострення у випадках тривалого перебування в стресогенних умовах та стають причиною дезадаптивних реакцій на всіх рівнях (Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В., 2018).

Стресогенність умов, у яких сьогодні перебувають сьогодні українські жінки, зокрема вагітні, важко перебільшити та можна стверджувати, що майже всі вони входять до групи ризику щодо розвитку різноманітних особистісних проблем, порушення психосоціальної адаптації, виникнення різного роду ускладнень як під час вагітності, так і в післяпологовий період, наслідки яких можуть мати негативне відображення не тільки на фізичному та психічному здоров'ї самої жінки, але й на внутрішньоутробному розвитку плоду та стані здоров'я новонародженого, а також призводити до порушення дитячо-батьківських та внутрішньосімейних взаємин, обумовлюють загострення цілої низки психосоціальних проблем, що дестабілізують демографічний стан сучасного суспільства. Саме тому сьогодні

особливої актуальності набувають питання, пов'язані з організацією та наданням комплексної допомоги вагітним жінкам з обов'язковим психологічним супроводом задля сприяння їх ефективної адаптації до якісно нової ситуації розвитку в несприятливих умовах життєдіяльності.

Мета роботи стало дослідження особливостей психоемоційного стану вагітних в сучасних умовах та визначення принципів реалізації їх психологічного супроводу.

Емпіричне дослідження проводилося на базі наукової лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної і перинатальної психології Донецького національного медичного університету МОЗ України. Загальна кількість вибірки становила 73 особи. Усі досліджувані перебували на 18-20 тижні вагітності (такий термін був обраний виходячи із розуміння про те, що саме II триместр вагітності є найбільш стабільним) та знаходилися під наглядом акушера-гінеколога у жіночих консультаціях за місцем проживання, де проводився відповідний медичний супровід згідно Наказу № 417 від 15.07.2011 р. МОЗ України. Середній вік досліджуваних становив  $27,7 \pm 3,8$  роки. Усіх учасниць було проінформовано про мету дослідження та отримано згоду на участь у ньому. У якості психодіагностичного інструментарію було використано опитувальник визначення нервово-психічного напруження Т. Немчина, опитувальник оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), шкала особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, тест відношень вагітної І. В. Добрякова.

За результатами опитувальника визначення нервово-психічного напруження (НПН) Т. Немчина було встановлено, що I ступінь НПН, особливостями якої є відносні збереженість ознак психічного та соматичного здоров'я, була виявлена у 13,7% учасниць; II ступінь НПН, характерним для якої є активізація когнітивної діяльності та соматичних функцій, спостерігалася у 34,2%; III ступінь НПН, що супроводжується дезорганізацією психічної діяльності, відчуттям фізичного дискомфорту, була виявлена у 52,1% вагітних.

Аналізуючи результати за опитувальником оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), були виявлені наступні характерні особливості актуального стану серед вагітних, які приймали участь у дослідженні. Так, погане самопочуття, зниження активності та настрою відзначали 27,4% вагітних; наявність гарного самопочуття, підвищення активності та настрою було діагностовано у 19,2% вагітних; гарне самопочуття на тлі зниження загальної активності та настрою було властивим для 38,3% учасниць дослідження; погане самопочуття на тлі підвищення активності та настрою відзначалося у 15,1% вагітних.

Показники за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна дозволи визначити, що для більшості вагітних характерним є наявність високого рівня ситуативної тривожності, який значно переважав рівень особистісної тривожності – 42,5% та 26,0% відповідно.

Аналіз отриманих результатів за тестом відношень вагітної І.В. Добрякова показав, що переживання оптимального типу психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) було характерним для 8,2% вагітних; гіпогестогнозичний тип ПКГД було діагностовано у 8,2% досліджуваних; ейфорійний тип ПКГД було виявлено у 13,7% вагітних; у 38,4% вагітних жінок було діагностовано тривожний тип ПКГД; депресивний тип ПКГД було виявлено у 12,3% учасниць дослідження; у 19,2% вагітних було виявлено змішаний тип ПКГД (21,4% – оптимально-ейфорійний та 78,6% – оптимально-тривожний).

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна констатувати, що у більшості вагітних діагностується високий рівень психоемоційного напруження та ситуативної тривожності, спостерігаються знижені активність та настрої, відзначається домінування тривожного типу ПКГД. Слід зазначити, що у порівнянні з даними наших попередніх досліджень (Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В., 2014, 2018, 2020) простежується певна негативна тенденція за окремими показниками, так і у загальній оцінці психоемоційного стану жінок. Отже, не виникає сумнів у особливій необхідності організації комплексного медико-психологічного супроводу вагітних у надзвичайно складних умовах сьогодення.

Метою запропонованої авторської програми стала стабілізація психоемоційного фону вагітної жінки, попередження та корекція дезадаптаційних станів, підготовка до майбутнього материнства. Програма розрахована на три етапи, кожен з яких складається з п'яти занять. Обов'язковим на початку роботи з вагітними є проведення комплексного психодіагностичного дослідження, метою якого є оцінка актуального психоемоційного стану та виявлення їх індивідуально-психологічних особливостей. Особливо значущим у роботі з даною групою є створення позитивної, доброзичливої та заспокійливої атмосфери. Оцінка ефективності запропонованої програми відбувається на підставі появи таких новоутворень у вагітної жінки, як стабілізація психоемоційного стану, позбавлення від негативних переживань та різного роду страхів, пов'язаних із негативним досвідом попередньої вагітності, підвищення рівня психологічної готовності до пологів та післяпологового періоду, формування адекватного ставлення до ситуації материнства (Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В., 2023).

Підсумовуючи вищевикладене, можна зауважити, що тривале перебування жінок під час вагітності у ситуації дії додаткових різноманітних стресогенних чинників, позначається на функціонуванні організму на всіх рівнях, що може стати передумовою порушення як соматичного, так і психічного здоров'я і життя жінки, негативно позначитися на стані внутрішньоутробного плода та новонародженого, на формуванні дитячо-батьківських стосунків та благополуччя сім'ї в цілому. Запропонована програма психологічного супроводу вагітних жінок виступає одним із можливих варіантів надання психологічної допомоги в межах комплексної медико-психологічної допомоги вагітним жінкам та дозволяє не тільки

покращити фізичний і психічний стан майбутніх матері й дитини, а й покликана сприяти активізації особистісних ресурсів вагітної з метою створення гармонійних умов для реалізації безпечного материнства у складних реаліях сьогодення, що є надзвичайно актуальним завданням для нашої країни.

## **САМООЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ВОЛОНТЕРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ**

*Т. С. Базиль,  
аспірантка*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Особливого суспільного значення та незаперечної актуальності волонтерство як прогресивний соціальний феномен набуло під час жахливої людської трагедії, пов'язаної із широкомасштабним воєнним російським вторгненням: волонтерський рух надзвичайно швидко було спрямовано на допомогу як військовим, так і соціально вразливим категоріям населення. У цьому контексті, принципово важливу роль відіграє діяльність волонтерів у медичній галузі, що пов'язано не тільки з покращенням якості життя людини за кризових умов, а й, власне, рятування самого життя.

У руслі вищезазначеного, в сучасній психології постає необхідність вивчення проблеми ефективності волонтерської діяльності в цілому, зокрема до нагального розв'язання постає завдання дослідження самооцінювання результативності волонтерської діяльності в медичній галузі.

Із цією метою нами було сплановано і проведено емпіричне дослідження, яке охоплено понад 300 осіб, які під час повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну, а деякі й задовго до того, займаються волонтерською діяльністю в різних за спрямуванням галузях і за різних щодо небезпечності умов.

З опитаних респондентів було відібрано 150 осіб, які є волонтерами виключно медичної галузі, тобто їхньою волонтерською діяльністю є надання первинної та іншої медичної допомоги, здійснення медичних оглядів постраждалих, реалізація медичних послуг з підтримки життя та здоров'я людей, догляд за хворими, організація доставки необхідних ліків та медичного обладнання тощо. За рівнем та напрямом їх освіти в сфері охорони здоров'я відібрані 150 респондентів розподілено у три вибірки, кожна з яких нараховує по 50 осіб. У результаті сформовано такі вибірки:

- до першої включено студентів, які навчаються за медичними спеціальностями. Цій вибірці в дослідження ми надали код: «студенти-медики»;

- до другої ввійшли працівники галузі охорони здоров'я, серед яких лікарі різних спеціалізацій, медсестри, фармацевти, реабілітологи тощо. Вибірка отримала код «медики»;

- до третьої вибірки взято осіб, які отримали освіту публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я. Це досить новий освітній напрям у нашій країні, здобування якого не передбачає базової медичної освіти. Тому, до сформованої третьої вибірки ввійшло 39 осіб, які мають медичну освіту, а 11 осіб медичну освіту не отримували. Цій вибірці присвоїли код «управлінці».

Більш детальний опис складу вибірок наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Склад вибірок волонтерів медичної галузі, які діють за кризових умов

Характеристики вибірки		«Студенти»	«Медики»	«Управлінці»
Вік (повних років)		від 18 до 28	від 19 до 59	від 24 до 59
Стать	чоловіча	12	13	11
	жіноча	38	37	39
Загальний стаж роботи	Стаж відсутній	10	0	0
	1 – 5 років	40	19	4
	6 – 10 років	0	4	3
	11 – 20 років	0	27	43
	21 – 35 років	0	0	0
Стаж роботи в медичній галузі	Стаж відсутній	36	0	9
	1 – 5 років	14	29	10
	6 – 10 років	0	3	3
	11 – 20 років	0	18	28
	21 – 35 років	0	0	0
Тривалість волонтерської діяльності	1 рік	44	40	20
	від 1 до 2 років	5	4	6
	від 3 до 5 років	1	4	5
	від 6 до 10 років	0	2	6
	більше 11 років	0	0	0

Сформовані підвибірки в цілому відображають відповідний контингент досліджуваних.

Досліджуваним було запропоновано анкету, яка містила пункти самооцінки задоволеності від власної волонтерської діяльності, особистісної ефективності в ній та результативності такої діяльності в цілому. Такі пункти анкети респонденти оцінювали за 5-бальною шкалою, від «1», що рівнялось «ні, не згоден» до «5», що відповідає «так», тобто повна згода з твердженням.

Для визначення відмінностей між визначеними емпіричними групами: «студенти-медики», «медики», «управлінці» застосовано однофакторний дисперсійний аналіз за методом ANOVA. Факторною (незалежною) змінною є приналежність респондента до однієї із визначених груп. Результати відповідей на запропоновані твердження в застосованому дисперсійному аналізі виступили залежними змінними.

Процедура ANOVA показала відмінності між сформованими підвбірками за трьома самооцінковими твердженнями: «Моя особистість збагачується під час волонтерської діяльності» (Sig = 0,006), «Я відчуваю особистісну потребу в волонтерській діяльності» (Sig = 0,000), «Я маю певну матеріальну зацікавленість або інші корисні мотиви» (Sig = 0,017).

Для визначення статистичних відмінностей між виділеними групами застосовано апостеріорні множинні порівняння.

Результати відповідей у трьох емпіричних вибірках на твердження «Я відчуваю особистісну потребу в волонтерській діяльності» ( $F = 8,176$ ;  $p = 0,000$ ) мають гомогенні дисперсії (застосування тесту Левена показує Sig = 0,555). Тому застосовано тест Бонферроні (Bonferroni). За цим тестом вибірка «студенти-медики» значимо відрізняється низькою оцінкою запропонованого твердження від вибірок «медиків» ( $p = 0,012$ ) та «управлінців» ( $p = 0,000$ ).

Вибірки «медиків» та «управлінців» не мають значимих відмінностей у оцінці цього твердження. Це дає підстави говорити, що студенти, які здобувають освіту в медичній галузі й здійснюють волонтерську діяльність, не керуються особистою потребою в ній. Напротивагу, медичні працівники та особи з управлінською освітою в медичній галузі особисту потребу в волонтерській діяльності мають.

Результати відповідей на твердження «Моя особистість збагачується під час волонтерської діяльності» та «Я маю певну матеріальну зацікавленість або інші корисні мотиви» за тестом однорідності дисперсії Левена свідчить про суттєву різницю між дисперсіями в групах ( $p = 0,029$  та  $p = 0,000$  відповідно), тому застосовано тест Геймса-Хавелла (Games-Howell).

За твердженням «Моя особистість збагачується під час волонтерської діяльності» вибірка «медики» значимо відрізняється від вибірки «управлінців» ( $p = 0,004$ ). При чому, «медики» оцінили це твердження низькими балами, а «управлінці» – високими. «Студенти-медики» своєю оцінкою статистично не відрізняються від інших груп, хоча й оцінюють це твердження достатньо високо. Тож, медичні працівники на відміну від студентів та управлінців не відчувають власного особистісного збагачення.

За твердженням «Я маю певну матеріальну зацікавленість або інші корисні мотиви» вибірка «студенти-медики» значимо відрізняється від вибірки «управлінців» ( $p = 0,028$ ). «Студенти-медики» оцінили запропоноване твердження високими балами, а «управлінці» – низькими. Оцінка вибірки «медиків» не має статистичних відмінностей від оцінки ні вибірки «студентів», ні вибірки «управлінців». Зрозуміло, що студенти, які в силу свого віку та соціального статусу, ще не мають постійного заробітку й матеріальних заощаджень, у волонтерській діяльності намагаються задовольнити власні корисні потреби.

Отже, за результатами аналізу самооцінювання групами «студентів-медиків», «медиків» та «управлінців» власної волонтерської діяльності в кризових умовах можна стверджувати, що.

- «студенти-медики» не відчують особистісної потреби в волонтерській діяльності, проте мають у ній певну матеріальну зацікавленість чи інші корисні мотиви.

- «медики» більшою мірою відчують особистісну потребу в волонтерській діяльності, але зазначають, що їхня особистість під час волонтерської діяльності не збагачується.

- «управлінці» найсильніше відчують особистісну потребу в волонтерській діяльності, вказують, що при цій діяльності їхня особистість збагачується та вони не мають в ній ні матеріальної зацікавленості, ні інших корисних мотивів.

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ-БІЖЕНЦІВ У ПОЛЬЩІ ТА ЗАХОДИ ЩОДО СПРИЯННЯ ЇХ АДАПТАЦІЇ**

*Л. М. Бахмутова,  
доктор філософії у галузі психології,  
провідний науковий співробітник  
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Війна в Україні, розпочата вторгненням російського агресора, змусила близько 7 мільйонів українців залишити свою країну. 24 лютого 2022 року українсько-польський кордон почав зустрічати українських біженців від російської агресії. Переважну більшість склали жінки і діти, а також діти різних форм групового виховання. За оцінками Управління Верховного комісара Сполучених Штатів Америки у справах біженців (United Kingdom High Commissioner for Refugees, UNHCR), станом на 2 травня 2022 року до Польщі прибуло 3,097 млн. біженців з України, з яких 43,3% становили діти віком до 17 років (УВКБ ООН, 2022 р.). У свою чергу, за даними ЮНІСЕФ – українські діти-біженці склали 50% від загальної кількості українських людей, що знайшли тимчасовий захист в Польщі. Перебування такої значної кількості українських дітей за межами України потребує дослідження їх психологічного стану та заходів щодо сприяння їх адаптації.

*Завданням* представленої роботи було виявлення проблем психологічного стану українських дітей-біженців методами спостереження, опитування, бесід.

*Метою* дослідницької роботи є вивчення проблематики психологічного стану українських дітей-біженців та заходів сприяння їх адаптації у Польщі для вчасного попередження негативних наслідків.

*Дослідження психологічного стану.* Згідно наших спостережень, прибулі з України діти-біженці мали різний досвід війни: дехто пережив бомбардування та на власні очі бачив активні військові дії, дехто був в окупації та з ризиком для власного життя утік з ворожого оточення, дехто тільки чув про війну, але отримав інформаційний стрес. У декого з дітей батьки лишилися



на війні і ними опікувалися інші люди, але більшість дітей приїхали саме з мамою. Вони безперервно дивились та читали в соцмережах важкі для людської психіки новини з України, слухали тривожні телефонні розмови своїх рідних, отримували фото- та відео жахливих подій. Все це тримало дітей в стані безперервного інформаційного стресу.

Слід відзначити, що діти дошкільного та молодшого віку після травматичних подій війни мали відчуття безпорадності та тривоги. У них спостерігалось загальне почуття страху, яке поширювалося за межі травматичних подій. Вони були не впевнені у своїй безпеці, тому іноді плакали, згадуючи своїх рідних, які залишились в Україні. На тілесному рівні тривожно реагували на навчальні сирени, які періодично лунають у місцевих відділеннях пожежної охорони Польщі, чи звуки святкових феєрверків, сприймаючи їх за вибухи. Ці відчуття безсилля та страху часто проявлялись в регресивних станах (поверненні до більш ранньої поведінки). Іноді діти, які пережили травматичну подію, не могли самотійно засинати, їм було важко розлучатися з рідними біля школи.

Для дітей підліткового віку з травматичним досвідом характерним було відчуження, небажання спілкуватись з батьками чи вчителями у школах. Це пояснюється тим, що вони часто не усвідомлюють і не контролюють свої емоційні реакції на травматичні події. Їх часто тривожило те, як вони виглядають серед однолітків. Це проявляється в побоюваннях виглядати в очах підлітків «ненормальним», «не таким як усі», що було особливо актуальним для підлітків-біженців, в колі їх іноземних однолітків. Вони часто відчували сором або провину стосовно травматичних подій війни, дехто мріяв про помсту країні-агресору. Тож, іноді травматичний досвід може призвести до радикалізації поглядів та деструктивної поведінки.

Таким чином, виявлено цілі *кластери симптомів*, що свідчать про порушення психологічного стану у дітей та підлітків-біженців як відповідь на психотравмуючий вплив війни, біженства і вимоги приймаючої країни. Це:

1. Психофізіологічні розлади, які проявляються у вигляді симптомів переживання травматичного горя та стресу: погіршення самопочуття та фізичного здоров'я, надмірна активність, або навпаки в'ялість, бездіяльність; різкі зміни настрою.

2. Емоційні розлади, що характеризуються постійними та надмірними відчуттями тривоги, страху та депресії, частою плаксивістю, істеричністю, лякливістю, боязню залишитися наодинці, боязню темноти, гучних звуків, сирен та ін.

3. Негативні когнітивні зміни: погіршення пам'яті; мови, небажання вчитися, та вивчати мову країни проживання.

4. Соціальні детермінанти: дезадаптивна поведінка, грубість, конфліктність, відчуженість або замкнутість та ін.

Наслідками перелічених розладів можуть бути: розвиток хронічних психопатологій та посттравматичних стресових розладів; вживання

психоактивних речовин таких, як алкоголь та наркотики; життя у віртуальному світі комп'ютерних ігор та соціальних мереж; суїцид.

*Заходи щодо сприяння їх адаптації.* Соціально-психологічним порятунком була організація на державному рівні продовження навчання усіх бажаних українських дітей-біженців в польських школах. Щоденні уроки, домашні завдання, спілкування з однолітками стали психологічним рятівним колом, яке відволікало дітей від жахливих спогадів та інформаційного стресу; упорядковувало їхній день, давало відчуття захищеності, поступово зменшувало рівень стресу не тільки у дітей, а й у їх батьків.

На польських вчителів було покладено величезний виклик щодо адаптації і навчання великої кількості дітей в стресовому стані. Своїми враженнями від роботи та спілкування з прибулими українськими дітьми з нами дуже люб'язно поділилися кілька десятків педагогів з польських шкіл 1-го та 2-го рівнів та ліцею. Це були фахівці різних фахових напрямків: директори, шкільні психологи, вчителі математики, польської мови, англійської мови, вчителі молодших класів. Були залучені українки, які тривалий час живуть у Польщі в якості помічниць вчителів по спілкуванню з іноземними дітьми. Обрані нами школи розташовані у невеликих містечках Польщі, а саме, з передмістя Варшави (Мазовецьке Воєводство). Дітей з України на початку війни там було приблизно по 30-40 у кожній. Відмічено, що більшість прибулих дітей перенесли військові події війни як травматичний досвід. Усі опитані нами вчителі підтверджували, що зміна країни, мови, школи і оточення також були певною мірою стресовими як для новоприбулих дітей так і для польських вчителів.

Для дітей молодшого і середнього шкільного віку були організовані класи виключно з українськими дітьми. В одному класі могли бути діти різного віку, з різних областей України: Волинської, Київської, Львівської, Рівненської, Чернігівської, Харківської та Республіки Крим. Основною метою організації таких класів була психологічна адаптація дітей, де вони могли б спокійно спілкуватися рідною мовою і вивчити літери польського алфавіту, отримувати найнеобхідніші знання з польської мови для подальшої інтеграції в класи з польськими дітьми. Окрім польської мови, викладалися математика та англійська мова де польська мова є мало вживаною.

Шкільні психологи з прибулими дітьми на перших порах проводили арт-терапевтичні заняття. Деякі діти у своїх малюнках відображали травматичний сюжет: малювали військову бронетехніку чи працюючу артилерію та намагаючись змінити негативні наслідки цих подій позитивними зображеннями українського прапора, державних символів України, українських захисників і захисниць.

Надання психологічної підтримки приймаючою стороною через державні символи України, створювало загальні умови для нормалізації психологічного стану біженців та їх подальшої психологічної адаптації. Чим більше приймаюче суспільство демонструє символічну солідарність, зокрема пов'язану з патріотичною підтримкою, тим більше біженці відчують себе

значимими новоприбулими, чим більше прийняття, тепла та інклюзивності виявляли місцеві громади, тим краще діти справлялися з пережитим.

В польських школах та дошкільних закладах українські діти із задоволенням займалися ліпленням, декупажем, кухарством (з муки і інших продуктів вчилися готувати тістечка, гофрети та інші смаколики). Це створювало дружню атмосферу та налаштовувало на конструктивну міжособистісну взаємодію, спілкування, знімало емоційне напруження, давало відчуття безпеки і взаємної підтримки.

Прискоренню інтеграційних процесів у шкільні колективи сприяли рухливі та спортивні ігри на свіжому повітрі, екскурсії разом з польськими дітьми, відвідування парків, музеїв, атракціонів, зоопарків, контакту з домашніми тваринами, знайомство з традиціями і звичаями в Польщі. Це дозволило дітям невимушено знайомитись, грати, дружити і спілкуватись. Часто саме школи ставали осередками допомоги і добра.

Пізніше польські організації місцевого рівня, громадські організації, такі, як Український Дім у Перемишлі і Варшаві, Карітас та інші неурядові організації на *організаційному рівні* створювали сумісні літні табори для дітей з України та Польщі, а психологи, волонтери та працівники, залучені до цих літніх таборів та інтеграційних заходів *на індивідуальному і міжособистісному рівнях* дбали про встановлення позитивних стосунків між дітьми. В Польщі було отримано цінний практичний досвід цілеспрямованої, масштабної допомоги, психологічної профілактики, адаптації і забезпечення життєстійкості великої кількості дітей-біженців, що заслуговує наслідування.

Отже, узагальнюючи вище сказане, слід констатувати, що психологічний стан українських дітей-біженців вимагає систематичної, багаторівневої цілеспрямованої психологічної допомоги соціального, підтримуючого і захисного характеру, для попередження симптомів психологічних розладів різної складності та полегшити їх негативні наслідки. Це дасть можливість українським дітям-біженцям впоратися з психологічними проблемами війни і біженства та з часом повернутися в Україну.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ**

**О. В. Бацилєва,**

*доктор психологічних наук, професор,  
Харківський національний педагогічний  
університет імені Г. С. Сковороди*

Однією з найбільш актуальних проблем, до якої сьогодні прикута увага фахівців різних галузей, є пошук шляхів підвищення ефективності функціонування особистості, збереження та покращення її благополуччя, особливо у сучасних реаліях. Життєдіяльність сучасної особистості

характеризується підвищеною стресогенністю, що зумовлено необхідністю жити і працювати в складних умовах. На різних етапах свого життєвого шляху, зокрема під час професійного становлення, людина зустрічається з дією різного роду стресогенних факторів, що може негативно позначатися на її благополуччі, перешкоджати процесу подальшої особистісної та професійної самоактуалізації.

Професійна діяльність сучасних педагогів характеризується зростанням інтенсифікації праці, підвищенням вимог до професійної відповідності і ефективності при виконанні різного роду завдань, що передбачає їх готовність і здатність долати стани напруження, повсякденні стресові ситуації, які зумовлені, перш за все, особливими умовами здійснення педагогічної діяльності, серед яких можна виокремити: високе інтелектуальне та інформаційне навантаження; психоемоційне напруження; надзвичайний рівень відповідальності; постійне спілкування з учасниками освітнього процесу, які мають різні індивідуально-психологічні особливості, знаходяться в різних обставинах, потребують різноманітної допомоги тощо (Бацилєва О. В., Пузь І. В., 2020).

Враховуючи вищевикладене слід зауважити, що професія педагога є особливо вразливою до дії різного роду стресових чинників, та вимагає від фахівців постійної актуалізації когнітивних, емоційних, рефлексивних та інших можливостей та ресурсів їхньої особистості. Загальновідомо, що педагоги, будучи представниками соціономічних професій, знаходяться під впливом як універсальних стресорів, що притаманні будь-якій професійній діяльності, так і під дією специфічних стресорів, що зумовлені особливостями стосунків, які складаються в професіях типу «людина-людина» і вимагають сформованості такої важливої професійної якості як стресостійкість.

Встановлено, що у більшості випадків, коли професійні умови і вимоги до роботи перевершують внутрішні та зовнішні ресурси, організм людини відповідає на них закономірною реакцією, що знаходить своє негативне відображення не тільки на стані професійного здоров'я, але й здоров'я особистості в цілому. Виходячи з цього, стає зрозумілим, що однією із важливіших складових професійної компетентності майбутнього педагога виступає стресостійкість як властивість особистості, яка полягає у здатності протистояти впливу різного роду стресових факторів, включаючи негативні фактори професійної діяльності. На думку більшості дослідників, стресостійкість можна визначити як властивість особистості, яка забезпечує гармонійне відношення між усіма компонентами психічної діяльності в емоціогенній ситуації, і тим самим, сприяє успішному виконанню діяльності.

Аналіз наукової літератури показав, що визначення сутності стресостійкості можна розглядати з двох основних аспектів: по-перше, як характеристику успішності діяльності та здатності підтримувати оптимальну працездатність і ефективність діяльності в напружених ситуаціях; по-друге, як властивість, що впливає на результат діяльності (успішність-неуспішність) і характеристику, що забезпечує рівновагу особистості як системи; тобто

стресостійкість розглядається як діяльнісний і особистісний показник (Batsylyeva O., Puz I., Astakhov V., Budas I., 2021). На нашу думку, саме високий рівень стресостійкості у педагогів сприятиме успішному виконанню професійних обов'язків в складних умовах сьогодення.

Узагальнюючи вищевикладене стає зрозумілим, що особливої актуальності та значення для майбутніх педагогів набувають питання, пов'язані із формуванням низки практичних вмінь та навичок, зокрема вміння протистояти дії різного роду стресогенних чинників, відновлювати психоемоційний стан та особистісне благополуччя.

Отже, метою роботи стало емпіричне дослідження стресостійкості майбутніх педагогів як передумови їх професійного здоров'я.

Емпіричне дослідження здійснено на базі кафедри здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди серед здобувачів вищої освіти різних факультетів. Загальна кількість досліджуваних склала 147 осіб, вік учасників – 17-27 років. Всі досліджувані були ознайомлені з метою дослідження та погодилися взяти участь в ньому. Виходячи із специфіки запропонованого психодіагностичного дослідження та об'єктивних умов сьогодення, дослідження проводилося у дистанційному режимі за допомогою google-form. У роботі для визначення рівня стресостійкості було використано Бостонський тесту стресостійкості (Lyle H. Miller and Alma Dell Smith), опитувальник «Шкала психологічного стресу» PSM-25 (Lemyr-Tessier-Fillion, адаптація Н. Є. Водоп'янова) та опитувальник самодіагностики типу поведінки у стресовій ситуації (В. В. Бойко).

Отримані результати за Бостонським тестом стресостійкості свідчать про те, що серед 23,8% досліджуваних було виявлено високий рівень стресостійкості, що вказує на відмінну стійкість щодо впливу різного роду стресових чинників; у 41,5% діагностовано середній рівень стресостійкості, що відповідає достатній стійкості до напружених умов життєдіяльності та у 34,7% – низький рівень стресостійкості, що свідчить, про певні труднощі під час подолання стресових ситуацій, легку вразливість навіть від дії незначних стресових чинників, що може знаходити негативне відображення на здоров'ї та благополуччі особистості; недостатній рівень стресостійкості не було діагностовано у жодного майбутнього педагога.

За результатами опитувальника «Шкала психологічного стресу» PSM-25 низький рівень психічної напруги було виявлено у 27,2% досліджуваних, що свідчить про наявний стан психологічної адаптованості до різного роду навантажень; середній рівень психічної напруги діагностовано у 42,2% досліджуваних; високий рівень психічної напруги було виявлено майже у третини досліджуваних (30,6%), що вказує на наявність у них стану дезадаптації та психічного дискомфорту, що потребує організації психологічної допомоги із використанням широкого спектру засобів і методів для зниження нервово-психічного напруження та психологічного розвантаження особистості. Слід зазначити, що за результатами цього

опитувальника чим вищим виявляється рівень наявної психічної напруги, тим вищим є рівень психологічного стресу.

За результатами Опитувальника самодіагностики типу поведінки у стресовій ситуації (В. В. Бойко) нами було виявлено наступні стереотипи поведінки, які характерні майбутнім педагогам у стресогенних ситуаціях. Так, у 32,0% досліджуваних було діагностовано тип А, який свідчить про наявність певних рис характеру та ціннісних орієнтацій особистості, які самі можуть виступати джерелом стресових симптомів, а також зумовлювати схильність до різного роду захворювань. Характерними особливостями досліджуваних цього типу є те, що вони гостроконкурентні, агресивні й занадто рухливі, нетерплячими, орієнтуються на успіх у діяльності будь-якою ціною, що може зумовлювати виникнення різного роду проблем під час взаємодії з оточуючими. У 28,6% досліджуваних було виявлено тип В, особливостями якого є спокійний, врівноважений характер, відсутність прояву агресивності в міжособистісних стосунках, неохочість до конкуренції. У 39,4% досліджуваних було виявлено проміжний тип поведінки (А/В) у стресовій ситуації.

На підставі аналізу оцінювання рівня стресостійкості за результатами представлених методик можна побачити наступні особливості стресостійкості майбутніх педагогів. Так, серед досліджуваних тільки чверть осіб (25,9%) мають високий рівень стресостійкості, що свідчить про наявність низького рівня психоемоційної напруги, здатність протистояти впливу різного роду стресогенних чинників, вміння опанувати власну поведінку у стресових ситуаціях. Характерним для 41,5% осіб є середній рівень стресостійкості, що вказує на наявність середнього рівня психічної напруги та достатню ефективність поведінки у стресових ситуаціях. У майже третини осіб (32,6%) діагностовано низький рівень стресостійкості, що свідчить про наявність високого рівня психічної напруги, слабкої здатності протистояти дії стресових факторів, недостатньої ефективності поведінкових реакцій у стресових ситуаціях.

Отже, стресостійкість виступає складною інтегративною характеристикою, що визначає здатність людини протистояти впливу стресових чинників та зберігати ефективну поведінку в стресових ситуаціях, активно перетворюючи їх або пристосовуючись до них без шкоди для здоров'я і якості діяльності, що виконується. Враховуючи отримані результати емпіричного дослідження та значення стресостійкості у професії педагога, на нашу думку, одним із найбільш дієвих інструментів оптимізації їх професійного становлення з формуванням та розвитком окреслених професійно важливих якостей виступає впровадження у процес підготовки майбутніх педагогів проведення низки соціально-психологічного тренінгів, які мають бути спрямовані на формування навичок психічної саморегуляції, що сприятиме не тільки підвищенню рівня стресостійкості та оптимізації внутрішнього потенціалу, а й гармонійному функціонуванню особистості

педагога у всіх сферах його життєдіяльності, що безумовно матиме позитивне значення для збереження та зміцнення професійного здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та впровадженні у в освітній процес тренінгової програми, спрямованої на підвищення рівня стресостійкості у майбутніх педагогів під час професійного становлення в закладах вищої освіти, що є актуальним завданням сьогодення.

## **СКЛАДНИКИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ЗАКЛАДУ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ**

*Г. А. Білецька,*

*доктор педагогічних наук, професор;*

*Л. С. Брель,*

*А. В. Бабій,*

*Ю. О. Коцюмаха*

*Хмельницький національний університет*

В останні десятиліття дедалі більше занепокоєння викликає стан здоров'я дітей і підлітків. Надзвичайно актуальною проблемою є збереження і зміцнення здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО), оскільки у шкільному віці відбувається фізичний та інтелектуальний розвиток особистості. На важливості цієї проблеми наголошується у низці законодавчих і нормативних документів, зокрема таких: Закон України «Про освіту» (2017), Закон України «Про повну загальну середню освіту» (2020), «Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі» (2020), «Державний стандарт базової середньої освіти» (2020) та ін. Саме тому, одним із пріоритетних завдань системи загальної середньої освіти є створення умов для збереження здоров'я дітей і підлітків, формування в них ціннісного ставлення до свого здоров'я і навичок здорового способу життя.

У педагогічній науці склалися певні напрями дослідження проблеми здоров'язбереження здобувачів освіти. Такі педагоги, як Н. Бібік, Ю. Британ, О. Ващенко, В. Ільченко, Т. Коланчук, Г. Мешко, Л. Лавріненко, М. Рибалко та ін., у своїх працях обґрунтовують, що збереженню і зміцненню здоров'я сприяє створення здоров'язбережувального освітнього середовища. Незважаючи на ґрунтовне висвітлення науковцями сутності та різних аспектів формування здоров'язбережувального освітнього середовища, потребують наукового обґрунтування складники, що забезпечують його ефективне функціонування.

Метою дослідження є визначення складників здоров'язбережувального освітнього середовища закладу загальної середньої освіти.

Появу хвороб у дітей і підлітків пов'язують з різними причинами, в тому числі і з недоліками у системі загальної середньої освіти. На підставі аналізу

літературних джерел, в яких висвітлюються різні аспекти збереження і зміцнення здоров'я учнів під час освітнього процесу, а також вивчення ризиків, пов'язаних з особливостями функціонування освітнього середовища ЗЗСО, ми з'ясували фактори негативного впливу на здоров'я учнів, котрі згрупували у три групи:

– освітні (надмірні навчальні навантаження через невідповідність навчальних програм віковим особливостям учнів, недостатня зорієнтованість освітнього процесу на формування здоров'язбережувальної компетентності учнів, недостатній рівень компетентності педагогів у питаннях здоров'язбереження);

– психологічні (емоційний дискомфорт у ЗЗСО, відсутність партнерських стосунків між учнем і вчителем, відсутність в учнів і вчителів мотивації до здорового способу життя, низький рівень культури здоров'язбереження);

– організаційні (невідповідність освітнього середовища ЗЗСО вимогам безпеки, недостатня рухова активність учнів, відсутність планомірної та цілеспрямованої роботи з профілактики шкідливих для здоров'я звичок, нерациональна організація режиму дня і неправильне харчування учнів, невміння вчителів організувати здорове дозвілля учнів).

Для унеможливлення і зменшення впливу цих факторів ЗЗСО має створити умови, сприятливі для навчання, успішної соціалізації і гармонійного розвитку дітей і підлітків, а також забезпечити безпечне середовище для всіх учасників освітнього процесу. З цього приводу у «Національній стратегії розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі» (2020) наголошується, що учні і педагогічні працівники потребують такого стану освітнього середовища, в якому вони відчуватимуть фізичну, психологічну, інформаційну та соціальну безпеку, комфорт і благополуччя.

Освітнє середовище, що сприяє збереженню та покращенню фізичного, психічного і соціального здоров'я усіх суб'єктів освітнього процесу, у педагогічних дослідженнях витлумачене як здоров'язбережувальне освітнє середовище. У «Національній стратегії розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі» (2020) безпечне і здорове освітнє середовище витлумачене як сукупність у закладі освіти умов, що унеможливають заподіяння учасникам освітнього процесу фізичної, майнової та/або моральної шкоди.

У психолого-педагогічних дослідженнях поняття «здоров'язбережувальне освітнє середовище» розглядається з різних точок зору. Г. Мешко на підставі аналізу різних підходів до розуміння сутності поняття «здоров'язбережувальне середовище» стверджує, що воно інтегрує сукупність певних умов: гігієнічних, медичних, психолого-педагогічних, організаційних, навчально-виховних, які забезпечують здоров'я учнів. Серед цих умов наявні й управлінські, спрямовані на формування, збереження і зміцнення соціального, фізичного, психічного, духовного здоров'я на основі психолого-



педагогічних і медичних засобів та методів супроводу освітнього процесу (Мешко Г. М., 2017).

У публікації «Нова українська школа: простір здоров'я. Збереження і зміцнення здоров'я у закладах загальної середньої освіти» (2021) запропонована модель здорової школи. Модель поєднує вісім ключових компонентів і передбачає узгоджені дії усіх працівників закладу освіти задля створення здоров'язбережувального освітнього середовища. Реалізація моделі також передбачає взаємодію закладу освіти з громадою. Відповідно до моделі складниками здорової школи є освітнє середовище, освіта в галузі здоров'я і безпеки, фізичне виховання та рухова активність, здорове харчування, медична служба, соціально-психологічна служба, підготовка і здоров'я вчителів, залучення сім'ї і громади. Відтак суб'єктами здоров'язбережувального освітнього середовища є учні, усі працівники ЗЗСО і батьки.

На підставі аналізу нормативних документів і наукових публікацій, у яких висвітлюється сутність здоров'язбережувального освітнього середовища та унормовані вимоги безпеки, що мають бути дотримані під час його створення і функціонування, а також з урахуванням факторів негативного впливу на здоров'я учнів, ми визначили такі складники здоров'язбережувального освітнього середовища ЗЗСО:

1. Освітні: організація навчального процесу з урахуванням вікових особливостей учнів, оптимальні для учнів навчальні навантаження, суб'єктне включення учнів в освітній процес; зміст освіти орієнтований на формування здоров'язбережувальної компетентності учнів (обов'язковий навчальний предмет «Основи здоров'я», реалізація наскрізної змістової лінії «Здоров'я і безпека» під час вивчення усіх навчальних предметів); використання в освітньому процесі здоров'язбережувальних технологій (технології формування знань про здоров'я, навичок здорового способу життя, виховання культури здоров'я, фізкультурно-оздоровчі технології та ін.); навчання вчителів щодо формування в учнів здоров'язбережувальної компетентності (курси підвищення кваліфікації, семінари, тренінги тощо).

2. Психологічні: забезпечення соціально-психологічного комфорту у ЗЗСО (відсутність дискримінації за національними і расовими ознаками, послуги психолога і соціального працівника, профілактика булінгу і насильства, супровід дітей з особливими освітніми потребами, профілактика шкідливих звичок тощо).

3. Організаційні: створення безпечного середовища у ЗЗСО (дотримання санітарно-гігієнічних норм, правил безпеки життєдіяльності та охорони праці, популяризація безпечної поведінки); створення умов для фізичної активності учнів (наявність приміщень і майданчиків для занять спортом, спортивного інвентаря, спортивних секцій, перерви для рухової активності під час уроків, кваліфіковані вчителі фізичного виховання); забезпечення учнів здоровою і збалансованою їжею, популяризація принципів раціонального харчування учнів; медичне забезпечення учасників освітнього процесу (наявність у ЗЗСО

медичного працівника, моніторинг стану здоров'я учнів, супровід учнів з хронічними захворюваннями, щорічний медичний огляд працівників ЗЗСО, сприяння здоровому способу життя вчителів тощо).

Вище зазначені складники здоров'язберезувального освітнього середовища ЗЗСО, на нашу думку, будуть забезпечувати позитивний результат щодо збереження і зміцнення здоров'я учнів лише у випадку комплексного впливу.

## **ЕКЗИСТЕНЦІАЛИ ОСОБИСТІСНОГО БУТТЯ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

***О. В. Білокобильський,**  
доктор філософських наук, професор  
Донецький національний медичний  
університет МОЗ України*

Життя людини є складним та парадоксальним процесом. Це, так би мовити, за визначенням. Але війна змінює ціннісні координати й дає зрозуміти те, що скрито за лаштунками повсякденної боротьби: життя само по собі є вічним викликом і випробуванням, які ми лише тимчасово розуміємо як власні. Навіщо людина живе? Це й питання до конкретного індивіда, але ж й загальне питання. Його можна сформулювати у вигляді питань типу «що таке життя?», «навіщо життя є?», «навіщо життя дано людині?» Звісно, у цих питань є велика і довга традиція філософських тематизацій та тлумачень. Проте, не треба забувати й про їхню нагальну, конкретну значущість. В тому числі й для кожної людини, кожної особистості. Йдеться не лише про- (ба більше: в першу чергу не про-) саморефлексію, що експлікує певну особистісну філософію на кшталт сповіді. На увазі мається імпліцитна, майже ніколи до кінця не отрефлектована життєва настанова, яка є більш-менш загальним фоном кожної соціально значущої дії людини.

В психології такі метанастанови отримали різні назви, зокрема їх можна ототожнити зі «стилями життя» Альфреда Адлера. Порівнюючи відмінності стилів життя з різницею між соснами, що ростуть на вершині гори та в долині, він доречи підкреслював, що стиль життя з очевидністю проявляється саме в складні моменти життя. Як діяти в тій чи іншій ситуації, яке рішення прийняти? Залишити рідне місто та дім, якщо виникла загроза обстрілів, чи залишитися? Молитися чи донатити? Економити кожен копійку чи дозволити себе навіть те, чого не дозволялось у мирний час? Відповіді на ці питання залежать від метанастанов конкретної людини.

Модель актуальної життєвої ситуації наш мозок накидає кожної митті, намагаючись спланувати найближчі прагматично виправдані кроки. Ця модель складається з певних фізичних обставин, але містить й дещо надматеріальне – етичні оцінки, уявлення про власну соціальні ідентичність і

роль, саморозуміння, тактичні та стратегічні цілі тощо. Основу цих моделей й складає схематизм життєвої метанастанови – в залежності від її типу отримуємо конкретні вчинки індивіда, - чи то як активіста-деміурга, чи то пасивного виконавця, що делегує ініціативу комусь іншому, чи то як представника детермінуючої кожний крок традиції, чи то шукача та споживача насолод. Кожна метанастанова несе в собі певну етику та ціліспрямованість, не завжди логічно обгрунтовані, але завжди дієві. Йдеться про щось подібне до того зв'язку, що продемонстрував для більш масштабних структур Чарлз Тейлор (наприклад в книзі Секулярна доба. Книга друга, стор. 250). На особистісному рівні етичні стовпи світосприйняття проявляються в неочікуваних емоційно-моральних оцінках здавалось би об'єктивних подій, та інколи виглядають як самовикриття<sup>1</sup>.

Проте, саме в етично-аксіологічній матриці метанастанови людини структурується когнітивна інформація, формуються праксіологічні прогнози та плани, тобто все те, що буде мислити й робити людина, все те, ким вона буде для себе й оточуючих. Важливо в цьому ракурсі підкреслити те, що саме «етичні» (в широкому сенсі) когнітивні мапи визначають конфігурацію індивідуальної картини світу, а їхній інтерсуб'єктивний базис, детермінований соціальними архетипами епохи – онтологію певної культури<sup>2</sup>. Тобто, онтологічний статус структур метанастанов не підлягає сумніву, проте їхня природа, очевидно, нематеріальна вони існують як форми життя людини – її екзистенціали.

Чи можна сказати, що ця онтологія має психологічну природу, тобто є «станом душі», а ми, разом з «коучами особистісного зростання» можемо змінювати метанастанови як заманеться? Відповідь полягає в наступному: упевненість у можливості вибору світосприйняття та картини світу загалом – є упевненістю у відсутності об'єктивної реальності, яку сприймали релігійне і навіть просвітницьке суспільство, тобто прихованою метанастановою, в основі якої лежить онтологічний релятивізм та віра у відсутність істини як такої. Можливо саме тому, саме сьогодні ми живемо в час постправди, а однією з найактуальніших проблем, що виливаються у війни, є незрозумілість призначення людського життя.

---

<sup>1</sup> Доречно, наприклад, згадати сакраментальний вислів В. Путіна про можливу ядерну війну: «ми попадемо в рай, а вони просто сдохнуть» (цитуються за <https://www.bbc.com/russian/media-45903216>)

<sup>2</sup> Це дуже важливий тезис, бо «метанастанови культури», в такому разі визначають існування цілих горизонтів реальності, на кшталт кентаврів чи кварків.

## ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ОПТИМІЗАЦІЇ ІМІДЖУ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

*Н. С. Бойко,*

*доктор філософії у галузі психології,  
Державний торговельно-економічний університет*

Нині в період стрімкої інформатизації, розробки і впровадження новітніх технологій та неупинного зростання обсягу знань, отримання якісної освіти стає одним із найважливіших завдань людства. Зростають споживацькі потреби людства, збільшується напруга на ринку освітніх послуг, підвищуються прагнення в отриманні новітніх професійних знань, навичок та умінь. Освіта і наука має бути головним рушійним чинником бізнесу, фундаментом економічної могутності країни, предметом її гордості і фактором лідерства у суспільстві.

Сьогодні у нашій країні заклади вищої освіти (ЗВО) переживають непрості часи реформування. Це пов'язано із суттєвими соціально-економічними змінами, пандемією та повномасштабною війною. Існує велика суперечність між підготовкою фахівців і попитом на них на ринку праці. Тому важливим завданням сьогодення і головною вимогою ринкової економіки є підготовка до самостійного життя випускників вишів, навчання їх самому організувати робочі місця, отримувати і використовувати знання, знаходити необхідні знання й ефективно їх використовувати у професійній діяльності. Відомо, що організація і управління вищою освітою в розвинених країнах світу є однією із головних функцій держави, адже її стан визначає рівень інтелектуальної бази країни, впливає на всі сфери діяльності суспільства.

Формування іміджу вишу безпосередньо пов'язане з усіма учасниками освітнього процесу (ректоратом, деканатом, студентами, науково-педагогічними працівниками), робота яких спрямована на підвищення конкурентоздатності, залучення інвестицій, встановлення та розширення партнерських зв'язків, підписання угод про обмін студентами, кваліфікованими науково-педагогічними працівниками, стажування за кордоном, отримання різноманітних грантів на стипендії.

Формування іміджу закладів вищої освіти – це доволі тривалий процес, під час якого створюється запланований образ на основі наявних ресурсів. Потреба створення іміджу закладів вищої освіти визначається цілою низкою причин: жорстка конкуренція серед інших закладів у даній сфері; позитивний імідж полегшує доступ організації до кращих ресурсів: фінансових, інформаційних, людських; стійкий позитивний імідж закладів вищої освіти дає можливість виводити свої позиції на світовий ринок освіти.

Зовнішній імідж організації повинен бути ідентичним його внутрішньому іміджу. Внутрішній імідж складається із позитивних взаємовідносин науково-педагогічних працівників, студентів та керівництва закладу, високого рівня професіоналізму, оптимального підбору кадрів,

адекватної команди управлінців, високоморального і справедливого керівника закладу, сучасної матеріально-технічної бази, що достатньо забезпечує навчальний процес, рівня освіченості, мотивованості і культури студентів, ефективних методів роботи (Двек. К., 2017, Романовська О.О., 2010)

Аналіз наукових джерел (Двек. К., 2017, Карамушка Л.М., 2008, Карамушка Л.М., 2013, Романовська О.О., 2010) свідчить про те, що цілеспрямована оптимізація внутрішнього іміджу має включати:

- інформування працівників університету про цілі, стандарти роботи, завдання закладу вищої освіти (ЗВО), що реалізується через особистий контакт керівництва зі співробітниками;

- заохочення та стимулювання праці науково-педагогічних працівників (НПП) (крім матеріальної винагороди мають бути можливості підвищення кваліфікації, зростання і просування у професійній кар'єрі, схвалення і визнання внеску у загальну справу;

- оптимальну та виважену кадрову політику, що унеможлиблює високу плінність кадрів, а передбачає повагу до персоналу, систему професійної адаптації та психологічної підтримки;

- можливість безкоштовного стажування та підвищення професійної кваліфікації;

- роботу зі сторони керівництва з удосконалення соціально-психологічного клімату колективу освітньої організації, попередження та конструктивне управління і розв'язання конфліктів;

- особистісні і професійні якості керівника закладу вищої освіти, а саме: чесність, порядність, справедливість, повагу до інших, доброзичливість;

- оптимальний стиль взаємодії та шанобливе ставлення керівництва та ректора до науково-педагогічних працівників;

- зменшення бюрократичної машини, що відбирає сили, час і здоров'я у науково-педагогічних працівників та відволікає від основних функціональних обов'язків.

Уміння керівника спілкуватися із підлеглими є визначальним серед чинників внутрішнього іміджу закладу вищої освіти.

Важливим є створення позитивного психологічного клімату, конструктивний стиль керівництва, оптимальна взаємодія між науково-педагогічними працівниками та студентами, позитивний мікроклімат у студентському середовищі.

Формування згуртованості колективу з його «системою перспективних ліній» відчуттям відповідальності, свідомої дисципліни в ім'я спільної справи, одна з найважливіших умов створення обличчя установи (Креденцер О.В., 2019).

Отже, потрібно оптимізувати роботу професорсько викладацького складу. За нашими результатами дослідження треба підвищити задоволеність працею, щоб мотивувати викладачів на творчу працю. Важливим є гармонійне поєднання студентоцентричного підходу з підвищенням статусу викладача ЗВО.

На особливу увагу заслуговує вимога щодо поєднання дослідницької і викладацької діяльності. Нині в Україні суттєво зросли вимоги до наукової діяльності науково-педагогічних працівників. Коли акцент робиться на публікаціях при вирішенні питань про рейтинг, кар'єрне підвищення.

Дуже важливим є підвищення творчої мотивації викладачів, підвищення соціального статусу науковця, викладача у суспільстві, що досягається також його гідною заробітною платнею. Це також впливає і на ставлення студентів до науково-педагогічних працівників, а саме на процес передачі, отримання і засвоєння ними знань.

З метою оптимізації іміджу науково-педагогічних працівників нами розроблено психологічний тренінг, який доцільно було б використовувати як інструмент реалізації психологічних технологій. В основу було покладено технологічний підхід, який розроблено в лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України професором Л.М. (Карамушка Л.М., 2008, Карамушка Л.М., 2013). Його особливість полягає в розробленні та впровадженні спеціальних організаційно-психологічних технологій, спрямованих на розв'язання конкретних проблем в освітній організації.

Психологічні технології включають принципи (активності, самостійності, діалогічності, рефлексивності, ситуативності та ін.), методів (проблемно-пошукових та інформаційно-репродуктивних), інтерактивних технік (організаційно-спрямовуючих та змістовно-смыслових), що забезпечують розв'язання важливих психологічних проблем (Карамушка Л.М., 2008, Карамушка Л.М., 2013).

Метою психологічних технологій є оптимізація іміджу науково-педагогічних працівників закладу вищої освіти.

Завдання:

- ознайомити учасників освітнього процесу зі структурою, чинниками та методами оптимізації іміджу освітньої організації,
- представити науково-педагогічним працівникам закладу вищої освіти методи психодіагностики індивідуально-психологічних характеристик, які детермінують їх імідж;
- навчити науково-педагогічних працівників закладу вищої освіти методам оптимізації іміджу.

Отже, ми дійшли до висновку, що у процесі психологічної підтримки науково-педагогічних працівників доцільно використовувати комплекс таких технік: міні-лекції, психологічний метод «мозкового штурму», психологічний практикум, групові дискусії, творчі заняття, рефлексію заняття, метод незавершених речень.

## ЕМПАТІЯ ЯК ФАКТОР ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРОФЕСІЙНОГО КОЛЕКТИВУ

*І. В. Болотнікова,  
кандидат психологічних наук,  
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

З початку воєнної російської агресії майже все населення нашої країни живе в нечуваному з часів Великої Вітчизняної війни стресі, відчуваючи постійний страх за власне життя та життя своїх рідних. Проте, навіть в цих жорстоких умовах життя продовжується в усіх його сферах, зокрема – у професійній діяльності. Отже, перед керівниками робочих колективів наразі постає важливе і водночас складне завдання зробити все можливе, аби підтримати емоційну стійкість підлеглих, створити теплу психологічну атмосферу в колективі, що сприятиме ефективності професійної діяльності.

Великого значення в реалізації даного завдання набуває емпатія з боку керівника та взаємна довіра. З метою досягнення максимальної ефективності професійної діяльності та для забезпечення психологічного здоров'я виробничого колективу його співробітникам потрібно відчувати комфорт у наступних сферах: фізичне та психічне здоров'я, заробітна плата та соціальні зв'язки й стосунки.

Члени професійного колективу безсумнівно будуть працювати якісніше, за умов збалансованості професійної діяльності та особистого життя задоволеності власним соціальним статусом, здоров'ям та життям взагалі. Якщо атмосфера в робочому колективі зводить вплив стресу до мінімуму, співробітники більшою мірою можуть віддаватися праці, виявляючи зацікавленість у професійному зростанні та творчому підході до виконання професійних завдань.

Численні дослідження свідчать про те, що ті фахівці, які відчувають на роботі вплив стресу у мінімальній кількості, мають більш високі показники фізичного здоров'я. І навпаки, у фахівців, які відчувають повсякденний стресовий тиск навіть в мирні часи, не говорячи вже про сьогоdnішній воєнний стан, в кілька разів підвищується ризик виникнення серцево-судинних захворювань, підвищення кров'яного тиску, розладів травлення та нервової системи і навіть, утворення онкологічних захворювань. В робочих колективах, де панує атмосфера довіри та підтримки, ризик виникнення та розвитку таких захворювань набагато нижчий. Отже, фізичне та психологічне благополуччя членів робочого колективу впливає на зниження їх відсутності на робочих місцях через проблеми зі здоров'ям, а також відіграє велику роль у підвищенні ефективності праці.

Таким чином, перед роботодавцями та керівниками робочих колективів сьогодні, як ніколи актуальним є завдання максимального забезпечення спокійної, комфортної та доброзичливої психологічної атмосфери в колективі.

В реалізації даного завдання велике значення має встановлення довірчих стосунків як між всіма рядовими співробітниками, так і між співробітниками та керівником. Якщо кожний працівник відчуває себе повноправним та важливим членом згуртованої команди, він має можливість відкрито висловлювати свої думки та ідеї, не побоюючись засудження з боку інших або керівника, і таким чином у підсумку відбувається підвищення ефективності професійної діяльності такого колективу. В атмосфері довіри працівники мають можливість ділитися з іншими не лише робочими ідеями, а й власними потребами та переживаннями. Неформальні бесіди керівника з підлеглими та анонімне анкетування допомагають встановити, які саме проблеми та потреби мають наразі члени робочого колективу. Таким чином, встановлюючи довірчі стосунки з підлеглими, при яких керівник надає свободу прийняття рішення та заохочуючи професійний розвиток кожного фахівця, він розподіляє відповідальність між членами колективу так, аби кожен мав можливість виконувати свою роботу самостійно та максимально ефективно.

Важливим проявом емпатії є відчуття причетності до відчуттів, переживань та потреб іншої людини. Якщо керівник виявляє причетність та чуйність до своїх підлеглих та сприяє розвитку причетності між всіма членами колективу, такий колектив буде більш згуртованим у подоланні різноманітних труднощів, буде більш наполегливим у досягненні поставленої мети, буде досягати зростання ефективності результатів сумісної діяльності та зниженню плинності робочих кадрів.

Емпатія виступає також в якості нематеріальної позитивної мотивації. Адже визнання успіхів колегами та керівництвом допомагає усвідомити власні досягнення та спонукає ставити перед собою нові, більш складні цілі. Велику роль в цьому відіграють «тімбілдінги», під час яких відбувається не лише командне обговорення робочих питань, а й сумісне проведення вільного часу поза роботою, що допомагає сильніше згуртувати колектив та мотивує до сумлінної праці не менше, аніж фінансове заохочення.

Важливе значення для ефективності професійної діяльності має зворотній зв'язок. Керівник повинен не лише оцінювати роботу підлеглих, а й цікавитися їх побажаннями щодо умов роботи, режиму, заробітної плати, відпустки і т. ін. Це допомагає керівнику, враховуючи всі індивідуальні фактори та побажання, зрозуміти комфортний рівень робочого навантаження, визначити можливість матеріального заохочення або навпаки, роз'яснити причини їх відсутності та викликати розуміння та причетність підлеглих.

Таким чином, адекватна емпатійна взаємодія керівника з підлеглими та теплі підтримуючі стосунки між усіма членами робочого колективу відіграють велику роль в подоланні стресових факторів та у підвищенні рівня ефективності професійної діяльності.



## **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ У СТУДЕНТІВ НЕПСИХОЛОГІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НАВИЧОК ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ І САМОДОПОМОГИ**

**О. Г. Видра,**

*кандидат психологічних наук, доцент*

*Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка*

Перша психологічна допомога і самопомога є важливими щодо запобігання розвитку в подальшому наслідків психотрамуючих ситуацій та їх негативному впливу як на психічне, так і на фізичне здоров'я людини. Опанування навичками надання першої психологічної допомоги і самопомоги є актуальною проблемою протягом будь-якого етапу історичного існування людства, як і вміння надавати першу медичну допомогу.

Ми розглядаємо ці навички як складові психологічної культури людини будь-якого фаху. Припускаємо, що процес їх формування є сприятливим як мінімум з молодшого шкільного віку. Нажаль в системі сучасної освіти, виховання це майже виключено, є рідкістю, що створило відповідні наслідки під час активних бойових дій, коли надання ППД стало неймовірно актуальним. Хоча до подій 2014 року актуальність цієї теми була також присутня. Тому маємо проблему, яку потрібно вирішувати.

Дані тези присвячені розкриттю результатів досвіду формування у студентів непсихологічних спеціальностей навичок першої психологічної допомоги і самопомоги в умовах їх професійної підготовки протягом 2012-2023 років.

Під час викладання дисциплін психологічної підготовки майбутніх фахівців середньої та професійної освіти в навчально-науковому інституті професійної освіти та технологій (раніше технологічний факультет) Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка, нами було впроваджено основи першої психологічної допомоги і самопомоги. Питання включалися у лекційний курс дисциплін «Психологія», «Психологія вищої школи», пізніше «Психологія професійного спілкування», також проводилося тренування на практичних роботах. Щороку в навчанні приймали участь від 12 до 27 студентів у залежності від наповненості груп, та їх активності.

У теоретичній складовій розглядалися основні поняття і методи першої психологічної допомоги та самопомоги, наводилася інформація про психосоматику, цінність психічного здоров'я, види психологічної допомоги.

Перша психологічна допомога – це комплекс заходів, спрямований на відновлення адаптивного функціонування людини, яке було втрачене в умовах травмуючих подій. Роз'яснювалося, що її може надавати не тільки спеціаліст, але й кожна людина, яка опанувала ці навички.

За аналогією ми формували поняття першої психологічної самопомоги в аспекті самостійного відновлення адаптивного функціонування. Але з аналізу наукових надбань сучасної психології цієї проблематики вбачаємо необхідність як мінімум уточнення цього поняття, а краще детальної розробки.

Щодо методів, то в процес психологічної підготовки студентів ми включили такі що більшою мірою «прижилися» у процесі за показниками легкості їх сприймання та засвоєння студентами непсихологічних спеціальностей: метод першої психологічної допомоги МААСЕ М.Фархі, метод дисоціації, методи відновлення ресурсного стану (Гинзбург М.Р., Яковлева М.Е. 2008), методи ментальної регуляції емоційних станів Ф.Фанча.

Метод МААСЕ є найпоширенішим, доступним для оволодіння.

Він базується на 4 базових принципах: захист (безпека), налаштування та активне слухання, демонстрація ефективної поведінки, навчання.

Сама ж модель методу МААСЕ складається з декількох кроків:

1. Співучасть – демонстрація того, що ви поруч з метою допомогти.
2. Заохочення ефективної діяльності – призначити людині роль, або план дій.

3. Питання з метою повернути людину до логічності: «Як тебе звать, скільки тобі років, як ти тут опинився...»; «що ми можемо зробити, кому подзвонити...»

4. Відтворення хронології та наративів з метою відновити послідовність того, що відбулося.

Метод МААСЕ призначений для реалізації стресу, який переживає людина, в діях, прийняття активної позиції замість фіксації стану безпорадності.

Метод дисоціації вважається одним з ефективних інструментів як надання першої психологічної допомоги, так і самопомоги. Учені, практичні психологи, психотерапевти, серед яких Р.Уотерфілд, С.Гіліген, М.Гордєєв, М.Япко, С.Ніколаєнко та інші дають визначення, які дещо різняться. Але спільним є розгляд дисоціації як психічного процесу, який полягає в тому, що людина починає сприймати те, що з нею відбувається так, ніби це відбувається не з нею, а зі сторонньою людиною, тобто «від третього лиця».

Опанування навичками відновлення ресурсного стану впроваджується під час вивчення теми «емоції та почуття». Застосовуються методи запропоновані М.Гинзбургом, спрямовані на перенесення фокусу уваги на позитивні події минулого.

Методи ментальної регуляції емоційних станів Ф.Фанча впроваджуються при вивченні теми мислення та уяви.

Особливості та підсумки формування навичок першої психологічної допомоги і самопомоги у студентів непсихологічних спеціальностей.

1. Не всі методи, техніки, прийоми ефективно опановуються студентами. Вибірковість не залежить від легкості методів, скоріше від їх «яскравості», повторюваності у масовій інформації, а також від

особистісних індивідуальних характеристик. Тому доречно надавати можливість ознайомитися з більшою їх кількістю і визначати які легше засвоюються. Наприклад, метод дисоціації легше і швидше опановують менш емоційні студенти з більш розвиненою уявою. В інакшому випадку потребується більше часу, тренувань, або використання технічних засобів (окуляри віртуального бачення, камера збоку).

2. Теорію варто надавати чітко і мінімально, з відеоприкладми. Особливо цінність психічного здоров'я ефективно формується при перегляді відео з прикладами наслідків травмуючих ситуацій, коли перша психологічна допомога не була надана. Оптимально відводити більше часу на практичне тренування.
3. Студенти, які переживали події у більш гарячих місцях Чернігівщини активніше опановують практику першої психологічної допомоги, частіше намагаються користуватися навичками самопомоги. Те ж саме спостерігається у студентів, які вже зверталися за психологічною допомогою до фахівців, мають досвід подолання психологічних проблем.
4. Мусимо констатувати, що опанування навичками першої психологічної допомоги і самопомоги не відбувається кожним студентом у процесі навчання. Орієнтовна статистика на момент написання тез 1-2 студенти з 10 активно здобувають навички, ще 2 студенти проявляють активність, але сумніваються в тому, що будуть використовувати такий досвід у житті. Студенти жіночої статі проявляють більше активності, досягають більших успіхів, за результатами повторного опитування після навчання частіше відповідають, що готові використовувати отримані навички.

Надалі ми плануємо організувати відповідні безкоштовні курси на базі університету для цивільного населення. Формувати навички першої психологічної допомоги і самопомоги через усвідомлення цінності психічного здоров'я, враховувати отриманий досвід, та примножувати його у взаємодії з іншими спеціалістами.

## **МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В КРИЗОВИХ УМОВАХ**

***І. М. Гресько,***

*здобувач ступеня «Доктор філософії»*

*за спеціальністю «Психологія»*

*Донецький національний університет імені Василя Стуса*

З кожним роком тема ментального здоров'я населення України набуває все більшої популярності, адже ті життєві виклики, з якими стикнулися українці за останні роки вимагають від соціуму уваги та конкретних дій. Сучасні фахівці у сфері психічного здоров'я розуміють, що реалії воєнного стану завдають серйозної шкоди ментальному здоров'ю як військовим та членам їх родин, так і цивільному населенню загалом. Саме тому, за час

повномасштабної війни в Україні відкрилося безліч вітчизняних психологічних центрів, за ініціатииви Міністерства охорони здоров'я спільно з Офісом першої леді та іншими партнерами створено «Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки», з'явилася значна кількість міжнародних гуманітарних місій та організацій, які спрямовані на збереження та відновлення психологічного благополуччя населення України. Така дійсність сьогодення підтверджує, що в сучасних кризових умовах проблема ментального здоров'я є надзвичайно актуальною.

Мета роботи – проаналізувати питання ментального здоров'я особистості у кризових умовах.

Тематика ментального здоров'я зустрічається у наукових доробках таких українських науковців як: О. В. Бацилева, О. С. Васильєва, Т. Б. Костєва, С. Д. Максименко, І. В. Пузь, Ф. Р. Філатов, Н. М. Шустров, Г. І. Чепурко та інші. Кризові умови та особливості функціонування людини в них висвітлювали у своїх працях Н. Д. Володарська, В. Л. Зливков, В. Ф. Квазібекова, С. Б. Кузікова, Т. М. Титаренко, О. В. Тімченко та інші.

Ментальне здоров'я прийнято визначати як стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися із звичайними стресами у процесі життєдіяльності, продуктивно працювати і вносити певний вклад у життя своєї спільноти. Крім того, ментальне здоров'я включає в себе емоційне, психологічне та соціальне благополуччя, які обумовлюють здоровий ментальний (психічний) стан людини (Чепель Д., Шутяк І., 2022). Також ментальне здоров'я включає наступні ознаки:

1. Здатність любити, що характеризується здатністю залучатися до стосунків і відкриватися іншій людині;
2. Здатність працювати, що стосується не лише професії, а й здатності створювати щось нове та творити;
3. Здатність до гри, що в контексті дорослого життя означає здатність до «гри» словами, образами, метафорами, символами тощо;
4. Безпечні відносини. Мається на увазі перебування людини у здорових стосунках з іншими людьми;
5. Автономія від інших людей, здорові особисті кордони;
6. Сталість себе та об'єкта (концепція інтегрованості), що означає здатність приймати та бути в контактi з усіма сторонами власного «Я» (Костєва Т. Б., 2018).

Порушення певної ознаки може свідчити про проблеми у сфері ментального здоров'я, при яких важливо звернутися до відповідних фахівців. Наприклад, згідно висновків Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), майже всі люди, що постраждали від надзвичайних ситуацій (війна, катастрофа, аварія, епідемія тощо), відчували стрес, який для більшості людей має довготривалий вплив. Тож, під час гуманітарних криз поширеність таких психічних розладів, як депресія та тривожні розлади, зростає більш ніж удвічі (Чепурко Г., Соболев А., 2023).

У наукових джерелах зазначається, що стан здоров'я людини обумовлюється особливостями адаптаційних можливостей індивіда як реакції на дійсність, а головним показником стану здоров'я є рівень функціонального розвитку адаптивних систем людини. Відповідно, така здатність пристосовуватися до зовнішнього середовища за умов підтримання внутрішньої стабільності свідчить про ефективність адаптаційних механізмів особистості (Чепурко Г., Соболев А., 2023).

При ослабленні адаптаційних можливостей у людини звужується так зване «вікно толерантності» до кризових умов і з'являються певні реакції на фізичному, емоційному та поведінковому рівнях. Зокрема, при кризових подіях людина відчуває наступні *фізичні реакції*: збудження нервової системи (підвищення артеріального тиску, роздратованість, головний біль тощо); м'язове напруження (напруга м'язів шиї, плечей чи спини); порушення сну (проблеми із засинанням і якістю сну, нічні жахіття тощо); специфічні реакції тіла (розлади травлення, пришвидшене дихання тощо).

З *емоційних реакцій* у людини на кризові умови виділяють: тривожність, страх, паніку, роздратованість, агресивність, депресія, втрата настрою, відчуття безпорадності, сумніви та невизначеність, зниження самооцінки і віри у себе, емоційна лабільність.

В умовах кризи *поведінкові реакції* можуть бути наступні: ізоляція, що проявляється у відчутті відокремленості від інших людей та соціальної активності; зміни у раціоні харчування (зниження чи підвищення апетиту; зміни поведінки в роботі чи навчанні (зниження продуктивності, можливості зосереджуватися тощо); шкідливі звички (збільшення вживання алкоголю, тютюну тощо); ризикована поведінка (вчинки, що наражають на небезпеку, але у відповідь на стрес здаються менш значущими) (Овсяннікова Я. О., 2023).

Таким чином, для попередження появи вищезазначених реакцій на кризові умови, зокрема в контексті російсько-української війни, автори Г. І. Чепурко та А. С. Соболев пропонують дотримуватися наступних стратегій подолання наслідків війни:

1. Просвітництво, що включає всебічне інформування населення про особливості подолання стресових ситуацій, способи пом'якшення ПТСР і способи збереження ментального здоров'я у кризових умовах. У здійсненні даної діяльності можуть допомогти освітні заклади, ЗМІ, медичні фахівці, психологи, виконавча влада тощо;
2. Діагностика, консультування та профілактика. Дана стратегія направлена на організацію психологічної підтримки і практичної допомоги вразливим категоріям населення, контроль і моніторинг стану психічного здоров'я у певному середовищі, пошук способів лікування захворювань, корекція поведінки тощо;
3. Стратегія реалізації спеціальних програм, що включають комплекс екстрених заходів, розроблених для надзвичайних ситуацій, які передбачають об'єднання зусиль різних відомств та організацій для

подолання наслідків війни і збереження психологічного здоров'я населення (Чепурко Г., Соболев, А., 2023).

Крім того, аналіз наукової літератури дозволив виділити декілька основних рекомендацій для збереження ментального здоров'я, а саме:

- раціональне харчування;
- здоровий сон;
- фізична активність (спорт);
- керування стресом;
- наявність хобі чи заняття, що надихає (наприклад, волонтерство).

Тож, узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновки, що наявність психологічної підтримки та доступу до психосоціальної допомоги може попередити низку негативних наслідків кризових умов, в яких перебували люди. Психологічна просвіта, впровадження стратегій подолання наслідків кризових умов, дотримання рекомендацій щодо збереження ментального здоров'я здатні розвинути адаптаційні можливості населення та сприяти їх психологічній стійкості.

## **ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАН СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ: ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

***В. М. Гусєв,***

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри акушерства та гінекології*

***Д. С. Хапченкова,***

*PhD, доцентка кафедри анатомії людини,  
фізіології та патологічної фізіології*

***Є. А. Книш,***

*студент 3 курсу 1 групи  
медичного факультету №1  
Донецький національний медичний  
університет МОЗ України*

Збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді є складною та багатогранною проблемою. Стан здоров'я студентів як інтелектуального, так і трудового потенціалу є актуальною проблемою сьогодення (Гребеняк Н.П., 2007, Жданова О.В., 2022). Зростання вимог до рівня підготовки спеціалістів у закладах вищої освіти спричиняє перенавантаження студентів та погіршення фізичного та ментального здоров'я, виснаження адаптивних резервів нервової, ендокринної та імунної систем й збільшує ризики розвитку захворювань (Ждан В.М., 2019, Жданова О.В., 2020).

З початку повномасштабного вторгнення рф в Україну, чи не кожен українець зазнав неминучого впливу війни на психологічне здоров'я. Війна є складним соціальним явищем, що супроводжується численними змінами всіх

сфер життя. Не лише фізичне, а й психологічне здоров'я населення стає предметом наукових досліджень. Зокрема, психологами активно вивчається вплив війни на стан психосоматичного здоров'я здобувачів вищої освіти в Україні.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в ситуаціях збройних конфліктів у всьому світі 10% осіб, які переживають травматичні події, матимуть серйозні проблеми з психічним здоров'ям, а ще 10% матимуть поведінкові розлади в майбутньому, що заважатимуть їм ефективно функціонувати. Найпоширеніші проблеми – це депресія, тривожні розлади та психосоматичні проблеми, тощо (Мельник А.П., 2006). Стресовий розлад людей під час війни є здоровою реакцією психіки на нездорові обставини (Миронюк І.С., 2022). У 20-30% осіб, які пережили травматичні події, може розвинути посттравматичний стресовий розлад. Крім того, через 5-7 років у МОЗ прогнозують посилення та зростання кількості наркотичної, алкогольної та інших залежностей. Зазвичай психоемоційний стан людей будь-якого суспільства не є однорідним, зокрема 10% людей у суспільстві зазвичай перебувають на межі нервового дисбалансу. Тобто після війни додасться ще 15% людей до групи ризику психічних розладів і захворювань (Миронюк І. С., Слабкий Г.О., 2022). Страх, тривога, заціпеніння, апатія – це не повний перелік того, що відчують люди, які мають власний досвід переживання воєнного конфлікту. Через такі переживання люди втрачають позитивний настрій та все частіше піддаються стресу та фрустрації, що призводить до виникнення депресивних станів.

Депресивні стани, як зазначають Г. Ложкін, М. Мушкевич (2011), виникають на фоні депресії та характеризуються наступними ознаками:

- пригнічений настрій (або роздратованість);
- втома або втрата енергійності;
- тривога, страх;
- помітне зниження інтересу до життя або незадоволеність ним;
- значне зниження або збільшення маси тіла, не викликані зміною дієти;
- безсоння або сонливість;
- почуття нікчемності, надлишкової або неадекватної провини;
- зниження здатності мислити, зосередитися, нерішучість,
- загальмованість.

Як визначають вчені-психологи (Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова, 2003) депресивні стани людини – це складна комбінація емоцій, уявлень, споминів і думок, що характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів, а також різні комбінації гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), емоції страху, провини і сорому.

Саме вивченню питання впливу війни на психосоматичний стан студентської молоді було присвячено дане дослідження. Хочеться одразу

зазначити, що Донецький національний медичний університет (ДНМУ) є двічі переміщеним закладом вищої освіти, що в свою чергу сприяло виникненню певних труднощів, які теж можуть розглядатися як один із чинників стресової ситуації.

З метою визначення психосоматичного стану у студентів ДНМУ нами було проведено дослідження, в якому взяли участь 29 респонденти – студенти 2 та 6 курсів медичного факультету №1 віком від 19 до 24 років. Проведене анонімне онлайн-анкетування з яких 12 (41,38%) склали респонденти чоловічої статі, 17 (58,62%) – жіночої, 9 студентів (31,03%) на час опитування мешкали у прифронтових територіях (Краматорськ, Слов'янськ, Дружківка, Костянтинівка). Дослідження проводилося в напружених умовах воєнного стану в вересні 2023 року в онлайн режимі через гугл-форми з подальшою обробкою отриманих результатів, яка базувалася на вирахуванні відсоткового співвідношення та інтерпретації отриманих даних. Дослідження проводилося за спеціально розробленою анкетною.

Було виявлено, що понад третини опитаних респондентів відчували напруженість (37,93%), втому (58,62%), а до третини – страх (31,03%) та гнів (27,59%). При тому 75,86% опитаних осіб зазначали останнім часом тривалий стресовий стан та сильну знервованість. Серед причин стресу найчастіше називали війну (86,21%), на другому місці були фінансові труднощі та зміна місця проживання (51,72%). Так, серед аспектів війни, що зумовлюють стрес, на першому місці була небезпека для близьких людей (68,97%), на другому – ризик втратити майно або загинути під час бойових подій (62,06%). Прояви ментального виснаження студентів у вигляді байдужого відношення до особистого зовнішнього вигляду мали місце у 48,28%, до результатів навчання – 17,24%. Серед негативних станів, які відчувала найбільша частка опитаних останнім часом, були тривожність та напруга (58,62%), поганий настрій (55,17%), погіршення сну (41,37%) (важкість засинання, поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями), роздратування та злість (34,48%), а також поєднання симптомів у вигляді збудження, дратливості, плаксивості та апатії (13,79%). Зниження продуктивності в роботі, швидка втомлюваність, «розбитість» була притаманна 65,52% опитаних, зниження пам'яті та концентрації уваги супроводжувало 27,59% респондентів. Головний біль та головокружіння було відмічено у 41,37% та у 27,59% випадків відповідно. Розлади харчування (1 раз на добу або постійне відчуття голоду) відмічали 20,69% студентів. В умовах війни достовірно вищим став рівень тютюнопаління (37,93%) та періодичного вживання алкоголю (10,34%) при високому рівні чинників нездорового способу життя, таких як нераціональне харчування (переїдання, вживання їжі на ніч) – 24,13%; низький рівень фізичної активності – 86,21% (таб.1). Саме довготривалі депресивні стани вплинули і на якість навчання: 15 респондентів (51,72%) відзначили труднощі із засвоєнням матеріалу, 9 (31,03 %) зауважили, що через нечітку роботу інтернет-платформ, не мали можливості повноцінно сприймати тематичну



інформацію в певному обсязі, що негативно впливало на засвоєння тем у подальшому.

Таблиця 1.

Характеристика способу життя, %

Досліджуєми показник	В звичайних умовах		В умовах війни	
	абс.	%	абс.	%
Тютюнопаління	5	17,24	11	37,93
Періодичне вживання алкоголю	1	3,45	3	10,34
Нераціональне харчування	2	6,89	7	24,13
Низький рівень фізичної активності	14	48,28	25	86,21
Страх за життя рідних	3	10,34	20	68,97
Байдуже відношення до особистого зовнішнього вигляду	0	0	14	48,28
Байдуже відношення до результатів навчання	1	3,45	5	17,24

Аналізуючи отримані дані, доведено, що в умовах воєнного стану більшість психосоматичних розладів, які були констатовані, є результатом порушення процесу адаптації і виражають нестійкість адаптивних механізмів в тривалих екстремальних ситуаціях, які в подальшому мають негативний вплив на навчальний процес. Проведене дослідження виявило наявність ознак депресивних станів у значної частини респондентів. Ці показники свідчать про виражену напругу компенсаторно-адаптаційних механізмів організму людей та, як наслідок, зниження стресостійкості особистості в умовах воєнного стану. Результати таких досліджень мають стати підставою для розробки та реалізації різних напрямків психологічної допомоги з урахуванням виявлених порушень в емоційній сфері з метою стабілізації ментального здоров'я.

## СОЦІОКУЛЬТУРНІ КОНТЕКСТИ СТАНОВЛЕННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДІ В УМОВАХ ВІЙНИ

*К. В. Гуцол,*

*PhD з психології,*

*старший науковий співробітник лабораторії когнітивної психології*

*Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Кризова ситуація в суспільстві, зумовлена російським воєнним вторгненням в Україну, спричинює необхідність розвитку життєвої компетентності української молоді як здатності самостійно ставити та ефективно розв'язувати нагальні життєві задачі в кризових умовах: збагачувати власний особистий та життєвий досвід; трансформувати життєві проблеми в задачі, до визначати їх; розширювати репертуар стратегій для їх

розв'язання; ставити реалістичні цілі відповідно до вимог суспільства та власних усвідомлюваних переконань, настановлень, цінностей та смислів; передбачувати розвиток життєвих подій і розглядати їх як такі, що хронологічно організовані та інтегровані в життєвий шлях особистості.

У руслі психолого-герменевтичного підходу, що становить методологічну основу нашого дослідження, розвиток особистості передбачає формування в неї здатності до самоосмислення та осмислення соціальної реальності шляхом асиміляції ключових культурних дискурсів і конструювання на цій основі власного життєвого досвіду, перетворюючи його на впорядковані дискурсивні (нарративні) моделі; а також здатності переосмислювати набутий досвід залежно від актуальних суспільних запитів та динаміки соціальних умов, формуючи та розвиваючи на цій основі власну життєву компетентність.

Так, згідно поглядів С.Ю. Рудницької, розвиток життєвої компетентності особистості відбувається в процесі інтеграції окремих різномірних «дискурсивних реальностей» індивіда в зв'язну цілісність шляхом мовленнєвих практик у процесі особистісного смислотворення. У цьому контексті надзвичайної актуальності набуває проблема дослідження соціокультурних дискурсів як передумов формування і розвитку життєвої компетентності особистості.

До основних дискурсивних контекстів у сучасному соціокультурному просторі можна віднести: сім'ю, СМК, вікові, професійні і інші соціальні групи, політичну, спортивну, медичну сфери, освіту, моду, релігію, фольклор, літературу, мистецтво тощо. Проте формування і розвиток життєвої компетентності в різних дискурсах має виражену специфіку, для аналізу якої ми вважаємо за доцільне об'єднати вищезазначені дискурсивні контексти в дві групи: інституціональні та особистісно-орієнтовані дискурси.

Ця класифікація, вочевидь, носить умовний характер, і такі дискурси, як фольклор, література, музика, кінематограф та інші види візуального мистецтва, що належать до особистісно-орієнтованих, безперечно містять риси інституціональності. А, у свою чергу, інституціональні дискурси (сімейний, освітній, психотерапевтичний тощо), які втілюють певні системи індивідуальних і колективних цінностей в різних соціальних інституціях, мають виражену особистісно-орієнтовану спрямованість. Отже, зазначене протиставлення виокремлених видів дискурсу постає як суто дослідницький прийом.

З метою виокремлення провідних і допоміжних дискурсів як передумов формування і розвитку життєвої компетентності особистості, а також визначення специфіки впливу цих дискурсів на постановку та розв'язання особистістю власних життєвих задач в кризових умовах, пов'язаних з російським воєнним вторгненням в Україну, нами було проведено емпіричне дослідження, у якому взяли участь 180 осіб (30 осіб склали пілотажну групу та 150 осіб – основну групу опитувальних) віком від 18 до 35 років. Вибір вікової категорії зумовлено нагальною необхідністю української молоді

розв'язувати нагальні проблеми в складних життєвих обставинах та ситуаціях невизначеності.

За результатами аналізу відповідей учасників пілотажної групи нами було виокремлено тринадцять дискурсивних контекстів (Інтернет; професійні співтовариства; освіта; міжособистісні комунікації; література і мистецтво; суспільні та волонтерські організації; сім'я; професійний дискурс за специфікою вирішення життєвої проблеми особистості; спорт; релігійні організації та/або спільноти; азартні ігри; мода; комп'ютерні ігри), до яких найчастіше зверталися респонденти з метою пошуку способів постановки та розв'язання актуальних життєвих задач.

Так, на підставі результатів пілотажного дослідження з метою визначення провідних і допоміжних дискурсів формування і розвитку життєвої компетентності української молоді під час війни нами було розроблено авторську анкету. Учасникам основної групи (150 осіб віком від 18 до 35 років) було запропоновано прийняти участь в опитуванні.

При обробці результатів анкетування, з метою визначення провідних дискурсивних контекстів формування життєвої компетентності особистості, нами враховувалися лише ті відповіді респондентів, які містили достатньо високу оцінку значимості запропонованих дискурсів (від 6 до 10 балів).

Аналіз результатів опитування показав певну специфіку впливу виокремлених дискурсів на постановку та розв'язання особистістю життєвих задач в умовах воєнного стану в Україні в порівнянні з довоєнним періодом. Так, до провідних дискурсивних контекстів формування і розвитку життєвої компетентності особистості до російського воєнного вторгнення можна віднести: Інтернет (83,33%), професійні співтовариства (81,33%), освіта (78%), міжособистісні комунікації (73,33%), комп'ютерні ігри (54,67%). Як допоміжні визначено такі дискурси, як література і мистецтво (33,33%), суспільні та волонтерські організації (33,33%), спорт (40%), професійний дискурс за специфікою вирішення життєвої проблеми особистості (лікарі, психологи, юристи, соціальні працівники тощо) (12%), релігійні організації та/або спільноти (6,67%), сім'я (40%), мода (20%) та азартні ігри (5,33%).

Проте в умовах війни провідними контекстами постають: Інтернет (86,7%), професійні співтовариства (83,33%), суспільні та волонтерські організації (80%), література і мистецтво (50%), комп'ютерні ігри (79,33%), міжособистісні комунікації (80%), освіта (50%), сім'я (72%). У свою чергу, серед допоміжних можна виділити релігійні організації та/або спільноти (5,33%), професійний дискурс за специфікою вирішення життєвої проблеми особистості (20%), спорт (33,33%), мода (45,33%), азартні ігри (12%).

Також аналіз результатів анкетування дав підстави висунути припущення про певні відмінності у відповідях респондентів у залежності від їх статі, освіти, сфери навчання та/або діяльності, рівня їх матеріального доходу. Знайдемо статистичне підтвердження попередньо передбачуваним відмінностям. Для цього визначимо вплив значимості дискурсивних контекстів (незалежна змінна) окремо на кожну із вищезазначених

характеристик (залежна змінна) за допомогою дисперсійного аналізу за методом Фішера. Проте результати ANOVA вказали на відсутність впливів дискурсів на зазначені залежні змінні. Отже, наше припущення не підтвердилось.

Формування життєвої компетентності як здатності особистості ініціювати постановку і розв'язання власних життєвих задач здійснюється завдяки інтеграції асимільованих нею соціокультурних дискурсів у процесі особистісного смислотворення.

Отже, результати емпіричного дослідження особливостей впливу дискурсивних контекстів на розвиток життєвої компетентності української молоді в складних життєвих обставинах та ситуаціях невизначеності під час війни свідчать про тенденції:

- зростання кількості провідних для особистості соціокультурних дискурсів в порівнянні з довоєнним часом;

- домінування таких дискурсивних контекстів, як Інтернет, професійні співтовариства, міжособистісні комунікації, суспільні та волонтерські організації, сім'я та комп'ютерні ігри в процесі розвитку життєвої компетентності молоді під час воєнного стану в Україні;

- підвищення загального впливу Інтернету, професійних співтовариств, міжособистісної комунікації, літератури і мистецтва, суспільних та волонтерських організацій, сім'ї, моди, азартних і комп'ютерних ігор, професійного дискурсу за специфікою вирішення актуальних проблем особистості на формування нею способів розв'язання складних життєвих задач у порівнянні з довоєнним часом;

- принципове збільшення значимості сімейних стосунків, суспільних і волонтерських організацій, ігрового комп'ютерного дискурсу як ресурсних контекстів пошуку стратегій і способів вирішення проблем, самостійної постановки та розв'язання життєвих задач українців вікової категорії від 18 до 35 років;

- зниження ролі освіти, спорту, релігійних організацій та спільнот в процесі формування життєвої компетентності української молоді під час війни;

- відсутності значимих відмінностей щодо домінування певних дискурсів у контексті пошуку ресурсів для розв'язання життєвих завдань залежно від статі, освіти, матеріального доходу та професійної приналежності респондентів;

- превалювання інституціональних дискурсів над особистісно-орієнтованими, що, безумовно, потребує додаткового вивчення, в чому ми і вбачаємо перспективи нашого подальшого дослідження.

## АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ

*Г. П. Дзвоник,*

*науковий співробітник*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Поняття *професійного здоров'я* особистості передбачає безпеку професійної діяльності, збереження психологічного та фізичного здоров'я, а також вважається важливим чинником професійної життєстійкості фахівця. Професійне здоров'я має тісний зв'язок з якістю та ефективністю професійної діяльності та особистісними якостями, які є важливими для реалізації в професії, професійною придатністю і працездатністю, а також є важливим чинником професійної життєстійкості. Поняття професійне здоров'я особистості розглядається в співвідношенні з такими поняттями, як:

- *ефективність діяльності*, яка визначається як результат порівняння підсумків діяльності (зовнішня або стратегічна ефективність) і ресурсів, включаючи здоров'я, витрачених на отримання цих підсумків (внутрішня, або тактична ефективність);

- *якість праці*, що розглядається як інтегральна характеристика, яка фіксує показники кількості і якості продукції, що випускається, взяті в ставленні до психічної та фізіологічної «ціною» трудових зусиль, а також але відношенню до показників здоров'я і розвитку особистості працівника;

- *професійне самозбереження* припускає наявність у професіонала не тільки актуалізованої потреби і особистої відповідальності за своє здоров'я, але і відповідних здібностей до саморегуляції, самовідновлення в професійній діяльності;

- *професіоналізм (професійна компетентність)*, що включає в себе поряд з професійними знаннями, вміннями і навичками, ще й здатність до індивідуального самозбереження, вміння правильно організувати свою працю, володіння прийомами саморегуляції і саморозвитку, вміння працювати без перевантажень;

- *професійна придатність*, одним з основних компонентів якої є дієздатність, що характеризує стан здоров'я (як фізичного, так і психічного), необхідне для здійснення тієї чи іншої професійної діяльності;

- *працездатність*, яка розглядається як істотна характеристика професіонала, безпосередньо пов'язана з його станом здоров'я.

Професійне здоров'я особистості це узагальнена характеристика здоров'я індивіда, що розглядається в конкретних умовах його професійної діяльності; процес збереження і розвитку регуляторних властивостей організму, його фізичного, психічного і соціального благополуччя. Поняття *професійне здоров'я* стало відображенням потреби суспільства у визначенні можливостей організму людини з урахуванням умов професійної діяльності. Необхідно підкреслити гуманістичний характер цього підходу, так як він

спрямований на забезпечення безпеки життєдіяльності, збереження здоров'я, працездатності та професійного довголіття людини в процесі діяльності. (Кашлюк Ю.І., 2017)

Особливої актуальності набуває по відношенню до фахівця, професійна діяльність яка протікає в умовах стресу. Стрес – стан психічного і фізичного напруження, що виникає у відповідь на складні обставини. Концепція професійного здоров'я базується на таких основних положеннях:

- професійне здоров'я особистості інтегрує складні взаємини фахівця з професійним середовищем і є мірою узгодження соціальних потреб суспільства і можливостей людини в умовах трудової діяльності;

- стан професійного здоров'я особистості визначається резервами функціональних можливостей організму людини стосовно забезпечення високої надійності професійної діяльності;

- професійне здоров'я особистості залежить від здатності організму відновлювати порушене функціональний стан відповідно до особливостей змісту і режиму професійної діяльності;

- концепція професійного здоров'я особистості має гуманістичний характер і акцентована на забезпечення безпеки професійної діяльності, високий рівень здоров'я і довголіття професіонала;

- професійне здоров'я особистості може бути розглянуто як міра соціального благополуччя, а також як один з найважливіших критеріїв якості професійного життя.

При аналізі професійного здоров'я особистості доцільно виділяти дві складові: *динамічну* складову, яка характеризує поточний рівень функціонального стану, і *базову*, яка тісно пов'язана з психофізіологічними особливостями (наприклад, властивості нервової системи, темперамент інш.) професіонала. На різних етапах професійного розвитку складові мають різне значення. Так, на етапі професійного визначення та при професійному відборі основна увага повинна бути приділена базовій складовій професійного здоров'я, тому що вона найменш схильна до змін в процесі навчання і безпосередньої діяльності (Коцан І. Я., 2011).

Інтерес до проблеми професійного здоров'я фахівця в управлінській діяльності з кожним роком стає все більш помітним. Менеджери (керівники) є однією з найбільш привабливих для дослідників групою підвищеного ризику в організаціях. Численні дослідження свідчать, що управлінська діяльність в даний час характеризується великою кількістю стресорів: оперированим великим об'ємом інформації; необхідністю приймати рішення в умовах дефіциту часу; великою відповідальністю; постійним нервово-психічним напруженням; перевантаженням ненормованим робочим днем, конфліктами з підлеглими та керівництвом організації та інш. Встановлено також, що серед менеджерів організації широко поширені такі психосоматичні захворювання, як хронічні головні болі, безсоння, розлади травлення, а також підвищений ризик серцево-судинних захворювань ( Лісова О. С., 2001).

Професійне здоров'я фахівця забезпечує високу якість і достатню тривалість життя та професійну життєстійкість особистості. Здорова людина легше долає перешкоди та певні життєві випробування. Її висока життєстійкість обумовлюється достатньо високим адаптаційним потенціалом, наявністю енергії та гнучкості. Здоров'я людини – це гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних чинників, що забезпечують внутрішнє благополуччя людини (Колотій Н.М., 2001).

Психофізіологічне здоров'я фахівця є фундаментом загального здоров'я особистості та передбачає високий рівень працездатності, гарне самопочуття, бадьорість та наявність енергії. Загальний стан здоров'я визначається стилем життя, професійною зайнятістю, звичками, вмінням прислуховуватися до потреб свого організму. Постійна увага до свого психофізіологічного стану є профілактикою захворювань, підґрунтям високої життєстійкості особистості. На професійне здоров'я крім здоров'я фізичного впливає соціально-психологічна адаптивність, тобто здатність знаходити своє місце у колективі, спільноті, соціумі, загалом відчувати себе на своєму місці у власному житті. Професійно здорова людина – це динамічна людина, яка легко пристосовується до змінюваних умов життя. Вона вміє продуктивно спілкуватися, враховувати потреби інших людей, цінує можливість мати спільні цілі, уподобання та професійну спрямованість з іншими людьми.

Для психологічно здорової людини нескладно встановлювати довготривалі конструктивні стосунки, уникаючи конфліктів та непорозумінь. Психологічно здорова людина не випадає з плину часу, не ігнорує його можливостей і обмежень. Вона зацікавлено і відповідально ставиться до майбутнього, усвідомлюючи його тісний зв'язок із минулим і теперішнім, відчуваючи власну роль у його передбаченні. Така людина завжди відкрита новому досвіду і готова рухатися вперед, приймаючи несподіванки. Її прогностичні здібності проявляються в адекватних життєвих домаганнях, у вмінні ставити своєчасні життєві завдання та створювати умови для їх реалізації. Особистість, що схильна до здорового способу життя, позитивно ставиться до себе, має виражену оптимістичну орієнтацію та професійну життєстійкість. За параметрами ставлення особистості до інших (психологічний простір), до свого майбутнього, вікових можливостей і обмежень (психологічний час), до життєвих випробувань та негараздів (життєстійкість) можна прогнозувати стан здоров'я людини та можливості його збереження.

Зазначимо, що здорова людини легше долає професійні перешкоди та певні життєві випробування, що забезпечує високу життєстійкість особистості. Так, здоровий спосіб життя є найкращим свідоцтвом високої професійної життєстійкості фахівця.

## РОЛЬ І ЗНАЧЕННЯ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПРОЦЕСІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ

*Т. І. Доцевич,*

*доктор психологічних наук, професор.*

*Університет Григорія Сковороди в Переяславі*

Нині більшість дослідників розглядають психологічні захисні механізми як процеси інтрапсихічної адаптації особистості за рахунок підсвідомого перероблення інформації, що надходить. У цих процесах беруть участь усі психічні функції: сприйняття, пам'ять, увага, уява, мислення, емоції. Але щоразу основну частину роботи з подолання негативних переживань бере на себе якась одна з них. Шанси людини стати незалежною і відповідальною багато в чому залежать від того, наскільки її власне «Я» здатне впоратися із зовнішнім і внутрішнім дискомфортом, тобто захистити себе і бути здатним самостійно приймати рішення.

У міру аналізу наукової літератури стала з'ясовуватися певна неоднозначність ролі захисту. Спочатку захист проявляється в ранньому дитинстві. Коли форми спілкування і види конфліктів із середовищем обмежені рівнем розвитку особистості. Він призначений для автоматичного пристосування до середовища за рахунок само протекції. Однак у дорослому віці, під час взаємодії в розширеному соціальному оточенні, захисту тільки за типом автоматизмів буває явно недостатньо. Тому якщо він не ускладнений не виконується і не коригується, то за певних умов може призвести до дезадаптації особистості.

Включаючись у психотравмувальній ситуації, захисні механізми виступають у ролі своєрідних бар'єрів на шляху просування інформації. У результаті взаємодії з ними тривожна для особистості інформація або ігнорується, або спотворюється, або фальсифікується. Тим самим формується специфічний стан свідомості, що дає змогу людині зберегти гармонійність і врівноваженість структури своєї особистості. Така захисна внутрішня зміна розглядається як особлива форма пристосування людини до середовища. Принципово важливо, що всі ці процеси – неусвідомлювані.

Стресостійкість здійснюється за допомогою захисних механізмів. Захисний механізм (психологічний захист) – поняття глибинної психології, що позначає неусвідомлюваний психічний процес, спрямований на мінімізацію негативних переживань. Захисні механізми лежать в основі процесів опору. Однак причини стресостійкості у всіх людей індивідуальні.

Говорячи про причини виникнення процесу стресостійкості, важливо говорити про те, що існують певні чинники /детермінанти стресостійкості.

Детермінанти стресостійкості можуть бути зовнішніми (соціальними), внутрішніми (особистісними), або соціально-психологічними. Перелічені вище чинники впливають на характер і ступінь вираженості стресостійкості через захисні механізми.



Психологічний механізм – це система психологічних явищ, призначена для перетворення і формування активності, вираженої одним або кількома мотивами, у необхідну активність, виражену іншими мотивами.

Найпотужніший критерій ефективності дії захисних механізмів – це ліквідація тривоги і позбавлення страху. Психологічний захист забезпечує адаптацію особистості за рахунок підсвідомого перероблення інформації, що надходить. У цьому беруть участь усі психологічні функції, але щоразу основну частину роботи з подолання негативних переживань бере на себе якась одна з них. Принципово важливо, що в цих процесах людина не віддає собі звіту, тобто включаються і діють вони автоматично, незалежно від свідомих бажань і намірів особистості. Тут ми можемо говорити про неусвідомлені механізми психологічного захисту.

Психологічний захист – спеціальна регулятивна система стабілізації особистості, що забезпечує сферу свідомості від неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних із внутрішніми і зовнішніми конфліктами, станами тривоги і дискомфорту (Фрейд А., 1993).

Організм людини реагує на сприйняте порушення або автоматичними адаптивними відповідними реакціями, або адаптивними діями, цілеспрямованими і потенційно усвідомленими. У першому випадку йдеться про неусвідомлені поведінкові реакції або психологічні захисні механізми. У другому випадку має місце усвідомлена поведінка.

Говорячи про захисні механізми, важливо їх розмежувати на «усвідомлені» і «неусвідомлені». У цьому сенсі, необхідно позначити поняття «копінг».

Поняття «копінг» ширше за своїм змістом, ніж поняття «психологічні захисні механізми», оскільки кожна з безліч поведінкових, емоційних та інтелектуальних копінг-стратегій особистості може містити в собі не один, а кілька механізмів.

Для позначення зусиль особистості, яких докладають у ситуації психологічної загрози, використовують поняття копінг-поведінки, або усвідомлені стратегії, що упорилося зі стресом та з іншими подіями., що породжують тривогу.

Усі люди – і дорослі, і діти – у важких для себе життєвих ситуаціях використовують різні форми захисту від зовнішньої та внутрішньої небезпеки. На основі знань та особистісного досвіду вони, як уміють, намагаються впоратися з внутрішньою напругою і поліпшити свій душевний стан.

Копінг-стратегії – найскладніші та високоорганізовані захисні норми поведінки. Вони можуть і виступати як усвідомлені цілісні варіанти несвідомих захистів та/або включати їх як складові елементи. Це означає, що копінг-поведінка слугує зручним містком до найцікавішого і, водночас, із процедурної точки зору – найскладнішого - психологічних захисних механізмів.

Близькість понять копінгу і механізмів психологічного захисту спонукала до необхідності їхнього розмежування, критерії якого в 1982 р. запропонувала Н. Хаан (Хаан Н., 1982).

На її думку, копінг є динамічним «параметром», що використовується індивідумом свідомо і спрямований на активну зміну ситуації. На відміну від нього, захисні психологічні механізми є статичним «параметром», що реалізує пасивні механізми, залежні від інтрапсихічної діяльності та спрямовані на пом'якшення психічного дискомфорту. Психологічний захист допускає також приховані потяги і сприяє процесу очікування, за якого тривогу можна подолати і без обов'язкового розв'язання проблеми. «Успішне» переживання важкої життєвої ситуації різноманітне за своєю фабулою. І, відповідно, різними є стратегії подолання людини труднощів.

Отже, захисні механізми подолання стресу можна поділити на 2 групи:

1. Свідомо використовувані захисні механізми (копінг-механізми).
2. Неусвідомлене включаючися механізми.

## **САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ В ПРОФЕСІЙНОМУ ВИМІРІ**

*А. С. Задорожна,  
аспірантка спеціальності 053 «Психологія»,  
Державний торговельно-економічний університет*

Кризові умови й виклики сьогодення підвищують значення ментального здоров'я особистості як в збереженні власної життєдіяльності, так і в сталому розвитку суспільства в цілому. Розуміння наслідків впливу негативних зовнішніх факторів на психологічні властивості особистості створює фундамент до якісних змін у професійній діяльності, що своєю чергою сприяє зростанню особистісного потенціалу як фахівця.

Варто зазначити, що за даними дослідження Організації економічного співробітництва та розвитку (OECD) щодо глобального рівня поширення ментальних розладів у дорослих, рівень ризику втратити працездатність через порушення ментального здоров'я щорічно збільшується на 0.3% і продовжує зростати кожного року. В пік поширення пандемії Covid-19 у 2020 році, рівень переживання депресивних та тривожних станів збільшився на 25% та на 14% відносно інших психологічних порушень та розладів. Щобільше, переживання викликів війни зумовило значний ріст показників дистресу у 30-50% населення та зріст ризику втрати працездатності до 50% відносно психічних розладів легкого, середнього та важкого типів.

Неспроможність людини використати власний особистісний та професійний потенціал і фактично задовольнити свою вищу потребу, також спричиняє появу внутрішніх психологічних дисгармоній: фрустраційних станів, почутті безвиході, замкнутості, порушення цілісності

самоусвідомлення, особистісної та професійної ідентичності. З огляду на вищезазначене, можна стверджувати, що особливої значущості в нестабільних умовах набуває явище самоактуалізації особистості, що зумовлює безперервність особистісного та професійного розвитку.

Класичні концепції щодо розуміння феномену самоактуалізації та значенні особистості у власному самотворенні наводять вчені психодинамічного та гуманістичного напрямів психології, зокрема К. Юнг, К. Хорні, А. Маслоу, К. Роджерс, Р. Мей, Г. Олпорт, В. Франкл, Е. Шостром.

Вперше самоактуалізацію як самостійний феномен виокремив К. Гольдштейн (1939), який з фізіологічної точки зору окреслив напруження організму як основну умову, що дозволяє людині використовувати власні знання та вміння в життєвій реальності. Як зазначає науковець: *«Організм володіє певними потенціями, тому існує потреба у їх актуалізації або реалізації, а задоволення даної потреби й визначає самоактуалізацію організму»*.

Надалі, погляди на явище самоактуалізації розширили представники гуманістичної школи наукової думки. А. Маслоу (1999) визначає самоактуалізацію як найвищу потребу людини, яка не обмежується конкретною вищою метою та може вільно існувати у звичній для особистості буденності. Актуалізація власного потенціалу передбачає «повну концентрацію» уваги на діяльності, а особливі результати досягаються в момент так званого «піку переживання», який зменшує прояви внутрішніх конфліктів, тим самим створюючи поле для інноваційної та творчої діяльності. Е. Фромм розглядав зміст самоактуалізації як реалізацію свого істинного «Я». Проте, на відміну від А. Маслоу, Фромм у роботі «Здорове суспільство» (The Sane Society) зазначає, що особистості необхідністю щоразу задовольняти низку екзистенційних потреб, щоб надалі мати змогу вільно користуватись власними ресурсами. Особистість може актуалізуватись лише взаємодіючи з оточенням, при подоланні негативних емоцій, розумінні власної аутентичності та природи, зберігаючи баланс між діями та бажаннями, в постійному розвитку власного світогляду (Fromm E., 2010). Погляд К. Роджерса на самоактуалізацію несе більш практичний характер. Науковець стверджує, що самоактуалізована людина – це «функціонуюча» людина, яка постійно перебуває у русі, активній діяльності та перетворенні навколишньої дійсності (Rogers K., 2007).

Сучасні закордонні науковці розглядають процес самоактуалізації з точки зору гармонійної реалізації особистості у нестабільних умовах сучасного світу. Зокрема, можна виділити праці вчених С. Кауфмана, І. Івцана, Г. Гарденер, І. Бернарда, Г. Ордюна, Ф. Еш-Акюна, Дж. Бауера, Дж. Шваба, С. Вільсона, Л. Робертса. Явище самоактуалізації особистості активно досліджується і в межах українських психологічних дослідженнях В. Моляко, Л. Карамушки, В. Зеленіна, С. Миронця, М. Корольчука, М. Боднар, М. Гасюк, Т. Голованової, Ю. Долінської, Л. Кобильнік, В. Русової, М. Сидорчук, Т. Соломки, М. Ткалич, Е. Султанової, О. Ткаченко та ін.

Отже, явище самоактуалізації розглядається вченими як багатокомпонентне та комплексне поняття. Самоактуалізація визначається як процес розуміння та розв'язання екзистенційних проблем, джерелами яких є актуальні внутрішні конфлікти; як процес мобілізації ресурсів на реалізацію життєвих планів; як інтегративна особистісна потреба, що сприяє формуванню мотивації та готовності до діяльності (Liashenko R., 2018).

Як було зазначено раніше, особливого значення самоактуалізація набуває у професійному вимірі, оскільки можливість спеціаліста ефективно здійснювати й вдосконалювати свою діяльність, сьогодні є ключовим фактором для збереження як фізичного та ментального здоров'я особистості, так і роботи стратегічно важливих галузей.

Аналіз теоретичних підходів щодо розгляду явища самоактуалізації в професійній парадигмі вказує на те, що потреба у самоактуалізації є значущим фактором, який мотивує працівників досягати більшої продуктивності на робочому місці (Horper E., 2020; McNeill N.J., 2016). Самоактуалізація особистості сприяє соціальній та психологічній адаптації та формуванню більш стійкої професійної ідентичності (Старинська Н., 2015). Даний процес надає професіоналу можливість максимізувати свій робочий потенціал, що як наслідок сприяє появі в нього наступних позитивних психологічних станів:

1) задоволення власною реалізованістю завдяки усвідомленню особистісного значення та користі для організації;

2) відчуття довіри колег та керівників до себе, що сприяє збільшенню рівня залученості людини до діяльності, а також впливає на більш продуктивне виконання нею поставлених задач;

3) збільшення почуття власної впевненості, що спонукає особистість вдосконалювати власні компетенції та результати професійної діяльності (Raabe D., 1982).

Варто підкреслити, що нерозривність понять особистісної та професійної самоактуалізації можна простежити у моделях структурних компонентів В. Зеленіна (2014), Я. Пінчука (2015) та М. Ткалич (2009). Центром явища самоактуалізації є особистість, яка володіє низкою певних психологічно-особистісних характеристик. Такі складові можна об'єднати у наступні блоки:

*Мотиваційно-спонукальний блок*, до якого можна віднести рівень особистісної мотивації, комплекс діяльнісно-обумовлених бажань та інтересів та особистісно-професійний потенціал, рівень розвитку вольових якостей, зокрема цілепокладання.

*Ціннісний блок*, який визначає особистісні та професійні цінності, орієнтації особистості на розвиток та вдосконалення.

*Характерологічно-регулятивний блок*. Зміст даного компонента визначають характерологічні утворення, рівень емоційної активності та стійкості, процесів пам'яті та сприйняття, р

*Творчо-діяльнісний блок*, до якого варто віднести властивості психічних процесів уваги та уяви, обробки інформації, гнучкості мислення та власне

здібності та досвід, стиль професійної та творчої діяльності, усвідомлення себе в межах особистості-професіонала.

Враховуючи актуальність порушеної проблеми та результати аналізу наукових підходів щодо тлумачення явища самоактуалізації, можна зробити наступні висновки. Самоактуалізація особистості є психологічним явищем, яке спрямоване на підтримку особистісного та професійного життя. Завдяки її властивостям, зокрема безперервності та комплексності, актуалізація власного потенціалу сприяє збереженню показників ментального здоров'я та самопочуття людини. Враховуючи вплив кризових умов сьогодення, існує необхідність більш детального вивчення моделей структурних компонентів самоактуалізації, які в подальшій перспективі будуть використані для розширення уявлень про значення самоактуалізації в професійному вимірі.

## **КАЗКОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ТА МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ**

***О. С. Казачінер,***

*доктор педагогічних наук, професор,*

***Ю. Д. Бойчук,***

*доктор педагогічних наук, професор,*

*член-кор. НАПН України,*

***А. І. Галій,***

*кандидат біологічних наук, доцент*

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

Формування у дитини дошкільного та молодшого шкільного віку навичок здорового способу життя постає одним із першочергових завдань сучасної педагогічної теорії та практики. Стрімке збільшення кількості дітей із соматичними хворобами (цукровий діабет, сколіоз, гіпотиреоз, порушення опорно-рухового апарату: кіфоз, лордоз, викривлення хребта та інші), психологічними та комунікативними проблемами (депресивна, конфліктна поведінка, труднощі спілкування з однолітками та дорослими, схильність до девіантної поведінки, агресивність, млявість, плаксивість, капризування тощо) потребує пошуку нових форм, методів та прийомів, які б здійснювали корекційний, терапевтичний вплив на малюка, на стан його фізичного, психологічного та душевного здоров'я, сприяли б виникненню бажання змінюватися та вести здоровий спосіб життя та, відповідно, дали б кращий результат.

Ми вважаємо, що сприяти формуванню навичок здорового способу життя в дитячому віці як найбільш сензитивному до сприймання інформації може застосування методів казкотерапії. Саме казка чи казкова історія є тим

інструментом, а головне – безпечним інструментом, завдяки якому дитина пізнає оточуючий світ. А якщо казка матиме корекційний, терапевтичний, дидактичний сюжет, то робота над цим сюжетом стане мотивуючим чинником дотримання здорового способу життя.

Таким чином, метою тез є визначення тих психолого-педагогічних та корекційних підходів, що застосовуються у казкотерапії і які б сприяли формуванню навичок здорового способу життя у дошкільників та молодших школярів.

Проблема формування навичок здорового способу життя у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку була предметом наукових пошуків таких авторів, як О. Кисла, А. Кошель (Кисла О. Ф., Кошель А. П., 2016), С. Пехарева (Пехарева С. В., 2012), А. Чаговець (Чаговець А. І., 2007), А. Коча (Коча А. І., 2018), Л. Кривачук (Кривачук Л. Ф., 2016), Н. Пангелова (Пангелова Н., 2010), Т. Бабюк (Бабюк Т., 2011), А. Клипа, В. Бутенко (Клипа А., Бутенко В., 2023) та інші.

Різноманітні питання використання казкотерапії в корекційній роботі з дітьми студіювали О. Василевська (Василевська О. І., 2012), О. Бургуй (Бургуй О. В., 2005), О. Казачінер, Ю. Бойчук, А. Галій (Казачінер О. С., Бойчук Ю. Д., Галій А. І., 2022) А. Фрадинська, Ю. Лазаревська (Фрадинська А. П., Лазаревська Ю. В., 2015), О. Дем'яненко, Н. Шавровська (О. В. Дем'яненко, Н. В. Шавровська, 2018) та інші.

Аналіз психолого-педагогічної літератури, власний професійний досвід із навчання дітей, післядипломної освіти вчителів мов і літератури, вихователів закладів дошкільної освіти, а згодом – здобувачів вищої освіти – майбутніх педагогів-дефектологів, вчителів-логопедів, вчителів початкової школи свідчить про те, що серед психолого-педагогічних та корекційних підходів, що застосовуються у казкотерапії і які б сприяли формуванню навичок здорового способу життя у дошкільників та молодших школярів можна назвати такі:

1. Робота з готовими авторськими текстами або створення власних казок-мотиваторів, наприклад:

- Як привчити дитину вмиватися / чистити зуби
- Як привчити дитину їсти корисну їжу
- Як привчити дитину не їсти багато солодкого
- Як привчити дитину не капризувати
- Як привчити дитину робити ранкову гімнастику та не лінуватися / займатися спортом
- Як привчити дитину вживати в мовленні ввічливі слова («Доброго ранку», «Дякую», «Вибачте», «До побачення» тощо)

2. Використання техніки «чарівні предмети» в казці: чарівна паличка, чарівна книга, чарівна щіточка, чарівне зілля, чарівний вітамін / вода тощо.

3. Застосування техніки оживлення неживих предметів (наприклад, Зубчик, який захворів, Мікроби, або навпаки, добрі та корисні Бактерії, Їжа з

фаст-фуду, Королева Пігулка тощо) – як головних, так і другорядних казкових персонажів.

4. Вигадування героїв-помічників, які б допомагали головному героєві позбавитися проблеми (наприклад, предмети гігієни, предмети догляду за помешканням, спортивне приладдя тощо).

5. Інсценування казкового сюжету за допомогою лялькового або пальчикового театру, обговорення сюжету, шляхів допомоги героям.

6. Ігри за мотивами казки (типу ігор-подорожей, ігор-ходилок, ігор-квестів). Сюжет потрібно обрати той, який відповідає тій чи іншій проблемі дотримання здорового способу життя.

7. Перегляд мультиплікаційних або дитячих художніх фільмів із проблематики дотримання здорового способу життя, аналіз сюжету, виконання творчих завдань.

Таким чином, наприкінці тез можна дійти висновку про те, що сприяти формуванню навичок здорового способу життя в дитячому віці як найбільш сензитивному до сприймання інформації може застосування методів казкотерапії. Серед психолого-педагогічних та корекційних підходів, що застосовуються у казкотерапії і які б сприяли формуванню навичок здорового способу життя у дошкільників та молодших школярів можна назвати такі: 1) робота з готовими авторськими текстами або створення власних казок-мотиваторів; 2) використання техніки «чарівні предмети» в казці; 3) застосування техніки оживлення неживих предметів; 4) вигадання героїв-помічників, які б допомагали головному героєві позбавитися проблеми; 5) інсценування казкового сюжету за допомогою лялькового або пальчикового театру, обговорення сюжету, шляхів допомоги героям; 6) ігри за мотивами казки (типу ігор-подорожей, ігор-ходилок, ігор-квестів); 7) перегляд мультиплікаційних або дитячих художніх фільмів із проблематики дотримання здорового способу життя, аналіз сюжету, виконання творчих завдань.

## **ДІЯЛЬНІСТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВІЙНИ**

*Л. М. Карамушка,  
академік НАПН України  
доктор психологічних наук, професор,  
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Війна є найбільш вираженим негативним чинником, який впливає на життєдіяльність людини (оскільки складає загрозу самому існуванню людини та спричиняє виникнення різних видів насильства), різко знижує ефективність діяльності організацій та негативно впливає на психічне здоров'я працівників.

Тому важливим завданням управління організаціями є розуміння менеджерами та самими працівниками змісту психічного здоров'я та обґрунтування можливих напрямків та форм роботи організації для його забезпечення.

**Мета дослідження.** Визначити основні напрямки та форми діяльності організації щодо збереження та підтримки психічного здоров'я персоналу в умовах війни.

**Методи дослідження:** аналіз літератури з проблеми психічного здоров'я; аналіз власного професійного досвіду роботи психологом у волонтерському центрі під час війни; організація та проведення автором навчання персоналу організацій з проблеми психічного здоров'я (за допомогою вебінарів і тренінгів) та розробка відповідних інформаційних та медіа ресурсів.

**Результати дослідження.** Враховуючи загальні підходи ВООЗ до проблеми психічного здоров'я та наші власні розробки (Л.М.Карамушка, 2022), *психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни* розуміється, як здатність персоналу в умовах війни справлятися з повсякденними стресами життя, налагоджувати стосунки з людьми, ефективно здійснювати свою професійну діяльність, працювати на користь своєї організації й суспільства та реалізувати свої здібності.

З метою посилення ролі організацій у підтримці та збереженні психічного здоров'я персоналу організацій в умовах війни, профілактики та подоланні ризиків психічного здоров'я, варто говорити, на наш погляд, про такі основні напрямки роботи в організації з цієї проблеми.

*По-перше*, підтримка та збереження психічного здоров'я персоналу організацій повинна бути одним із важливих напрямків управління організацією в умовах війни (наряду з ефективним виконанням організацією основної та волонтерської діяльності, спрямованих на виконання основних виробничих завдань організації, захист країни та підтримки населення), що має бути відображено у відповідних документах та практиках діяльності організації.

*По-друге*, необхідно створити в організації культуру «відкритості», яка передбачає, що проблема психологічного здоров'я має бути предметом відкритого обговорення, з повагою до всіх категорій працівників, з акцентом на формування *позитивного психічного здоров'я персоналу* (віри в Перемогу, бачення свої переваг діяльності та осмислення обмежень, підтримки один одного, гармонійного, наскільки це можливо, поєднання роботи та інших сфер життя персоналу, розвитку оптимізму організації, пошуку організаційно-психологічних та індивідуально-психологічних ресурсів та ін.).

*По-третє*, першочергову увагу має бути приділено працівникам, які зазнали особливо негативного впливу війни на їхнє психічне здоров'я (хто втратив на війні рідних; чий рідні зараз воюють на фронтів або знаходяться в полоні; які повернулись із фронту і мають проблеми із здоров'ям; внутрішньопереміщеним особам, які працюють в організації та ін.).



*В-четвертих*, варто аналізувати труднощі в професійній діяльності, можливі ризики психічного здоров'я персоналу в конкретній організації в умовах війни (соціально-економічні та психосоціальні; на рівні організації та на рівні персоналу), з урахуванням змісту та напрямку діяльності організації та професійних ролей, які виконує персонал. Наприклад, до психосоціальних ризиків психічного здоров'я персоналу організацій в умовах війни, які можуть виникати на рівні організації в цілому, можна віднести такі, як робота організації в умовах невизначеності, введення організацією нового режиму організації діяльності (дистанційного), зміна стилю керівництва організацією, зниження інтелектуального потенціалу організацій (із-за загибелі працівників на фронті, виїзду частини персоналу за кордон), необхідність переїзду організації на нове місце та адаптації до нового організаційного середовища, переважання в організації організаційної культури «влади» та відсутність підтримуючої для персоналу культури та ін. З метою визначення можливих ризиків психічного здоров'я необхідно проводити постійні опитування персоналу щодо труднощів, які існують в їх роботі, можливих загроз, які бачать та «відчувають» працівники (за допомогою проведення анкетування, колективних обговорень, спостережень тощо).

*В-п'ятих*, суттєвим є також використання та подальший розвиток *власне індивідуальних ресурсів* персоналу організацій, які є важливими, в умовах війни, до яких відноситься: стресостійкість; резилієнтність; толерантність до невизначеності; активні та продуктивні копінг-стратегії; комунікативний потенціал; креативність; автономія; розробка індивідуальної траєкторії забезпечення психічного здоров'я; використання гумору для опанування робочим стресом; спілкування з домашніми тваринами та ін.

До таких форм роботи можна віднести, насамперед, форми, які сприяють *психоедукації персоналу* з проблеми психічного здоров'я, *a саме*:

- використання листівок, буклетів, інформаційних повідомлень («звичайних» та з іконографією, електронних та роздрукованих);
- розміщення психологами інформаційних психологічних матеріалів на сторінках організацій у Facebook, в Instagram;
- створення психологічних інформаційних майданчиків (наприклад, «Первинна психологічна допомога під час війни» та «Психологічна підтримка дітей під час війни») й тематичних Viber-спільнот (А. В. Вознюк, 2022);
- створення інтернет- та медіа ресурсів (на спеціальних сторінках на Facebook, тематичних Telegtam, YouTube-каналів тощо), наприклад, на сторінці «Психологічна підтримка персоналу організацій»;
- створення профільних психологічних електронних бібліотек, які включають різноманітні інформаційні джерела з проблеми психологічної підтримки (Ю. М. Швалб, 2022);
- відзначення Всесвітнього дня ментального здоров'я (10 жовтня) (проведення вебінарів, тематичних зустрічей, круглих столів та ін.) та ін.

Окрім того, суттєвим є і проведення *індивідуальних консультацій та психотерапевтичних сесій* для працівників організацій психологами (в онлайн

режимі та в «реальному» режимі), які, як правило, проводяться поза межами організації тощо (Л. М. Карамушка, 2023).

**По-шосте**, важливим є також використання, подальше посилення та розвиток керівниками та психологами організацій *ресурсів організації (організаційних ресурсів)* таких як: створення позитивної підтримуючої організаційної культури; створення безпечного простору і середовища (Л. М. Карамушка, А. М. Шевченко, 2022); покращення умов праці; забезпечення організаційної безпеки; моделювання спеціального мікросередовища для спілкування; забезпечення автономії та самоорганізації персоналу у плануванні роботи, прийнятті рішень, методах роботи (Л. Карамушка, О. Kredentser, К. Tereshchenko, Y. Delton, G. Lazos, Y. Paskevskaya, 2023); профілактика травми в організації (Дж.Фромм, 2022); включення персоналу у волонтерську діяльність та психологічна підтримка діяльності волонтерів (В. Г. Панок, 2023); гнучке використання різних стилів керівництва; психологічна підтримка щодо забезпечення балансу роботи та сім'ї; психологічна підтримка працівників, які мають психічні розлади та ін. Окремим напрямком роботи є психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами (О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. О. Олійник, С. М. Хоружий, С. О. Ларіонов, М. В. Сириця, 2023; С. Д. Максименко, З. Г. Кісарчук, Л. О. Гребінь, 2022), яка може здійснюватися, зокрема, і організаційними психологами, щодо військових, які повернулись з фронту та працюють в організації.

До можливих *форм роботи* з цього напрямку можна віднести такі:

- індивідуальні консультації керівників з актуальних проблем управління організаціями та підтримки психічного здоров'я персоналу;
- здійснення групових консультацій членів команд для оволодіння навичками кризового менеджменту;
- організація та проведення професійних вебінарів (О. І. Бондарчук, Л. М. Карамушка, 2023);
- організація та проведення психологічних груп підтримки, тренінгів для різних професійних груп, наприклад «Кола професійної підтримки» (Ю. М. Швалб, 2022); Коновальчук, 2022);
- створення клубів за інтересами, участь у роботі волонтерських організацій та ін. (Блінов, 2022);
- розробка методичних рекомендацій для профілактичних негативних виявів психічного здоров'я та ін.

**По-сьоме**, необхідно проводити *спеціальне навчання керівників та працівників* (за допомогою оф-лайн та он-лайн вебінарів, тренінгів, майстер-класів та ін.) щодо аналізу існуючих труднощів в професійній діяльності та взаємодії персоналу в умовах війни, ймовірних ризиків психічного здоров'я, а також методів та засобів їх попередження. Суттєвим при цьому є активне залучення всього персоналу до обговорення існуючих проблем та обмін досвідом щодо їх вирішення, що може особливо інтенсивно здійснюватися в рамках «живих» тренінгових програм.

Висновки. Реалізація зазначених напрямків роботи в організації буде сприяти збереження та підтримки психічного здоров'я персоналу організацій в умовах війни, а відповідно ефективності діяльності організації, задоволеності працівниками роботою та іншими сферами їхнього життя.

## **ВІДМІННОСТІ У ПОКАЗНИКАХ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБИСТОГО ДОСВІДУ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

**О. М. Кокун,**  
*чл.-кор. НАПН України,  
доктор психологічних наук, професор,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Постановка проблеми. Погіршення психологічного та фізичного здоров'я населення вважається одним із найбільш несприятливих наслідків війни. Травматичний вплив на населення під час воєнних дій відбувається внаслідок інтенсивної дії таких чинників як надзвичайне насилля, терористичні атаки, викрадення, розтавання з сім'єю, тортури та вимушена міграції. Це закономірно призводить до чисельних негативних наслідків для психологічного та фізичного здоров'я населення, які виявляються у істотному підвищенні рівнів тривоги, депресії, посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та соматичних захворювань. Відповідно, надзвичайно важливим стає вирішення проблеми визначення особистісних та психофізіологічних ресурсів збереження психологічного та фізичного здоров'я населення України, як під час безпосередньої протидії повномасштабній агресії Російської Федерації, так і у післявоєнний час. Зважаючи на це, нижче ми викладемо частину результатів наших досліджень, що характеризують особливості показників психологічного та фізичного здоров'я населення у залежності від особистого досвіду під час війни.

Виклад основного матеріалу. Дослідження було проведено у червні-липні 2022 р. з використанням Google Forms. В ньому взяло участь 1257 респондентів (67,7% жінок і 32,3% чоловіків) віком від 18 років зі всіх регіонів України. Майже 80% учасників дослідження отримали негативний особистий життєвий досвід, пов'язаний із війною (від вимушеного переїзду з постійного місця перебування у межах України до особистої участі у бойових діях). У 13,8% отримали поранення чи інші фізичні ушкодження внаслідок війни хтось із близьких. А 2,1% такі поранення чи ушкодження отримали самі. Більше половини респондентів (55,7%) зазначили, що вони зазнали різного ступеню небезпеки для власного життя (від епізодичної до надзвичайно сильної).

В дослідженні було використано опитувальник, за результатами якого, зокрема, респонденти й були розподілені за групами отриманого особистого

досвіду під час війни, та шість психодіагностичних методик: Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10, Опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна, Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін., Гіссенський опитувальник соматичних скарг, Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема та Опитувальник посттравматичного зростання-розширений Р. Тедеші та ін.

В таблиці 1 наведено психодіагностичні результати у підгрупах, виділених відповідно до ступеню особистого досвіду під час війни. Якщо респондент одночасно входив до декількох підгруп, його було віднесено до тієї, що є вищою за списком, який умовно характеризує ступінь стресового впливу негативних обставин та подій.

Наведені результати свідчать, що за показником резильєнтності (психофізіологічної стійкості) досліджувані досить чітко диференціюються на дві групи по чотири підгрупи в кожній. Перша група характеризується «діяльнісним» досвідом під час війни (особиста участь у бойових діях та іншій діяльності в зоні бойових дій, несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур, та волонтерська робота). У цих підгруп  $M$  резильєнтності знаходиться в межах 24,4–27,9. Найвищий показник ( $M = 27,9$ ) мають респонденти з досвідом особистої участі у бойових діях.

Для другої групи властивий відносно «пасивний» досвід під час війни, хоча від цього він міг бути не менш стресогенним (перебування на окупованих територіях, вимушений переїзд за кордон чи у межах України, місце перебування залишилося без змін). У цих підгруп  $M$  резильєнтності виявилось істотно меншим за попередні ( $p < ,001$ ) і знаходиться в межах 20,5–22,3.

Такий результат, на нашу думку, може бути зумовлений одночасно двома чинниками. Перший, це те, що респонденти з «діяльнісним» досвідом початково вже мали вищий рівень резильєнтності. Тому їх участь у подіях війни й стала більш активною. Характерним прикладом є підгрупа, яка добровільно займається волонтерською роботою. Другим чинником є те, що саме такий активний «діяльнісний» досвід під час війни сприяв підвищенню резильєнтності.

Найнижчий рівень професійної життєстійкості ( $M = 61,7–63,1$ ) також виявився у трьох найбільш «пасивних» підгрупах (вимушений переїзд за кордон чи у межах України, місце перебування залишилося без змін), суттєво поступаючись ( $p < ,001$ ) іншим підгрупам ( $M = 63,8–66,6$ ). Такі самі тенденції виявилися характерними й для показника самоефективності.

У чотирьох підгрупах з «пасивним» досвідом кількість симптомів ПТСР, навпаки, виявилася вже найвищою ( $M = 3,5–3,9$ ), порівняно з підгрупами з «діяльнісним» досвідом ( $p < ,001$ ), де  $M$  цих симптомів знаходиться в межах 2,5–3,3. На такий результат, безумовно, вплинуло те, що незалежно від виділеної підгрупи, досліджувані могли зазнавати під час війни сильної небезпеки для власного життя. Така сама диференціація між підгрупами з «діяльнісним» та «пасивним» досвідом, як і у випадку з кількістю симптомів

Таблиця 1

**Психодіагностичні результати у залежності від ступеню особистого досвіду під час війни**

Особистий досвід під час війни	Резильєнтність		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Особиста участь у бойових діях ( <i>n</i> =31)	27,9	7,1	63,8	11,3	30,8	4,0	3,1	2,1	31,8	21,2	48,8	27,6
2. Особиста участь у іншій діяльності в зоні бойових дій ( <i>n</i> =48)	24,4	8,0	65,0	12,1	29,7	6,0	3,2	1,9	30,8	20,8	61,1	26,0
3. Перебування на окупованих територіях ( <i>n</i> =179)	22,3	7,9	65,6	12,9	29,6	5,9	3,8	1,8	35,6	17,9	60,0	29,2
4. Несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур тощо ( <i>n</i> =38)	27,0	6,2	66,6	11,4	30,3	5,8	2,5	2,0	22,1	17,4	68,5	29,5
5. Волонтерська робота ( <i>n</i> =234)	25,4	7,1	65,0	11,8	30,3	5,4	3,3	1,9	31,6	18,6	64,0	30,9
6. Вимушений переїзд за кордон ( <i>n</i> =56)	21,1	8,3	63,1	14,3	28,4	5,4	3,7	1,8	34,6	17,7	60,6	31,
7. Вимушений переїзд у межах України ( <i>n</i> =211)	20,5	7,6	63,0	13,2	28,0	5,8	3,9	1,8	35,0	19,3	58,5	27,9
8. Місце перебування не змінювалося ( <i>n</i> =460)	22,2	8,0	61,7	13,1	28,5	6,0	3,5	1,9	33,1	17,9	55,6	30,9

ПТСР, виникла й щодо показника кількості соматичних скарг. Якщо у підгруп з «діяльним» досвідом ця кількість знаходиться у межах  $M = 22,1-31,8$ , то у підгруп з «пасивним» досвідом – у межах  $M = 33,1-35,6$  ( $p < ,001$ ).

Найвищий рівень посттравматичного зростання ( $M = 68,5$ ) зафіксовано у підгрупі респондентів з досвідом несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур тощо. До речі, у цієї підгрупи виявився й суттєво нижчий за інші ( $p < ,001$ ) рівень вираженості ПТСР та соматичних скарг. На другому місці за посттравматичним зростанням ( $M = 64,0$ ) знаходиться підгрупа з досвідом волонтерської роботи. Суттєво нижчий ( $p < ,001$ ) за інші групи показник має підгрупа з досвідом особистої участі у бойових діях. Ми припускаємо зумовленість цього продовжуваною вираженою інтенсивністю та специфікою такого досвіду, що унеможлиблює швидке усвідомлення свого посттравматичного зростання, потребуючи для цього припинення дії основного стресового чинника і порівняно більшого часу.

Висновки. Отримані результати засвідчують, що група респондентів з «діяльним» досвідом під час війни (особиста участь у бойових діях та іншій діяльності в зоні бойових дій, несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур, та волонтерська робота) має істотно вищий рівень резильєнтності, професійної життєстійкості та самоефективності, порівняно з групою з «пасивним» досвідом (перебування на окупованих територіях, вимушений переїзд за кордон чи у межах України, місце перебування залишилося без змін). І навпаки, у другій групі, порівняно з першою, наявні істотно більш виражені симптоми ПТСР та соматичні скарги. Найвищий рівень посттравматичного зростання зафіксовано у підгрупі респондентів з досвідом несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур тощо. На другому місці за таким зростанням знаходиться підгрупа з досвідом волонтерської роботи. Отримані результати можуть бути враховані при розробці та запровадженні системи науково обґрунтованих заходів, спрямованих на збереження та відновлення психологічного та фізичного здоров'я населення.

## **ЕМОЦІЙНІСТЬ ЯК ЧИННИК ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ВИКЛАДАЧА**

**О. М. Корніяка,**

*доктор психологічних наук, професор,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Сучасний етап розвитку українського суспільства характеризується посиленням впливу стресогенних та емоціогенних чинників на перебіг соціального життя і професійної діяльності членів соціуму. Вплив цих чинників деструктивно позначається на ефективності діяльності та збереженні

професійного здоров'я фахівців. До того в екстремальних умовах постійних стресів та афектів, складних життєвих ситуацій та кризових явищ воєнного часу особливо травмованим стає психічне здоров'я людини, пов'язане з індивідуальними особливостями її психіки. Маємо на увазі передусім такі властивості, як збудливість, внутрішньоособистісна чутливість, емоційність (афективність особистісних проявів) та емоційна стійкість як професійно важлива якість особистості. У зв'язку з останньою зауважимо, що емоційна складова є (згідно з результатами дослідження О. М. Кокуна, 2019) одним з основних структурних компонентів професійної життестійкості фахівця.

Поza тим професія викладача є не тільки однією з найбільш соціально відповідальних професій. Це також одна з вельми емоціогенних й стресогенних професій. Адже фах викладача пов'язаний не лише з багатофункціональністю професійної діяльності та великим її обсягом, а й з багатоаспектністю контактів з різновіковою (статевою, освітньою) аудиторією – студентами і колегами, а також з насиченою афектами педагогічною й міжособистісною взаємодією, що нерідко відбувається в умовах дефіциту часу і ресурсів. За своєю сутністю науково-педагогічна діяльність цього фахівця являє собою емоційно насичену інтелектуальну творчу працю, комунікативно-мовленнєву за формою.

У зв'язку з інтелектуальною складністю, високою комунікативною та емоційною напруженістю науково-педагогічної праці цей фахівець має повсякчас виявляти особливу психологічну (й емоційну) стійкість, ініціативність, здатність до нетипових емоційних реакцій та нестандартної поведінки, аби зберегти своє професійне здоров'я, а відтак, забезпечити успішність виконання професійних обов'язків.

Відтак, метою дослідження став аналіз емоційної складової регуляційної сфери викладача, яка справляє вплив на його професійне здоров'я, на якість та ефективність діяльності.

Теоретичне підґрунтя дослідження. Науковці відносять емоції до чинників регулювання поведінки людей у професійній діяльності та міжособистісній взаємодії. Адже емоційний компонент, охоплюючи все, що може бути зафіксоване на рівні фізіологічних реакцій і суб'єктивних ставлень: позитивні/негативні переживання (стани), конфліктність/узгодженість емоційних ставлень, міжособистісна та внутрішньоособистісна емоційна чутливість, почуття задоволення/незадоволення собою, партнером, роботою, умовами життєдіяльності і т.п., – відіграє ключову роль серед трьох основних компонентів (когнітивний, емоційний, інтеракційний) регулювання людської поведінки (Обозов, 1990; Бабяк О. О., 2015).

Звідси емоційний компонент є одним з провідних у сфері педагогічної взаємодії викладача зі студентами, виражаючись у різних афективних переживаннях учасників міжособистісних контактів. Адже всі основні ланки процесу їх дидактичної взаємодії: безпосередній міжособистісний контакт, соціальна перцепція як усвідомлення внутрішньої сутності співрозмовника, опрацювання отриманої інформації, її інтеріоризація (переведення у

комунікативний досвід) та екстеріоризація (взаємообмін думками, ідеями, знаннями тощо) супроводжуються комунікативним напруженням, позитивними чи негативними емоційними переживаннями та емоційним ставленням до партнера(ів) зі спілкування, до самого себе і т.п.

Педагогічна практика підтверджує, що ефективність взаємопізнання, успішність інформаційно насиченої взаємодії між викладачем і студентською аудиторією досягаються великою мірою через емоційну залученість у неї всіх її учасників. За цієї обставини відбувається перетворення, за словами Л.С. Виготського, "динаміки афекту та динаміки реальної дії в динаміку мислення". Тому наративи, смисли, які доносяться студентам, повинні мати емоційно забарвлений контекст, щоб спонукати до емоційного відгуку, а в перспективі – до конструктивних змін у свідомості та поведінці учасників взаємодії.

Відтак, для отримання зворотного зв'язку (емоційного відгуку) від студентської аудиторії та її подальшої особистісної трансформації викладач має з необхідністю виступати у педагогічній взаємодії як носій «емоційного інтелекту» та емоційного досвіду, що передбачає майстерне володіння емоціями, послуговування всім спектром афективних явищ. Він має також володіти новітніми технологіями навчання та розвитку – в тому числі прийомами когнітивно-інформаційного й емоційного (через міжособистісну емоційну чутливість) залучення учасників у процес педагогічної взаємодії (Детальніше див.: Корніяка О. М., 2023).

Адже інформація, яка зачіпає почуття, активізує процес сприймання, поліпшує запам'ятовування, приводить до появи нових патернів поведінки тощо. Підтвердженням цієї думки стали і недавні дослідження в галузі нейробіології, згідно з якими механізм зберігання емоційних спогадів відрізняється від механізму зберігання нейтральних реакцій, що пов'язане з дією гормонів адреналіну та норадреналіну (Николс Дж., Мартин А., Валлес Б., Фукс П., 2008).

Разом з тим емоційно-вольова сфера викладача може виступати (за певних обставин) як слабка ланка. Маємо на увазі передусім обмежене або надмірне вираження експресії при зіткненні двох суперечливих процесів: з одного боку, гнучкість словесно-емоційного реагування (застосування інноваційних методів діяльності) чи певна мовленнєво-емоційна стагнація – при поетапному (традиційному) навчанні з використанням наперед заданих алгоритмів навчальних дій. Розв'язанню подібної суперечності та усуненню емоціогенної ситуації сприятиме дотримання балансу між традиційними та інноваційними методами викладання.

Вплив передусім суб'єктивних (внутрішніх) чинників може негативно позначитися на психічному стані цього фахівця, його емоційній стійкості та гнучкості. До таких чинників дослідники (А. О. Молчанова, 2013) відносять індивідуальні властивості нервової системи, рівень чутливості до професійних труднощів, досвід, знання, навички та ін.

Разом з тим безперечним є те, що в діяльності викладача нерідко не потрібна (часом навіть шкідлива) стабільність емоційного самопочуття для



досягнення якісних результатів у роботі. Але варто враховувати, що коли включаються емоції, то у людини підвищується збудження і знижується самоконтроль. При цьому когнітивно-раціональна сфера фахівця може пригальмовувати (або й припиняти) свою роботу.

В ситуації незбалансованих дидактико-комунікативних переживань необхідні залучення (у роботу) всієї комунікативної ресурсності, пов'язаної у викладача з жорсткою структурованістю та ієрархічністю системи спілкування, і володіння ним емоційною компетентністю для відновлення сталої функціональності емоційно-вольової сфери, забезпечення психологічної стійкості та стабілізації емоційного стану. А досягнення у процесі взаємодії ефекту збалансованих емоцій створює можливості для "виживання" у складних умовах професійної діяльності і для повноцінного розвитку навіть у проблемному соціальному оточенні.

Емпіричні результати дослідження. В емпіричному дослідженні (2019 – 2021 рр.) взяли участь 55 викладачів низки вузів України віком від 25 до 77 років. Здійснене нами дослідження емоційного компонента в контексті розвитку професійної життєстійкості, яка має тісний зв'язок (за даними дослідження О. М. Кокуна, 2021) із професійним здоров'ям викладача, дало такі результати.

Емоційний компонент професійної життєстійкості має, як показало дослідження, значущий позитивний кореляційний зв'язок ( $p \leq 0,01$ ) з такими ознаками психофізіологічного стану (ПФС) цього фахівця, як «настрій» (емоційний стан, що супроводжується позитивними, індиферентними чи негативними, а часом амбівалентними почуттями); «задоволення» (життям, роботою, партнером й ін.) і «бажання працювати». Менш значущий його зв'язок ( $p \leq 0,05$ ) зафіксовано з такими показниками ПФС, як «зацікавленість у роботі», «задоволення від роботи».

Встановлені у дослідженні взаємозв'язки між емоційним компонентом професійної життєстійкості і вищеназваними показниками свідчать в цілому про внутрішній (емоційно позитивний) баланс між ними, про стійке настановлення цього фахівця на роботу і вмотивоване задоволення нею, що є ознакою його професійного здоров'я. Спонуками до педагогічної діяльності можуть тут виступати розвинена емоційна чутливість, афективна стійкість та стабільна невербальна (експресивний компонент) гнучкість викладача у взаємодії. Тобто емоційна компетентність (вищеназвані її складові) викладача є запорукою досягнення ним емоційно збалансованого психофізіологічного стану, психоемоційного здоров'я і в підсумку – якісних результатів у професійній діяльності.

Дослідження також засвідчило, що показник «комунікативна компетентність у сфері ділового спілкування» і такі її критерії, як мотиваційний, когнітивний та інструментальний, мають вельми тісні взаємозв'язки саме з емоційним компонентом професійної життєстійкості, зумовлюючи розвиток один одного. Тобто комунікативну ресурсність цього

фахівця визначають емоційна чутливість та психоемоційна стійкість, і навпаки.

Крім того, в дослідженні було з'ясовано, що у випадку емоційного перенасичення зменшуються ступінь гнучкості емоційного реагування викладача в проблемних ситуаціях професійного спілкування і рівень урахування ним вимог актуальної професійної діяльності. А в ситуації професійної деформації, "психічного вигорання", тобто в умовах професійного нездоров'я, емоційний компонент професійної життєстійкості викладача стає особливо уразливим. Його вияв і нормальне функціонування блокуються чи спотворюються під дією основної складової "вигорання" – «емоційного виснаження». Внаслідок цього руйнується стабільність у функціонуванні мисленнево-мовленневої сфери індивіда й організму в цілому (див. детальніше: Корніяка О. М., 2021).

Психологічне дослідження показало, що дидактико-комунікативні переживання, а також емоційне перенасичення, справляють вплив на психофізіологічний стан викладача, перебіг його педагогічної взаємодії, позначаються на його професійному здоров'ї та якості професійної діяльності.

**Висновки.**

- Емпіричне дослідження свідчить про необхідність додержання внутрішнього балансу між професійною стійкістю, її емоційним компонентом і психофізіологічним станом викладача, що дає змогу успішно долати зумовлені професійними стрес-чинниками складні ситуації педагогічної взаємодії і веде до досягнення якісних результатів у професійній діяльності.

- Емоційна чутливість і стійкість викладача перед емоціогенними впливами дають йому можливість сприймати негативні події як досвід – насамперед як досвід адекватного емоційного реагування на складнощі у професійній діяльності, вчасно відновлювати психічну рівновагу, а відтак, зберігати і розвивати своє професійне здоров'я.

## **АЛЬТРУЇСТИЧНО СПРЯМОВАНА ПОВЕДІНКА ЯК ЗАСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

*М. В. Лагун,*

*здобувач ступеня PhD*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Людське здоров'я постає однією із найвагоміших цінностей самого життя. Від його стану залежить увесь життєвий шлях людини, вектор особистісних інтересів та прагнень, можливість побудови гармонійних стосунків із оточуючими, реалізація власного внутрішнього потенціалу та здібностей, здатність радіти життю й отримувати від нього задоволення. Однак, існуюча динаміка змін у різних сферах суспільного життя, яка останнім

часом найчастіше має негативний характер та вплив на життя людини, що відображається у зростаючій тенденції згубних поведінкових проявів, актуалізувала проблему підтримки психологічного здоров'я та потребу пошуку ефективних засобів, які б сприяли його збереженню. Адже, психологічне здоров'я виступає тією важливою умовою, тим підґрунтям, яке має забезпечувати позитивне функціонування, благополуччя особистості, а також розвиток самого суспільства, збереження його цілісності та працездатності.

Постановка проблеми. В умовах сьогодення актуальність проблеми збереження психологічного здоров'я особистості набуває особливого значення, оскільки за останні роки кількість зовнішніх факторів, які негативно впливають на життя та внутрішній стан людини значно зросла. Сукупність соціальних, економічних, політичних змін, включаючи війну, як найвагоміший чинник деструктивного впливу на психіку людини, постійно підривають внутрішні життєві опори особистості, її стресостійкість, виснажуючи адаптаційні та інші психологічні ресурси, які допомагають справлятися із життєвими труднощами та наслідками зовнішніх обставин. Все це, безумовно, негативно відображається на психологічному здоров'ї та якості життя людини в цілому. Тому, для збереження власного Я, власної цілісності, здатності до самореалізації та повноцінної життєдіяльності, виникає питання щодо пошуку шляхів та засобів збереження психологічного здоров'я особистості.

Завдання. Здійснення теоретичного аналізу та висвітлення розуміння значення альтруїстично спрямованої поведінки у збереженні психологічного здоров'я особистості.

Виклад основного матеріалу. Здоров'я – це багатовимірний феномен, ресурс людського життя, від ступеня володіння котрим залежить рівень задоволення практично всіх потреб людини. Він відображає дійсний стан рівноваги між адаптаційними можливостями організму, тобто потенціалом людини та постійно змінюваними умовами середовища за умов вікових змін адаптаційного потенціалу людини в її онтогенетичному розвитку (Карамушка Л. М., Дзюба Т. М., 2019).

В останні десятиліття при дослідженнях впливу різних стресорів та життєвих ситуацій на функціонування особистості, здоров'я розглядають як спрямованість на досягнення психологічного благополуччя та позитивного функціонування, що є однією з рушійних сил саморозвитку особистості, важливою умовою якості її життя, що охоплює різні його аспекти, серед яких найчастіше досліджували самоактуалізацію, самореалізацію, самодетермінацію, життєстійкість та стресостійкість, резилентність, сенс життя тощо (Сердюк Л., Купреєва О., Отенко С., 2022).

Психологічне здоров'я постає однією з складових здоров'я людини як динамічна інтегративна система, що включає в себе сукупність особистісних характеристик, які сприяють її цілісності, являється важливою умовою життєдіяльності й активності та передумовою розвитку стресостійкості,

соціальної адаптації та успішної самореалізації (Карамушка Л. М., Дзюба Т. М., 2019), тобто умовою повноцінного функціонування особистості (Сердюк Л. З., 2021).

У різних наукових працях психологічне здоров'я людини найчастіше ототожнюється з почуттям внутрішньої узгодженості із власними діями, постійним взаємозв'язком із внутрішнім та зовнішнім світом, автентичним існуванням, почуттям авторства життя (Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І, 2011), психологічним благополуччям (Сердюк Л. З., 2021) та пов'язується із задоволенням власних життєвих потреб та рухом у бік самоактуалізації (Толкунова І. В., 2018), що є найвищою потребою саме психологічно здорової та зрілої особистості, реалізація якої досягається шляхом постійного особистісного зростання, розкриття власних потенційних можливостей, здібностей, талантів, прояву вищих духовно-моральних цінностей (Шевченко А. М., 2018), серед яких альтруїзм вважається однією із головних (Бех І. Д., 2018).

У житті людини альтруїзм постає морально-етичним мотивом, який спонукає її до цілеспрямованого прояву допомагаючої поведінки через усвідомлення потреб інших людей. Це прояв любові, турботи, схильність та прагнення безвідплатно жертвувати собою заради благополуччя інших при відсутності користі для себе (Селезньова О. В., 2010).

У кризових ситуаціях та у важкі періоди життя альтруїстично спрямована поведінка допомагає людині сприймати дійсність крізь призму моральних цінностей, бачити її причини та наслідки у позитивному ключі, виділяти головне та не зациклюватись на негативі. Як поведінка орієнтована на благо інших без очікування зовнішньої винагороди, що проявляється у актах благодійної, волонтерської чи будь-якої іншої добродійної діяльності, у взаємодії та співпраці з іншими, через надання допомоги, вираження емпатійного співчуття тим, хто цього дійсно потребує, вона допомагає людині реалізувати свій внутрішній потенціал, налагодити гармонійні взаємовідносини із навколишнім світом та самим собою.

Отже, з однієї сторони прояви альтруїстичної поведінки розкривають внутрішню сутність людини, її актуальні потреби, прагнення, особистісні цінності та якості, а з іншої, відображають внутрішній мотив пошуку людиною рівноваги між зовнішнім та внутрішнім світом, досягнення цілісності власного Я, що стає спонукою для особистісного розвитку та самовдосконалення. Тому, важливо розуміти, що альтруїстично спрямована поведінка являється ефективним засобом збереження психологічного здоров'я людини лише тоді, коли прояви безкорисливої допомоги сприяють відновленню її життєвого балансу між «брати» й «віддавати», тим самим підсилюючи внутрішні ресурси, які здійснюють позитивний вплив на життя та діяльність особистості, гармонізуючи її взаємовідносини з оточуючими та самим собою.

Висновок. Одним із важливих засобів збереження психологічного здоров'я людини виступає альтруїстично спрямована поведінка, яка допомагає їй справлятися із негативним впливом подій сьогоденного буття,

спрямовуючи саморух людини через дії допомоги іншим у напрямку реалізації власного життєвого потенціалу, розвитку світогляду, самосвідомості, досягнення благополуччя, відчуття щастя та задоволеності життям.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ УСТАНОВАМИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ**

***В. О. Лефтеров,***  
*доктор психологічних наук, професор,*  
*перший проректор*  
*Міжнародного гуманітарного університету, м. Одеса*

Питання ефективності управлінської діяльності в медичних установах особливо актуалізуються сьогодні, коли світ зіткнувся з низкою криз, зокрема надзвичайно складною і небувалою за масштабами в новітній історії людства епідемією на COVID-19 у 2019-2022 роках. В умовах пандемії значно збільшилось професійне, фізичне та морально-психологічне навантаження на медичних працівників, взагалі на медичні установи. Більшість керівників медичних установ опинилися у незвичній для них ситуації – боротьби, як-то кажуть «на передньому краї» з коронавірусною навалюю, опановуючи і реалізуючи управлінські засоби, методи і функції кризового менеджменту.

Протягом 2021-2022 років нами було організовано і проведено емпіричне дослідження психологічних особливостей ефективності управлінської діяльності в медичних установах, яке проводилось у 4 послідовних і взаємопов'язаних етапи. На першому етапі було проаналізовано попередні дослідження з психологічних питань ефективності управління та особливостей організації роботи медичних закладів в умовах пандемії. На другому етапі підбрано базу, вибірку дослідження, а також методи і валідні психодіагностичні методики. На третьому – організоване проведення всіх процедур емпіричного дослідження. На четвертому етапі дослідження – здійснено аналіз та інтерпретацію результатів дослідження, розроблено практичні рекомендації щодо підвищення ефективності управління медичною установою в кризових умовах.

В емпіричному дослідженні взяли участь 158 працівників і керівників різних медичних закладів м. Одеси. В дослідженні були використані авторські анкети з аналізу соціально-психологічних особливостей керівництва медичними установами в умовах пандемії, а також вивчення особистісних якостей ефективного керівника медичної установи. Застосовувались метод експертних оцінок і стандартизовані психодіагностичні методики, серед яких: «Експрес-методика з вивчення психологічного клімату в трудовому колективі» (О.С. Михалюк, Л. Ю. Шалито); методика "Q-сортування

тенденцій поведення в групі"; методика А. Л. Журавльова «Стиль керівництва»; методика «Діагностики межличностних відносин» Т. Лірі; анкета «Супос-8 (методика О. Мікшіна). Статистична обробка здійснювалась з використання коефіцієнту кореляції Пірсона та t-критерію Ст'юдента.

За результатами дослідження виявлено негативні чинники, які впливають на управління медичними установами в умовах пандемії, серед яких: недоліки матеріально-господарчого забезпечення медичних установ; низький рівень управлінської компетенції керівництва; порушення принципу колегіальності та справедливості під час розподілу обов'язків та винагород; недоліки кадрового підбору керівників.

65% досліджуваних визначили, що найбільш психологічно складним під час керівництва або роботи в медичній установі в умовах пандемії є «Надмірне емоційне напруження та стрес» (табл. 1). Також психологічно найскладнішими визначено «Високий рівень відповідальності» (38,7%), «Недостатність управлінського досвіду та/або компетенції для роботи в кризових умовах» (25%), «Фізичні перевантаження» (27,1%), «Праця у позаробочий час, відсутність повноцінного відпочинку» (25,4%), «Робота в екстремальному режимі» (25,4%) (табл. 1).

Таблиця 1

**Результати анкетування з питання «Визначте, що, на Ваш погляд, є психологічно найскладнішим під час керівництва (роботи) в медичній установі в умовах пандемії»**

Варіанти відповідей	Результати у %
Недостатність управлінського досвіду та/або компетенції для роботи в кризових умовах	<b>25</b>
Високий рівень відповідальності	<b>38,7</b>
Надмірне емоційне напруження та стрес	<b>65</b>
Сприйняття викривленої інформації	11,9
Підвищені вимоги до ізоляції та обмеження контактів з оточуючими	16,9
Напружені відносини з членами колективу	5,1
Конфлікти і непорозуміння із пацієнтами під час виконання своїх обов'язків	23,7
Конфлікти з вищим керівництвом, органами влади, представниками ЗМІ тощо	5,1
Праця у позаробочий час, відсутність повноцінного відпочинку	<b>25,4</b>
Фізичні перевантаження	<b>27,1</b>
Відчуття незахищеності і небезпеки	22
Робота в екстремальному режимі	<b>25,4</b>
Відмова від звичного режиму роботи	18,6
Підвищене почуття тривоги або безпорадності	22

На думку досліджуваних найбільше сприяє ефективному управлінню медичними установами в умовах пандемії - «Належна оплата праці медичним працівникам» (79,7%) та «Злагоджені дії і взаємопідтримка колективу»

(72,9%). Також важливими чинниками ефективного керівництва медичними установами визначені «Досвід та компетентність керівників» (67,8%), «Можливість створити безпечні умови для роботи» (66%), «Високі організаційні та лідерські навички і вміння представників керівництва» (57,6%) (табл. 2).

Таблиця 2

**Результати анкетування з питання «Що, на Ваш погляд, сприяє ефективному управлінню медичними установами в умовах пандемії»**

Варіанти відповідей	Результати у %
Досвід та компетентність керівників	<b>67,8</b>
Високі організаційні та лідерські навички і вміння представників керівництва	<b>57,6</b>
Якісне проведення навчання (спеціальних тренінгів) для представників керівництва	40,7
Злагожені дії і взаємопідтримка колективу	<b>72,9</b>
Довірчі/дружні відносини між членами колективу	28,8
Справедливий розподіл обов'язків між членами колективу	44,1
Можливість створити безпечні умови для роботи	<b>66,1</b>
Висока мотивація працівників	39
Належна оплата праці медичним працівникам	<b>79,7</b>

Під час анкетування респондентам були поставлені відкриті запитання, зокрема щодо психологічних труднощів з якими вони особисто зіткнулися виконуючі свої обов'язки в медичній установі в умовах пандемії. Найбільш типові відповіді на це запитання наводяться у табл. 3.

Вивчення особистісних якостей керівників медичних установ дозволило узагальнити соціально-психологічній якості особистості ефективного керівника медичної установи. За результатами факторного аналізу до міні-профілю особистості ефективного керівника медичної установи, який функціонує в умовах пандемії, були включені 15 найбільш виражених якостей та особливостей особистості керівника, які подаються нижче:

1. Здатність володіти емоціями в кризових ситуаціях.
2. Вміння довести та відстояти власну точку зору на будь-якому рівні.
3. Тактовність, уміння поводитися з людьми з різним характером, різним соціальним статусом.
4. Швидка адаптація до нових умов життєдіяльності.
5. Висока особиста дисциплінованість.
6. Сміливість, схильність до розумного ризику щодо прийняття нестандартних рішень та втілення їх у життя.
7. Уміння мотивувати інших щодо ефективної професійної діяльності.
8. Почуття обов'язку.
9. Організаторські здібності.
10. Здатність знайти потрібний тон, доцільну форму поведінки під час

спілкування з підлеглими.

11. Здатність до безконфліктної роботи в колективі.

12. Здатність знаходити нові нешаблонні рішення.

13. Здатність протистояти впливу інших.

14. Здатність передбачати, прогнозувати подальший хід подій з урахуванням ймовірності їх виникнення.

15. Націленість на співпрацю і роботу в команді.

Визначено, що однією з психологічних закономірностей ефективності діяльності керівників є наявність у них більш розвинених навичок саморегуляції негативних емоційних станів, виражена активність і енергійність, рухливість і прагнення до дії. Встановлено, що керівник з колегіальним стилем керівництва, а також з домінуючими стилями міжособистісного спілкування (доброзичливим і альтруїстичним), здатний забезпечувати прийнятний соціально-психологічний клімат і виробничі показники, навіть не займаючи формально першої ролі в медичній установі і компенсувати при цьому, будучи неформальним лідером, неповну відповідність і неконструктивний стиль управління офіційного керівника.

Таблиця 3

**Психологічні труднощі, з якими зіткнулися медичні працівники, виконуючі свої обов'язки в медичній установі в умовах пандемії**

п/п	Типові психологічні труднощі
1.	Ризик зараження вірусом для себе та для членів своєї родини, ізоляція від родичів та друзів, не бажаючих контактувати зі мною з тієї ж самої причини
2.	Керують некомпетентні особи, починаючи з обласного департаменту охорони здоров'я
3.	Підвищення плану роботи
4.	Моральне та психологічне вигорання
5.	Величезний потік непотрібної фейкової інформації
6.	Затримка в обстеженні та діагностиці хворих
7.	Розпорядження вищого керівництва не завжди відповідають дійсності і можливостям
8.	Недооцінка ситуації населенням
9.	Багато часу йде на оформлення документації (часто незрозуміло для чого), яка ще й по кілька разів дублюється
10.	Відсутність професіоналізму та відверта брехня у звітах
11.	Необхідність виконувати одночасно декілька різних видів діяльності та розуміння того що це дуже довго не закінчиться
12.	Перевантаження і недостатність часу на відпочинок



На підставі проведеного дослідження, перспективними напрямками подальших науково-практичних пошуків є розробка практичних шляхів щодо підвищення ефективності управління медичною установою шляхом впровадження психологічного тренінгу антикризового управління в систему навчання та підвищення кваліфікації керівників медичних установ.

## **ОСОБЛИВОСТІ НАВІЮВАНOSTІ СОЦІАЛЬНО ДЕЗАДАПТОВАНИХ ПІДЛІТКІВ АКЦЕНТУАНТІВ**

*І. Ф. Манілов,*

*кандидат психологічних наук,*

*провідний науковий співробітник,*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

В психокорекційній роботі із соціально дезадаптованими підлітками, значний практичний інтерес представляє співвідношення навіюваності з акцентуаціями характеру. Акцентуації представляють собою граничні варіанти норми. При несприятливому розвитку життєвої ситуації, цілком можливе формування патологічного характеру, який суттєво перешкоджає адаптації дитини. При роботі з дезадаптованими підлітками-акцентуантами, є реальна можливість впливати на них, через навіювання у стані неспання. Поінформованість щодо співвідношення сугестивності з акцентуаціями характеру дає змогу підвищити ефективність психокорекційного впливу. Все це обумовлює актуальність експериментальних досліджень у даному напрямку.

Для визначення особливостей навіюваності соціально дезадаптованих підлітків, було проведено експериментально-психологічне дослідження. В задачі дослідження входило: розробити комплекс тест-проб на навіюваність, які б охоплювали основні сенсорні канали; визначити кількісні показники навіюваності (ПН) та акцентуованості соціально дезадаптованих підлітків та порівняти з аналогічними показниками їх соціально адаптованих однолітків; визначити особливості взаємозв'язку між показниками навіюваності і акцентуації у соціально дезадаптованих підлітків. Дослідження проводили з підлітками віком від 12 до 16 років і загальною чисельністю 120 осіб. Група соціально дезадаптованих підлітків склала 60 осіб (42 хлопця і 18 дівчат); група соціально адаптованих, теж 60 (28 хлопців і 32 дівчат).

Групу соціально дезадаптованих неповнолітніх було сформовано за допомогою експертів (педагогів, шкільних психологів та соціальних працівників). До групи соціально дезадаптованих увійшли підлітки з безвідповідальним ставленням до навчання, які систематично порушували дисципліну, нехтували нормами моралі. Типовим для них є неадекватне відношення до педагогічних впливів, систематичні прогули шкільних занять, втечі з дому. Частина підлітків знаходиться на обліку інспекції у справах

неповнолітні у зв'язку з періодичним вживанням психотропних речовин, а також кримінальною діяльністю (хуліганство, крадіжки і т.п.). Характерним для означеної групи підлітків є слабкий розвиток самоконтролю, емоційна невірноваженість і конфліктність. До контрольної групи соціально адаптованих було відібрано підлітків, поведінка яких (у школі і поза школою) відповідає загальноприйнятим соціальним нормам.

Для оцінки рівня сугестивності підлітків було використано чотирнадцять тест-проб, які охоплюють основні сенсорні модальності: зорову, слухову, нюхову, шкірну, рухово-кінестетичну. Показники акцентуованості підлітків визначались за допомогою модифікованого Патохарактерологічного діагностичного опитувальника А. Е. Личко. Ступінь взаємозв'язку між показниками навіюваності і акцентуованості оцінювали за допомогою коефіцієнта кореляції Браує-Пірсона.

В процесі досліджень було визначено, що зв'язок показників навіюваності і акцентуованості є досить неоднорідним. Так в групі дезадаптованих виявлено обернено пропорційний зв'язок між загальним показником навіюваності та лабільною акцентуацією. Тобто досліджувані, що схильні до крайніх проявів власних емоцій, менш сприйнятливі до сугестивного впливу. В групі соціально адаптованих, значущий кореляційний зв'язок між загальним показником навіюваності і лабільною акцентуацією відсутній.

Між загальним ПН і інтровертованим типом акцентуації в групі дезадаптованих підлітків, теж виявлено негативний кореляційний зв'язок, на відміну від групи соціально адаптованих, де значущий кореляційний зв'язок відсутній. Замкнутість, нездатність або небажання встановлювати контакти, зниження потреби в спілкуванні соціально дезадаптованих підлітків провокують їх підвищену критичність до будь якої інформації, що надходить ззовні, а відтак і малу навіюваність.

Дослідження дозволило виявити негативний кореляційний зв'язок в групі дезадаптованих підлітків між показниками навіюваності нюхової сенсорної модальності і лабільною акцентуацією. Негативний кореляційний зв'язок встановлено також між лабільною акцентуацією і показниками навіюваності слухової сенсорної модальності. Слід зауважити, що в групі соціально адаптованих, між даними показниками не виявлено статистично значущих зв'язків. Наявність обернено пропорційного зв'язку між вище названими показниками, демонструє підвищену сприйнятливість до сугестії схильних до екзальтації соціально дезадаптованих підлітків.

Між показниками сугестивності слухової сенсорної модальності та інтровертованістю в групі дезадаптованих підлітків виявлено обернено пропорційний зв'язок. В групі соціально адаптованих спостерігається певна тенденція до прямо пропорційного зв'язку, але коефіцієнт кореляції не досягає статистично значущого рівня. Виражена інтравертованість характеру у дезадаптованих підлітків, перешкоджає реалізації навіювання слухової сенсорної модальності. Можливо саме з цим пов'язана низька ефективність

традиційних вербальних педагогічних впливів на дану категорію неповнолітніх.

В групі дезадаптованих виявлено статистично значущий зв'язок між демонстративною акцентуацією і показниками навіюваності шкірної сенсорної модальності. Егоцентризм, жага уваги до власної персони, високий рівень комунікативності, бажання „скласти враження” за будь-яких умов і засобів сприяє підвищенню чутливості до такого специфічного навіювального впливу.

В групі дезадаптованих підлітків-циклоїдів не було зафіксовано жодного статистично значущого кореляційного зв'язку, проте в групі соціально адаптованих підлітків цей зв'язок виявлено. Позитивний зв'язок між названими показниками дає можливість припустити, що у соціально адаптованих підлітків з циклоїдними рисами характеру частіше спостерігається підвищена сприйнятливості до навіювання, в першу чергу, нюхових сенсорних образів.

В групі соціально дезадаптованих між лабільною акцентуацією і показниками навіюваності зорової сенсорної модальності кореляційний зв'язок відсутній, проте в групі соціально адаптованих цей зв'язок існує.

Вартий уваги той факт, що між тривожно-педантичним типом акцентуації і сугестивністю не зафіксовано прямо пропорційного кореляційного зв'язку. Максимальне значення отримано для рухово-кінестетичних тест-проб на сугестивність в групі соціально дезадаптованих неповнолітніх. Цей показник не досягає статистично значущої величини, проте свідчить про певні тенденції.

Дослідження співвідношення між сугестивністю і нестійким типом акцентуації, також дало неоднозначні результати. В групі соціально дезадаптованих підлітків коефіцієнти кореляції вказують на тенденцію до обернено пропорційного зв'язку досліджуваних показників.

Порівняльний аналіз обох груп досліджуваних показує суттєві розбіжності між ними. Так в групі соціально дезадаптованих, більшість статистично значущих коефіцієнтів кореляції мають знак мінус. Тобто підвищення рівня особистісної акцентуованості супроводжується зменшенням сприйнятливості до навіювання. Виключенням є лише позитивний зв'язок між показниками демонстративної акцентуації і шкірними тест-пробами. В групі соціально адаптованих підлітків усі статистично значущі коефіцієнти кореляції позитивні, що свідчить про прямо пропорційні зв'язки між досліджуваними параметрами. Все це дозволяє стверджувати, що стан соціальної дезадаптації суттєво впливає на перцептивну діяльність.

Слід зауважити, що доросла людина сприймається соціально дезадаптованим підлітком як об'єкт, що несе у собі певну загрозу. Звідси підвищена настороженість, підозрілість, а також прихована або відкрита протидія. Неадекватні негативні реакції підвищують критичність сприйняття будь якої інформації, що надходить від дорослої людини. Акцентуовані риси характеру ще більше загострюють ситуацію. Як наслідок, зростає

антисугестивний бар'єр, що протидіє навіювальному впливу. Відмінності у сприйнятливості до гетерогенної сугестії соціально дезадаптованих і адаптованих підлітків можна використовувати з психодіагностичною метою.

Узагальнюючи викладене, можна зробити наступні висновки:

Сприйнятливість до гетерогенного сугестивного впливу соціально дезадаптованих і соціально адаптованих підлітків кількісно та якісно відрізняється. При зростанні рівня акцентуованості соціально дезадаптованих підлітків, спостерігається тенденція до зменшенням показників їхньої навіюваності.

В групі соціально дезадаптованих підлітків виявлено обернено пропорційний кореляційний зв'язок між: загальним показником навіюваності та лабільною і інтровертованою акцентуаціями; показниками навіюваності нюхової сенсорної модальності і лабільною акцентуацією; показниками навіюваності слухової сенсорної модальності та лабільною і інтровертованою акцентуаціями. Прямо пропорційний кореляційний зв'язок в групі дезадаптованих спостерігається між показниками навіюваності шкірної сенсорної модальності і демонстративною акцентуацією.

В групі соціально адаптованих підлітків виявлено прямо пропорційний кореляційний зв'язок між: загальним показником навіюваності та циклоїдним типом акцентуації; навіюваністю показниками навіюваності нюхової сенсорної модальності і циклоїдною акцентуацією; показниками навіюваності зорової сенсорної модальності і лабільною акцентуацією.

При визначенні рівня навіюваності, як соціально дезадаптованих, так і соціально адаптованих підлітків необхідно враховувати сенсорну модальність тест-проб на сугестивність. Відмінності в сприйнятливості до навіювального впливу між соціально дезадаптованими і соціально адаптованими підлітками можна використовувати як діагностичний критерій при визначенні глибини соціальної дезадаптації. Аномально низьку чутливість до гетерогенного навіювання слід розглядати як прогностично несприятливу ознаку поглиблення соціальної дезадаптації.

## **ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВЧИТЕЛЯ НА ВЗАЄМОДІЮ З УЧНЯМИ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ**

*Л. В. Мар'яненко,  
кандидат психологічних наук,  
старший науковий співробітник  
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

В сьогоденних умовах, в яких перебуває Україна, проблема здоров'я людей є особливо актуальною. Для психологів, як науковців, так і практиків, важливою є проблема психологічного здоров'я особистості і з'ясування того, чим воно відрізняється від психічного здоров'я. За визначенням Всесвітньої

організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це стан добробуту, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал та впоратися із життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. *Психологічне здоров'я визначається як стан душевного благополуччя (комфарту), адекватне ставлення до навколишнього світу, відсутність хворобливих психічних явищ (фобій, неврозів).* Психологічно здорова людина: не відчуває страхів, коли для цього немає реальних підстав; не боїться брати відповідальність за свої вчинки; воліє мислити самостійно. *Модель психологічного здоров'я складається із п'яти компонентів: по-перше, це аксіологічний (самовідношення) компонент, що передбачає усвідомлення людиною своєї цінності і унікальності, а також цінності і унікальності оточуючих. Прийняття людиною самої себе при досить повному знанні себе, а також прийнятті інших. Тобто, якщо йдеться про вчителя, то він повністю приймає самого себе і при цьому визнає цінність і унікальність учнів. По-друге, інструментальний компонент передбачає володіння рефлексією як засобом самопізнання, здатністю концентрувати свідомість на самому собі, своєму внутрішньому світі і адекватно усвідомлювати своє місце у взаєминах з іншими. По-третє, *потребно-мотиваційний компонент* визначає наявність у людини потреби в саморозвитку, тобто в самозміні та особистісному зростанні. Людина повністю приймає відповідальність за своє життя. По-четверте, розвиваючий компонент передбачає наявність динаміки в розумовому, особистісному, соціальному, фізичному розвитку. Такий компонент не створює передумов для виникнення психосоматичних захворювань. Людина перебуває в постійному розвитку і сприяє розвитку інших людей. По-п'яте, соціально-культурний компонент визначає можливість людини успішно діяти, розвиватися в оточуючих її соціально-культурних умовах. У такої людини наявне уміння розуміти людей і взаємодіяти з ними. Зрозуміло, що представлений образ «психологічного здоров'я» можна розглядати як еталон, але вчителі, батьки, діти здебільшого мають ті чи інші відхилення саме у плані досягнення еталону психологічного здоров'я. Можна зробити підсумок, що психічно здорова людина не має психічних захворювань, а психологічно здорова людина прагне до саморозвитку і самовдосконалення, досягає успіхів у своїй професійній діяльності (маємо на увазі також і вчителів) або пізнавально-навчальній діяльності (йдеться про учнів). (Що таке психологічне здоров'я? Слов'янський педагогічний ліцей <https://slavpedlicey.com.ua> › archives).*

Завданням нашого дослідження було дослідити психологічне здоров'я вчителів у їхній взаємодії з учнями в процесі навчання.

За нашими даними першочергове значення для розвитку педагогічної майстерності вчителів відіграє вміння формувати мотивацію до пізнання, навчання і учіння; на другому – вміння створювати пізнавальне емоційне самопочуття учнів на уроці, на третьому – сформованість у вчителя демократичного стилю спілкування; на четвертому – виховання особистісного компоненту пізнавальної діяльності; на п'ятому – формування операційного

компоненту пізнавальної діяльності. Також для педагогічної майстерності сприятливими виявилися: збуджувальний тип акцентуації характеру за Леонгардом К. (методика Х. Шмішека); самобутність стилю спілкування (методика А. Л. Журавльова; В. П.Захарова); позитивна загальна самооцінка (методика Т. В. Дембо-С. Я. Рубінштейн), зокрема – позитивна самооцінка творчості і здоров'я. Було виявлено та доведено, що негативно на педагогічну діяльність, а саме на формувальні вміння вчителів впливає ліберальний стиль спілкування вчителя; відповідально-великодушний тип взаємодії (підлеглість-дружність – ліберальний стиль спілкування (Методика діагностики міжособистісних відносин Тімоті Лірі), оскільки при надмірній відповідальності вчителя блокується самовираження учнів; при гіпервираженій відповідальності вчитель нерозбірливо нав'язує свою допомогу і блокує самостійність і ініціативність учнів; негативно впливає також прямолінійно-агресивний тип взаємодії (підлеглість-ворожість, ліберальний стиль спілкування) Негативно впливає конвенціонально-співпрацювальний тип взаємодії (підлеглість-дружність, ліберальний стиль спілкування) При акцентуації цього типу взаємодії у вчителя надто посилюється конформізм, істероїдність. Негативно на формувальні вміння вчителя впливає: недовірливо-скептичний тип взаємодії вчителя (підлеглість-ворожість – ліберальний стиль спілкування) ((методика Т. Лірі). При акцентуації недовірливо-скептичного типу взаємодії у вчителя підсилюється недовіра, замкненість, підозрілість, складність в інтерперсональних контактах, підозра, що для вчителя проявляється у негативному ставленні до учнів «на пустому місці», з'являється вербальна агресія. При психопатії недовірливо-скептичного типу взаємодії у вчителя проявляється відчуження, підозрілість, образливість, схильність до сумнівів.

З допомогою факторного аналізу нами було обчислено 58 показників методик, задіяних в експериментальному дослідженні. Виділилось 14 факторів, один з яких – фактор «Вміння формувати пізнавальну діяльність учнів» або «Професійна майстерність вчителя». Найбільшу факторну вагу в цьому факторі має показник «вміння формувати пізнавальну мотивацію» На другому місці по значущості – «демократичний стиль спілкування-керівництва»; на третьому місці – факторна вага показника «вміння створювати позитивне емоційне самопочуття учнів на уроці» ; На четвертому місці – вміння формувати особистісні морально-етичні якості; На п'ятому місці за значущістю – вміння формувати операційний компонент пізнавальної діяльності. Виокремились також незначущі позитивні факторні ваги: показник «Самооцінка здоров'я вчителя»; показник «Акцентуація за збуджувальним типом характеру»; показник «Самобутність стилю спілкування»; показник «Позитивна самооцінка власної творчості». Негативні факторні ваги: показник «Ліберальний стиль спілкування»; тенденції: показник «Рівень домагань характеру»; показник «Тривожність як акцентуація характеру».

За результатами дослідження учнів було здійснено підбір методик і проведено емпіричне дослідження у двох класах (учні 11 класів), усього було

обстежено 50 учнів. Проведення емпіричного дослідження здійснювалось у ЗОШ № 36 м. Києва із застосуванням таких діагностичних методик: методика Семантичний диференціал, «Світоглядна самодетермінація» (авторська анкета) Методика «Розвиток і блокада самодетермінації» (авторська анкета) Методика «Самооцінка структури пізнавальної діяльності» (авторська опитувальна анкета) Методика «Види інтелекту» (Ховард Гардієр, або Говард Гарднер): Методика «Мотивація успіху» (Реан А.О.) Методика «Особистісний потенціал» (Санкт-Петербурзька школа); «Тест на діагностику креативності» О. Є. Тунік (модифікація тесту Е. П. Торранса); Самоактуалізаційний *тест* [Еверетт Шостром](методика тесту адаптована авторами: Альшиною Ю.Є., Гозманом Л.Я. та ін.) або методика «САТ»; Методика експрес-діагностики невротизації (німецькі автори Курт Хек і Хельга Хесс, 1975)

Отримані наукові результати. Було виокремлено діагностичні показники схильності учня і вчителя до взаємодії: Взаємодія (позитивна-негативна) (методика семантичного диференціалу); Інтерперсональний інтелект (методика Ховарда Гардієра); Соціальний потенціал особистості (методика «Особистісний потенціал»). Гіпотетичне припущення нашого дослідження: в процесі формування пізнавальної діяльності вчитель вищого рівня розвитку педагогічної діяльності має враховувати закономірності: між становленням структурних компонентів пізнавальної діяльності, особистісними рисами учня, його моральністю, духовністю, самодетермінацією, інтелектом, особистісним потенціалом, видами каузальних орієнтацій, творчістю, креативністю, самоактуалізацією, невротизацією. Ці залежності були виявлені з допомогою кореляційного і факторного аналізу статистичної обробки отриманих попередніх даних. А це є саме показники психологічного здоров'я-нездоров'я.

На основі теоретичного аналізу психологічної літератури та попереднього емпіричного дослідження аналізувалися умови досягнення вчителем позитивної міжособистісної взаємодії з учнями в процесі навчання. З'ясувалося, що для розв'язання цієї педагогічної задачі вчителю необхідно прогнозувати і враховувати зворотні зв'язки. (Обозов М. М.)

Сприятливу психологічну атмосферу можна створити за допомогою досягнення такої міжособистісної взаємодії, що будується на любові вчителя до учнів. Любов до дітей – це стрижневий момент педагогічних здібностей (Сухомлинський В. О., Синиця І. О., Максименко С. Д., 2013)

Холодна М. О. аналізує декілька моделей розвивального навчання, серед яких означена особистісна модель розвивального навчання, вона – гуманістична модель, що передбачає одночасний розвиток слабких і сильних учнів, формування в них цілісної картини світу, створення атмосфери довіри у спілкуванні, міжособистісної позитивної взаємодії, міжособистісної співпраці учнів і вчителя. (Холодна М.О.,2002). Система навчання має бути заснована на особистісно-гуманному підході до дітей. Необхідною є увага до індивідуальності кожного учня, спрямованість на співробітництво з дітьми, досягнення особистісного зростання кожного учня. (Амонашвілі Ш.О., 1990,

Занков Л.В., 1996) Власне гуманістична модель передбачає вільне навчання учня за власними проектами учнів і вчителів, а також з допомогою власних виборів завдань під керівництвом, консультуванням і ретельним наглядом вчителя (Роджерс К., 1994; Маслоу А., 2004; Бернс Р., 1986 та ін.) Застосовуються підручники і додаткові матеріали, що їх обирають самі учні.

У традиційному навчанні вчителі травмують дітей через оцінки і зауваження, а у гуманістичному навчанні вчитель може стати справжнім для учнів.

Досліджуючи традиційний тип навчання, психологи зазначають, що всього 15% вчителів здатні осмислити, виділити і розв'язати свої педагогічні задачі на творчому рівні (Чорнобровкін В.М., 2012). За дослідженням Галажинського В. Е., у 11% вчителів наявне вміння знаходити протиріччя. У 21% вчителів – відсутність ініціативи, за наявних інтелектуальних здібностей. У 53% вчителів спостерігається втеча від протиріч, психологічний захист (Галажинський В. Е., 2015). Виявлено, що у роботі з учнями вчитель-майстер використовує до 43 різних формувальних прийомів, а вчитель – «поганий вчитель» – 17-19 прийомів формування. (Кондратьєва В. С.)

Досліджуючи вчителів, які здатні до проведення занять в гуманістичній школі, К. Роджерс та його послідовники дійшли висновку, що лише 10% вчителів здатні працювати в людиноцентрованому напрямку (К. Роджерс).

Принципи православної психології і психотерапії наразі розроблені Шеховцовою Л. Ф., Зенько Ю. М. (Шеховцова Л. Ф., Зенько Ю. М. 2012). Також не всі вчителі здатні застосовувати їх у своєму спілкуванні з учнями. Для цього потрібно не тільки сповідувати православну віру, але й мати психологічне здоров'я, габувати педагогічної майстерності.

Роджерс К. запропонував психотерапію підтримуючих стосунків, що сприяє саморозкриттю творчого потенціалу учнів. Вчитель, домагаючись самоактуалізації учнів, запобігає розвитку в них заздрощів і гордощів. Православна психотерапія в навчанні досягає цього ефекту засобами виховних впливів Євангельських заповідей на учнів. Любов до дітей, на думку Синиці І. О., проявляється у педагогічному такті вчителя.

Таким чином, для досягнення позитивної міжособистісної взаємодії важливими є вміння вчителя створити сприятливу психологічну атмосферу в класі, забезпечувати сприятливий і безпечний психологічний простір. Вчитель не тільки має додержуватися гуманістичної спрямованості, але й бути наділеним педагогічними здібностями, розвиненим педагогічним тактом, досягати творчого рівня педагогічної діяльності, здобувати педагогічну майстерність. За таких умов вчитель зможе мати позитивні формувальні і виховні впливи на учнів, розвивати їхні пізнавальні здібності, формувати пізнавальні здібності та пізнавальну діяльність, тобто вміння набувати знання самостійно, творчо переробляти їх. Таких учителів – незначний відсоток і, на жаль, більшість педагогів не досягають високих рівнів розвитку педагогічної діяльності, а саме – педагогічної майстерності – через проблеми із власним психологічним здоров'ям.



## ПСИХОЛОГІЯ ВІЙНИ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ ДЛЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

**С. М. Миронець,**

*доктор психологічних наук, професор  
Державний торговельно-економічний університет*

На сьогодні все українське суспільство більше 600 днів перебуває на межі фізичного виживання і наражається на небезпеку для життя. Багато хто потерпає від безсоння через постійний нічний терор атаками дронів-камікадзе та ракет. Більшість населення живе в умовах постійної загрози, при цьому значна частина країни окупована російськими військами, і багато хто пережив найжахливіші звірства війни, по'язані з варварською поведінкою окупантів, тортурами і насильницькою «русифікацією».

Ці обставини створюють підґрунтя для виняткової уразливості українців до всіх травм, пов'язаних з війною, і розвинення низки проблем психічного здоров'я в безпрецедентних масштабах, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Вже за нинішніми прогнозами МОЗ України 3-4 мільйони людей потребуватимуть медикаментозного лікування психічних розладів, спричинених війною. Близько 15 млн. потребуватимуть інших видів психологічної підтримки, щоб збалансувати свій крихкий стан.

За результатами аналітичних матеріалів, що були підготовлені міжнародною групою з вивчення травматичного стресу в Україні, які були оприлюднені на III саміті перших леді і джентльменів «*Ментальне здоров'я: крихкість і стійкість майбутнього*», що відбувся у столиці України м. Києві 6 вересня 2023 р. (Ю. Осмолівська, С. Миронець, 2023 та ін.).

Це міжнародна платформа, що об'єднує перших осіб світу та сприяє діалогу й ефективній протидії глобальним гуманітарним викликам шляхом застосування інструментів м'якої сили, партнерства, публічної дипломатії, обміну досвідом і реалізації спільних ініціатив.

Як зазначено в преамбулі теми саміту, – «цінність ментального здоров'я ще не до кінця усвідомлена. Але це, безсумнівно, тема номер один і для України, яка живе в умовах повномасштабної російської агресії, і для світу, який лише за останні роки пережив чимало катастроф. Піклуючись про ментальне здоров'я, ми плекаємо нашу стійкість. Це те, що завжди буде провідником через важкі часи до майбутнього, яке створюємо для наших дітей...» (О. Зеленська, 2023).

Сам термін ментальне здоров'я за визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), – «...це стан добробуту, у якому людина реалізує свої здібності, може протистояти стресам, продуктивно працювати й робити внесок у життя своєї громади»

Як зазначив один із спікерів саміту, Британський актор С. Фрай, – «*Наш світ сьогодні зазнає багатьох випробувань на міцність, які визначають майбутнє людства: це відновлення після пандемії, війна в Україні, природні*

*катаклізми (землетруси в Туреччині й Сирії) і стрімкі кліматичні зміни. Ці виклики загартовують нашу стійкість і роблять справжню дружбу сильнішою, ніж будь-коли. Водночас такі інтенсивні кризи показали людству ще одну невидиму крихкість, яка потребує захисту: наше ментальне здоров'я».*

Міжнародною групою з вивчення травматичного стресу, до складу якої має честь бути залученим автор цієї статті», спеціально до Саміту було проведене масштабне соціологічне дослідження про ментальне здоров'я та ставлення до нього в різних країнах світу. Дослідження охопило 11 країн у різних регіонах світу, як-от: Аргентина, Бразилія, Велика Британія, Ізраїль, Німеччина, Польща, США, Туреччина, Україна, Хорватія, Японія. Разом ці країни представляють різноманітні культури, мови й традиції. Крім того, серед цих країн є як ті, що зазнавали війни в недалекому минулому, так і ті, що пережили масштабні конфлікти багато десятиліть тому.

Найцікавіші факти з дослідження були вперше представлені під час саміту в аналітичному звіті «SCARS ON THEIR SOULS: PTSD and Veterans of Ukraine» (Шрами на їх душах: ПТСР та ветерани України) (Luliia Osmolovska, Mandy Bostwick, Sergii Myronets etc., 2023).

Деякі висновки за результатами нашого дослідження вважав би за доцільне навести у цій статті, а саме:

Перед Україною постає великий виклик – підготувати все суспільство до роботи з травмами, отриманими під час війни, різними за своїми видами і масштабами наслідків. Особливу відповідальність у цьому відношенні буде покладено не лише на медичний персонал, клінічних та кризових психологів чи інфраструктуру. Соціальні працівники, вчителі, поліцейські, пересічні українці – всі мають бути навчені надавати первинну допомогу людям, зазнали травми.

Роль психологічних служб у цій ситуації полягатиме не тільки в кваліфікованій реабілітації, а в першу чергу формування потужної абілітаційної платформи.

*Абілітація* – система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування.

Тобто мова має йти про повернення до Концепції Культури безпеки особистості, ми повинні розуміти, що абілітація – це здатність до чого небусть, у нашому випадку здатність та усвідомлення власних ресурсів щодо подолання неминучих викликів для кожного індивіда й суспільства в цілому. Тобто абілітація – це дія, спрямована на придбання і сталий розвиток функцій і навичок особистості до автономії, тоді, як реабілітація передбачає відновлення втрачених функцій у результаті якої – небусть травми або хвороби.

Як зазначає відомий лікар, психіатр О. Панченко – директор Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр

МОЗ України, – «національне здоров'я – це ключовий показник суспільного та економічного розвитку держави». Складові здоров'я, яке за визначенням ВООЗ характеризується як «...стан повного фізичного, психологічного і соціального благополуччя» ми навели на рис. 1.



Рис. 1 Складові здоров'я особистості

Аналіз статистичних даних Білої книги свідчить, що динаміка чисельності населення України має тенденцію зменшуватися, відповідно 1993 рік – 52,2 млн., 2021 рік – 41, 3 млн., а 2023 рік 34-35 млн.

Постійні стресові події в Україні пов'язані між собою, вони суттєво впливають на зміну ситуації в громадському, соціальному житті, люди зазнають суттєвих збитків для власного здоров'я, а отже збільшується потреба у кваліфікованій медико-психологічній допомозі населенню, та відповідно у першу чергу її якості.

Проблема надання якісних медико-психологічних послуг населенню, це окрема тема, яка має над актуальне значення, і виходить далеко за межі тих питань, які ми хотіли окреслити в якості найближчих перспектив. Водночас вважаємо доречним зазначити на низку законодавчих ініціатив, які були внесені на розгляд Верховної Ради України, а саме:

- Проєкт Закону України (реєстраційний №9433 від 28.06.2023) «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо системи охорони психічного здоров'я та послуг у сфері психічного здоров'я» та

-Проект Закону України (реєстраційний №9434 від 28.06.2023) «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо запровадження адміністративної та кримінальної відповідальності за надання психологічної допомоги особами, які не мають такого права та поширення недостовірної інформації про наявність. У особи медичної освіти або лікарської спеціальності, права надавати психологічну допомогу».

Ініціатива щодо порушення питання приведення системи медико-психологічної допомоги в системі держави не має сумніву, водночас аналіз щодо її реалізації викликає цілу низку питань, які потребують врегулювання на всіх рівнях Єдиної державної системи та всіх її функціональних підсистем з питань медико-психологічної реабілітації усіх верств населення ід час війни та у повоєнний період. Безумовно, першочерговими ці питання мають бути у можливості та гарантії надання висококваліфікованої медико-психологічної реабілітації ветеранам війни та членам їхніх родин.

Окрім цього аналіз окресленої нами проблеми дає нам підстави навести деякі невідкладні напрями, з якими медики і професійні психологи вимушені вирішувати найближчим часом та у довгостроковій перспективі повоєнного періоду:

1) Суспільство має бути готовим до того, що реальна кількість випадків ПТСР в Україні може бути набагато вищою, ніж нинішні очікування «десь близько 20%», особливо з огляду на складнощі в оцінці реальної картини, пов'язані з великою кількістю незареєстрованих випадків та випадків незалежної діагностики, про що свідчить досвід країн США та Великобританії. Тому мають бути розроблені ефективні підходи і система роботи з ПТСР, починаючи від точного і більш якісного виявлення/ діагностики та лікування і закінчуючи боротьбою з суспільним упередженням і стигматизацією.

2) Враховуючи досвід, який Україна напрацьовує під час війни за підтримки міжнародних партнерів, по завершенню війни вона стане країною, що задаватиме стандарти у багатьох сферах, як то сучасна стратегія і тактика ведення бойових дій; здатність розвинути і зміцнити економічну стійкість; швидке відновлення після пошкодження критичної інфраструктури тощо.

3) Війна надала Україні унікальну можливість не лише розвивати медико-психологічну практику абілітації та реабілітації, а й стати лідером в цих сферах, враховуючи досвід отриманий медиками і кризовими психологами на полі бою у майбутньому Україна матиме можливість експортувати цей досвід до інших країн, і навіть може стати прикладом найкращих практик на світовому рівні.

4) Порівняно із загальним населенням військовослужбовці мають вищий ризик розвитку ПТСР через саму природу перебування в бойових умовах та інтенсивність повторюваних ситуацій, що загрожують життю. Перед Україною постає виклик забезпечити нормальні умови «м'якої» трансформації бійців у ветерани (від бойового до мирного життя), яких, за умови завершення війни вже завтра, буде налічуватись близька 1,8 мільйонів. З огляду на це, забезпечення найсучаснішої оцінки та ранньої діагностики їх психологічного

стану є першочерговим етапом у визначенні ефективних шляхів лікування, які стануть запорукою максимально комфортної реінтеграції ветеранів у мирне життя після завершення війни.

5) З початком збройних дій на сході України у 2014 році питання ПТСР та інших травм, пов'язаних з війною, серед учасників бойових дій та цивільного населення, яке перебувало в зоні бойових дій або поблизу неї, почало привертати до себе більше увагу.

б) Близько 80% військових, які брали участь у бойових діях на сході України під час Антитерористичної операції (АТО), а згодом в Операції об'єднаних сил (ООС), опинилися у стані бойового стресу, який згодом у близька 25% випадків трансформувалася у посттравматичні стресові розлади (ПТСР) різного ступеня тяжкості. 20-30% військовослужбовців, які отримали психологічні травми під час бойових дій, не змогли вирішити свої психологічні проблеми без сторонньої допомоги. Тим не менш, до лютого 2022 року питання ПТСР в Україні не отримало належного розгляду.

7) Окрім ПТСР, війна провокує розвиток інших розладів психічного здоров'я. Військовослужбовці також стикатимуться з розладами депресивного спектру, різними видами залежностей, фобіями, дисоціативними розладами (розлади деперсоналізації, дереалізації, дисоціативна амнезія тощо), поведінковими розладами, тривожними розладами та суїцидальною поведінкою. В контексті ситуації в Україні ці розлади накладаються на множинні черепно-мозкові травми та інші фізичні ураження мозку, спричинені кінетичними вибухами, що, у свою чергу, суттєво ускладнює лікування.

8) . Одним із найбільших викликів для України є розрив між масштабом потреб, які виявлено і які продовжують зростати, і поточним рівнем наявних психосоціальних ресурсів. Щоб задовольнити потреби такого масштабу та інтенсивності як серед учасників бойових дій, так і серед максимально широких верств населення, що постраждало від війни, - потрібен цілісний, практичний, інклюзивний та диференційований підхід до роботи з травмами, спричиненими війною, психосоціальної підтримки та охорони психічного здоров'я.

9). Розвиток посттравматичного стресового розладу або інших психічних та емоційних порушень є крайньою реакцією, і ризик її прояву можна значно знизити та мінімізувати, якщо всі, хто контактує з особами, що пережили травматичну подію, матимуть відповідні інструменти та навички для надання ефективної підтримки вже на початкових етапах.

Виходячи з практичного досвіду Ізраїлю, найбільш життєздатним і ефективним підходом є створення широкої мережі нестигматизованої психосоціальної підтримки на місцях, на рівні громад.

Готуючи аналітичні матеріали до саміту ментального здоров'я нашою робочою групою було окреслено цілу низку нагальних проблем, які потребують подальшого системного аналізу та вирішення.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

**Н. М. Панасенко,**

*кандидат психологічних наук, доцент,  
провідний науковий співробітник*

**М. В. Войтович,**

*науковий співробітник*

*Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Період війни характеризується великими викликами, які поставлені перед людьми. Це і втрата близьких, і переселення, економічні труднощі, психологічний тиск та інші негативні наслідки. У таких умовах людині важливо знайти способи зменшення стресу і негативних емоцій, які негативно впливають на фізичне і психологічне здоров'я людини.

Авторами було проведено дослідження за Опитувальником, спрямованим на отримання всебічної інформації про демографічні характеристики респондентів та вплив на них подій воєнного часу (11 запитань) (Кокун О. М., 2022), Шкалою психофізіологічної стійкості Коннора-Девідсона-10 (Campbell Sills & Stein, 2007), Опитувальником для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін., Гіссенським опитувальником соматичних скарг та Опитувальником ресурсних каналів подолання стресу за моделлю Basic-Ph (Mooli Lahad, 2013), український варіант, 2014).

Дослідження проводилось у червні-липні 2023 року за допомогою гугл-форм серед громадян України різного віку, статі та рівнів освіти. Найбільшу представленість у вибірці досліджуваних мають респонденти 19-30 років (44,7%) та 31-40 років (23,7%). Переважна більшість досліджуваних мають вищу освіту (65,8%), з них 7,9% мають науковий ступінь або навчаються в аспірантурі. Ще 21,1% мають середню або середню спеціальну освіту. Майже 71,1% учасників дослідження мають особистий життєвий досвід, пов'язаний із війною (від вимушеного переїзду з постійного місця перебування у межах України, а також за кордон, і до особистої участі в зоні бойових дій). На окупованих територіях перебували 7,9% респондентів. Волонтерською роботою займалися 23,7% респондентів. Причому у 35,1% відбулися під час війни вимушені негативні професійні зміни: 8,1% зазначили, що вони втратили місце роботи без наявної можливості знайти нову. У 60,5% погіршилося або істотно погіршилося матеріальне становище. А 21,1% зазнали різного ступеня ушкодження власного житла під час війни. Отримали внаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження 5,3% респондентів. У 26,3% отримав поранення чи інші фізичні ушкодження внаслідок війни хтось із близьких. А 5,3% такі поранення чи ушкодження отримали самі. А 81,6%

респондентів зазначили, що вони зазнали різного ступеня небезпеки для власного життя (від епізодичної до надзвичайно сильної). Слід зауважити, що надзвичайно сильної небезпеки зазнали 7,9%. За результатами самооцінки змін стану власного здоров'я під час війни, він погіршився або істотно погіршився у 57,9% досліджуваних. Емоційний стан погіршився або істотно погіршився ще у більшій кількості – 76,4%. Також 26,4% відзначають погіршення або суттєве погіршення власних життєвих перспектив.

Було визначено, що в нашій вибірці вірогідність наявності ПТСР мають 36,8% досліджуваних, що є достатньо високим показником, причому ще 26,3% мають граничний показник. Тобто, можна стверджувати, що 63% респондентів потребують психологічної допомоги з приводу ПТСР.

Психофізіологічна стійкість (англ. resilience) – це розумова, фізична, емоційна та поведінкова здатність людини адаптуватися, відновлюватися та процвітати в ситуаціях ризику, викликів, небезпеки, складності та негараздів, а також вчитися та рости після невдач (Коқун,2022).

За шкалою психофізіологічної стійкості Коннора-Девідсона-10 було визначено, що психофізіологічну стійкість на середньому рівні мають 47,4% досліджуваних, а високий рівень – 52,6%. Було визначено, що чоловіки з досліджуваної вибірки мають вищі показники психофізіологічної стійкості ( $M=31,12$ ) за жінок ( $M=25,76$ ). Ці відмінності є статистично значущими на рівні ( $p \leq 0,05$ ).

Аналіз результатів опитування респондентів за Гіссенським опитувальником соматичних скарг показує, що більшість соматичних скарг у жінок є вищою, ніж у чоловіків. Наприклад, за показником «виснаженість» у жінок –  $M=11,53$ , а в чоловіків –  $M=10,12$ , за показником «шлункові скарги» у жінок –  $M=4,8$ , а в чоловіків –  $M=3,5$ . За показником «ревматичний фактор» у жінок  $M=11,10$ , а в чоловіків –  $M=6,87$ . За показником «серцеві скарги» у жінок –  $M=5,46$ , а в чоловіків –  $M=3,50$ . За показником «Тиск – загальний показник соматичних скарг» у жінок –  $M=31,02$ , а в чоловіків –  $M=24,0$ . Тобто, назагал чоловіки менше скаржаться на стан свого здоров'я, що може пояснюватися багатьма чинниками, що потребує окремого дослідження.

У кожної людини є своя «мова» (досвід) і ресурсний канал подолання стресу, всього шість ресурсних каналів подолання стресу, але здебільшого тільки два з них є домінуючими. Багатовимірна модель внутрішньої стійкості BASIC-Ph, як модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності демонструє різні стилі, шляхи того, як людина може впоратися із стресом, це деякий «міст над прірвою», що допомагає людині «вирости» з кризової ситуації, «з'єднати» її внутрішнє «Я» та зовнішній «Світ» (Lahad & Leykin, 2013). В запропонованій ізраїльськими психологами моделі враховуються всі шість ресурсних каналів, з яких складається характерний для кожної людини стиль подолання стресу: B – Belief – філософія життя, вірування та моральні цінності; A – Affect – емоції, почуття; S – Socialization – суспільство, функція, належність, соціальна організація; I – Imagination – уява і творчість, інтуїція;

C – Cognition – свідомість, реальність, пізнання і думка; Ph – Physical – фізична, чуттєва та діяльна модальність.

Результати авторського дослідження за Опитувальником ресурсних каналів подолання стресу за моделлю Basic-Ph засвідчили, що середні значення у жінок вищі за показниками каналів B, S, I, Ph. А в чоловіків середні значення вищі за показниками каналів C, а показники за каналом A і в чоловіків, і в жінок суттєво не відрізняються.

Також було визначено, що показники психофізіологічної стійкості та показники за каналом C мають позитивні кореляційні зв'язки (на рівні  $p \leq 0,05$ ). Тобто, чим вищими є показники психофізіологічної стійкості у людини, тим вищий у неї є рівень розвитку ресурсного каналу C (пізнання і думка).

У процесі дослідження за Опитувальником Кокуна О.М. (Кокун О.М., 2022) були виявлені кореляційні зв'язки між відповідями на питання Опитувальника і соматичними скаргами респондентів. А саме, досвід під час війни негативно пов'язаний з показниками виснаженості, тобто парадоксально, але чим більший досвід отримує людина під час війни, тим меншими є у неї скарги на виснаження ( $p \leq - 0,05$ ). Виявлено негативні кореляційні зв'язки скарг на виснаження з відповідями на питання «Як оцінюєте зміни стану власного здоров'я за час війни? Як ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни? Яким чином ви оцінюєте власні життєві перспективи на даний момент?» ( $p \leq - 0,05$ ). Кореляційний аналіз доводить, що ті респонденти, які не скаржились (не усвідомлюють/не визнають?) на негативні зміни у здоров'ї та в емоційному стані під час війни і не задумуються над власними життєвими перспективами на даний момент, мають високі показники виснаження. І навпаки, ті, хто усвідомлюють негативні зміни у соматичному та психологічному здоров'ї, є менше виснаженими.

Також були виявлені негативні кореляційні зв'язки між відповідями на питання Опитувальника: «Ваш досвід під час війни? Як ви оцінюєте зміни стану власного здоров'я за час війни? Як ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни? Яким чином ви оцінюєте власні життєві перспективи на даний момент? і скаргами на болі в різних частинах тіла (ревматичний фактор) ( $p \leq - 0,05$ ). Тобто, чим більший досвід, отриманий під час війни, чим більше усвідомлення стану власного здоров'я й емоційного стану та життєвих перспектив, тим меншими є скарги на болі різної локалізації.

З показником «Серцеві скарги» з такими відповідями на питання Опитувальника, як: Чи отримав внаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження хтось із ваших близьких? Чи загинув внаслідок війни хтось із ваших близьких? Як ви оцінюєте зміни стану власного здоров'я за час війни? Як ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни? також виявлені негативні кореляційні зв'язки ( $p \leq - 0,05$ ). Тобто, рідше скаржаться на серцевий біль ті, у кого постраждав чи загинув хтось із близьких, хто усвідомлює негативні зміни власного фізичного й емоційного здоров'я.

Отже, наше дослідження показує, що на фізичне й психологічне здоров'я людей під час війни негативний вплив має постійний стрес, недостатній рівень



психофізіологічної стійкості, високий рівень ПТСР, наслідком чого є скарги на психосоматичний стан, та недостатній рівень розвитку ресурсних каналів. Дослідження доводить важливість розвитку у громадян тих ресурсних каналів, які в них домінують, але потрібно також звертати увагу на ті канали, які недостатньо розвинені, позаяк багато сучасних вчених-дослідників говорять про взаємозв'язок і взаємопідсилювання каналів.

Під час консультування фахівцями громадян, які звертаються за допомогою, варто індивідуально визначати рівень розвитку всіх описаних вище показників фізичного і психологічного здоров'я та з урахуванням результатів вибудувувати стратегію психологічної допомоги.

## **РОЛЬ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА**

*І. М. Поклад,  
кандидат психологічних наук,  
провідний науковий співробітник,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Сенс людського життя – бути джерелом  
світла та тепла для інших людей.  
*С. Л. Рубінштейн*

Вже другий рік триває повномасштабна війна в Україні. Вчені зазначають, що умовах військового протистояння більшість співвітчизників постійно відчувають страх та тривогу за власне життя та життя близьких. Нестабільність, загрозливість та непередбачуваність сучасного життя потребує нових способів буття у світі. Тому, однією з найбільш актуальних життєвих та професійних проблем стає проблема фізичного й психічного здоров'я людини, її здатність відновлюватися та підтримувати внутрішній ресурс.

Серед переліку факторів впливу на якість життєдіяльності людини, одним із найвпливовіших є професійна діяльність. Діяльність спеціалістів системи «людина-людина» (лікарів, вчителів, психологів, соціальних педагогів, соціальних працівників, рятувальників, працівників правоохоронних органів та ін.) не залежно від ролей та функцій, які вони виконують відноситься до групи професій із підвищеним рівнем моральної відповідальності за здоров'я та життя окремих людей, груп населення і суспільства в цілому.

Наше сьогодення характеризується переживанням тривалого стресу – він відрізняється від повсякденного, оскільки часто перевищує нашу здатність до адаптації (Шмаргун В. М., 2013). Це неминуче діє на особистість

майбутнього психолога-консультанта, який проходить період становлення як фахівця, який не тільки володіє навичками підтримки, консультування, але й здатності до самодопомоги. Через тривалість і напруженість стресових факторів ми можемо говорити про хронічний стрес (стадія резистентності), що має такі наслідки: дія на структуру головного мозку (депресія, когнітивні, поведінкові та емоційні розлади); дія на імунну систему (діабет, рак, захворювання ШКТ, серцево-судинні та ін.); дія на психічне здоров'я (неврози, невротичні депресії, шизофренічні епізоди). Усі ці впливи (на шкіру, роботу мозку, серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, підшлункову залозу, імунітет, опорно-рухову систему, психологічну складову) є великою перешкодою не тільки для навчання, але й для звичайного життя.

Отже, враховуючи вищесказане, можна констатувати, що умови роботи в яких живе, працює та навчається наше суспільство, можуть призвести до певних порушень, деформацій або професійних захворювань, а це в свою чергу може призвести до депрофесіоналізації або навіть десоціалізації особистості. Порушення можуть торкатися різних сторін трудового процесу – професійної діяльності, особистості професіонала, професійного спілкування. Ці порушення мають прояви у тому, що людина не в змозі використовувати свої особисті можливості та засоби. Вона відчуває психічну втому або втрату своїх професійних умінь та навичок (Карамушка Л. М., 2004).

Роль психопрофілактики у професійній діяльності психолога-консультанта відіграє найсуттєвішу роль яка включає сукупність заходів, що забезпечують психічне здоров'я, включаючи профілактику особистісних та професійних криз, попередження виникнення та поширення нервово-психічних захворювань. Вчені акцентують, що це особливо важливо, якщо враховувати тісний взаємозв'язок фізичного і душевного здоров'я людини: психічний стан впливає на соматичне здоров'я людини, а соматичні проблеми можуть викликати серйозний емоційний розлад (Максименко С. Д., 2021).

Отже, професійні деформації можуть виникати у зв'язку із самою специфікою роботи. Дослідники свідчать, що приблизно – від 30 до 90% – робітників соціальної сфери мають стан емоційно-мотиваційної перевтоми, а майже 80% лікарів-психіатрів, психотерапевтів, психологів-консультантів мають різного ступеня виражені ознаки синдрому «емоційного вигорання».

Вигорання – це стан вираженої втоми та емоційного виснаження, який характеризується втратою здатності надавати психологічну підтримку іншим, байдужим та негативним ставленням до колег і клієнтів, зниженням продуктивності, знеціненням поточних результатів та минулих досягнень, зменшенням відчуття само актуалізації внаслідок хронічного стресу, фрустрації та внутрішньоособистісного контролю під час виконання професійних обов'язків (ВООЗ, 2001). Цей термін був запропонований Х.Дж.Фрейденбергером, пізніше дослідники цього явища К.Кондо, Р.Шваб, С.Маслач, Є.Махер уточнили та деталізували прояви даного синдрому. Так,

науковці дійшли висновку, що суттєву роль в «емоційному вигоранні» відіграють три основні фактори: особистісний, рольовий та організаційний.

Розкриваючи ці фактори у своїх роботах, Х.Дж.Фрейденбергер та Є.Махер зазначали, що вплив *особистісного* фактору на розвиток синдрому «вигорання» пов'язаний із наступними рисами характеру: співчутливість, гуманність, захопленість, ідеалістичність, інтровертність, низький рівень емпатії, схильність до авторитаризму, відсутність самостійності. Вплив *рольового* фактору пов'язаний із наступними чинниками: рольові дії, які недостатньо узгоджені; немає інтеграції зусиль; є конкуренція, коли при вирішенні проблеми, результат залежить від скоординованості дій та співпраці; наявність рольового конфлікту. До чинників на *організаційному* рівні відносять: занадто складна за змістом, але не достатньо організована робота; відсутність достойної оцінки роботи; керівництво та зміст роботи не збігаються; невизначеність функціональних обов'язків та недостатній рівень відповідальності; неможливість особистісного зростання; відсутність творчої автономії; гіперконтроль з боку керівництва.

Наявність всіх цих чинників свідчить про необхідність приділяти увагу роботі з персоналом у напрямку попередження та корекції стресових ситуацій, розробці програм захисту від професійного вигорання.

Вчені виділяють такі рівні профілактичних заходів щодо вигорання: *макрорівень* – суспільство (організаційний і соціально-економічний); *мезорівень* – колектив (професійне середовище); *макрорівень* – особистість (психокорекція та психотерапія). До превентивних заходів на цьому рівні можна віднести: дотримання режиму; зміну роботи та відпочинку; оволодіння прийомами відновлення, які знімають втому та напруженість.

Що стосується дотримання режиму та зміни діяльності, то можна запропонувати наступні правила з профілактики «професійного вигорання»:

1. *Пізнай себе.* Розрахуйте, яка кількість сну Вам необхідна щодня і спробуйте його «виспати» цілком.

2. *Харчуйтеся відповідно своїм потребам.* Організуйте собі такий раціон, який дозволить підтримувати баланс, необхідний для обраного стилю життя.

3. *Робіть фізичні вправи.* Створіть комплекс вправ, який Ви будете здатні робити регулярно. Можливе відвідування спортивних клубів, де є можливість займатися спортом разом з іншими.

4. *Розвивайте мережу підтримки.* Особливо важливі колеги та друзі, що мотивують і надихають Вас, змушують Вас посміхатися (гумор – найбільші ліки від стресу).

5. *Регулярно займайтеся професійним розвитком та урізноманітніть своє професійне життя.* Оволодівайте новими навичками та розширюйте сфери своєї компетентності. Виробіть для себе життєві цілі й регулярно оцінюйте своє просування до них.

6. *Щодня відводьте час, нехай і невеликий, який Ви можете присвятити тільки самому собі.* Використовуйте цей час для розслаблення та відпочинку: читайте книги, слухайте музику, розмовляйте по телефону та ін.

7. *Усвідомлюйте свої досягнення.* Добре, коли інші люди дають Вам позитивний зворотній зв'язок, але самостійний огляд власного прогресу може бути таким же корисним, особливо якщо Ви зареєстрували свою «стартову крапку».

8. *Будьте особливо уважними до сигналів, що виникають при надмірно сильному тиску ззовні.* Шукайте ці ознаки заздалегідь і робіть щось перш, ніж розв'яжуться симптоми стресу.

До прийомів відновлення, які знімають втому та напруженість можна запропонувати програму зняття психоемоціонального напруження (в основу якої покладено аутогенне тренування), мета якої полягає у: навчання зазначених фахівців навичкам психологічної саморегуляції; трансформації негативних переживань, пов'язаних із роботою, у позитивні емоційні стани; розвиток стійкої мотивації до самовдосконалення, поглиблення професійної самосвідомості (Тейлор Рос, Хамфри Дж., 2004).

Висновки. Ганс Сельє (1960) вважав, що існує міра адаптаційної енергії, такий запас, величина і використання якого є індивідуальною. Незважаючи на всю складність, яка постає перед студентами в навчанні та становленні їх як спеціалістів, що мають надавати психологічну допомогу, процес діяльності в екстремальних умовах є більш динамічний і в той же час суперечливий. Тому навчання певним прийомам і вироблення навичок подолання стресу має додатковий стимул та мотивацію. Це спонукає швидкому засвоєнню навичок самопомоги, поведінки в стресових ситуаціях, сприяє підвищенню теоретичних та практичних знань для підвищення самовпевненості.

## **ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ ВІЙНИ**

**Є. М. Потапчук,**

*доктор психологічних наук, професор,*

**Д. Є. Карпова,**

*доктор філософії зі спеціальності 053 Психологія, доцент*

*Хмельницький національний університет*

**Н. Д. Потапчук,**

*доктор психологічних наук, професор,*

*Національна академія Державної*

*прикордонної служби України*

*імені Богдана Хмельницького*

Війна є суворим випробовуванням і потужним стресовим чинником для наших громадян. Різні екстремальні та кризові ситуації мають виражений негативний вплив на психіку людей. Вплив травматичних подій

розповсюджується не тільки на безпосередніх жертв, а й набагато ширше (Власова І. О., Шістко Л. О., 2022).

На жаль, ми живемо у нових, небезпечних реаліях, в умовах війни, коли звичайний (звичний) стан речей суттєво і небезпечно порушується: посеред дня чи ночі звучить протиповітряна сирена і необхідно швидко бігти в укриття, на об'єкті інфраструктури або на сусідній вулиці розриваються ракети чи снаряди; відбуваються аварійні відключення електричної енергії, постачання води, газу, зв'язку, інтернету.

Як свідчить практика, на такі ситуації людська психіка реагує вельми болюче. Людина може переживати цілий спектр негативних емоцій психічних станів: страх, плач, панічну атаку, істерику, агресію, ступор, нервові тремтіння. Тяжкі переживання негативно позначаються на стані психічного і фізичного здоров'я населення (Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О., 2016). Зважаючи на це, потрібно розуміти, як допомогти собі і ближньому опанувати себе у різних критичних, екстремальних ситуаціях. Тим більше, варто враховувати те, що в кризових (екстремальних) ситуаціях не завжди є можливість отримати психологічну допомогу від фахівця. У таких випадках таку функцію може виконати людина, яка має певні знання про першу психологічну допомогу (ППД) і природню здатність проявляти співчуття, людяність та розуміння.

Доречно зазначити, що надання ППД не передбачає значної професійної підготовки, достатньо знань, отриманих в межах загальноосвітнього психологічного інформування, і природної здатності проявляти співчуття, людяність.

За свідченням дослідників, ППД відображає сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної психологічної допомоги людям, які зазнали впливу значних стресорів. Завданням такої допомоги є позбавлення відчуття безпорадності та формування відчуття безпеки. Потреба у ППД залежить від глибини впливу події на людину. Ступінь впливу зазвичай визначається як незначний, помірний, тяжкий. У більшості випадків перша психологічна допомога надається під час важкого впливу психотравмуючої події на особу. Саме оцінка поведінки постраждалого є вирішальною для прийняття рішення про надання першої психологічної допомоги.

Вивчення наукової літератури, в якій розглядаються питання надання ППД, а також особистий досвід такої роботи дозволи нам уточнити оптимальний алгоритм дій при ППД:

1. ПІДІЙДИ: Підійти до потерпілої людини. Почни спокійно і впевнено розмову. Назви своє ім'я. Запитай, чи потребує допомоги. З'ясуй, чи не має поранення, травми.
2. ПІДТРИМАЙ: Відведи потерпілу людину до безпечного місця. Посади спиною до опори. Надай відчуття безпеки.

3. **ПОВЕРНИ ДО РЕАЛЬНОСТІ:** Запитай ім'я потерпілої. З'ясуй, що сталося. Допоможи зорієнтуватися і відновити контакт з навколишнім середовищем. Стабілізуй дихання (короткий вдих-пауза-довгий видих).

4. **ПОТУРБУЙСЯ:** З'ясуй потреби. Запропонуй воду, сходити в туалет. Вислухай (не бійся мовчати). Обережно використовуй фізичний контакт.

5. **ПОРАДЬ:** Надай необхідну інформацію. Якщо чогось не знаєш, кажи *«Я не знаю, але спробую дізнатися»*. Заохочуй до самопомоги. Скеруй за допомогою до фахівця. Запевни в спроможності подолати кризову ситуацію.

6. **ПЕРЕДАЙ:** Спробуй разом знайти контакт з близькою людиною. При необхідності передай потерпілу людину психологам, медичним працівникам.

У контексті розгляду особливостей надання ППД важливо враховувати і можливості членів сім'ї виконувати роль «психолога» щодо інших членів своєї родини. Вивчення цього питання є перспективою подальших наших досліджень.

## **ІНФОРМАЦІЙНИЙ СТРЕС ЯК ЧИННИК ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ**

***І. В. Пузь,***

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Донецький національний медичний  
університет МОЗ України*

Життєдіяльність сучасної людини відбувається в інформаційному світі, який складається з безмежної кількості потоків різноманітної інформації, яка кожен мить впливає на неї. Безумовно, швидкий доступ до інформації є позитивним явищем, оскільки це дає можливість не тільки задовольнити певні особисті потреби, але й вирішити низку професійних завдань будь-якої галузі. Проте, велика кількість інформації, з якою людина стикається впродовж доби, особливо в нестабільні часи розвитку суспільства, досить часто має негативний характер, не відповідає моральним нормам, є маніпулятивною, інколи навіть шокуючою.

Слід зазначити, що тривале перебування у такому несприятливому інформаційному середовищі значно підвищує ризик виникнення інформаційного перенавантаження, що призводить до стомлення нервових центрів, гальмування нервової системи, порушення нормальних фізіологічних функцій, зниження працездатності, виникнення почуття безпорадності. Саме у таких випадках ми зустрічаємося з явищем так званого інформаційного стресу, який, будучи одним із різновидів стресу, негативно позначається на

всіх рівнях функціонування особистості, оскільки супроводжується станом психічної напруги, тривоги, занепокоєння, паніки тощо. Отже, виходячи з цього, не виникає сумнівів в актуальності дослідження проблеми інформаційного стресу в сучасних умовах, з метою визначення ефективних шляхів попередження та профілактики даного явища.

Досліджуючи проблему інформаційного стресу, варто розуміти, що інформація може виступати в якості стресора лише у тому випадку, коли вона відповідає певним характеристикам, зокрема має негативне забарвлення, швидкий темп розповсюдження, існує її певний дефіцит або навпаки надлишок, протиріччя, викривлення, суперечливість. Переживання інформаційного стресу, як і будь-якого іншого виду стресу, супроводжується дестабілізацією фізіологічних та емоційних процесів, а також появою певних поведінкових реакцій. Так, на фізіологічному рівні спостерігається порушення з боку нервової системи, серцево-судинної системи, системи травлення; на емоційному рівні відмічається пригнічений емоційний стан, дратівливість, підвищення тривожності, розвиток депресивних та невротичних розладів. На поведінковому рівні часто можна відмітити прагнення до соціальної ізоляції, певну розгубленість, неможливість концентрувати увагу на важливих речах, труднощі з прийняттям рішень, схильність до адиктивної поведінки тощо.

У контексті проблеми переживання інформаційного стресу, суттєвий негативний вплив на психіку людини та її психологічне благополуччя в цілому має таке явище як думскролінг, що визначається як схильність до постійного пошуку та перегляду поганих новин. Акцентування на негативній інформації може бути обумовлено різними чинниками. З одного боку людина таким чином схильна вважати, що зможе мати контроль над власним життям, підготувати себе до негативних подій. З іншого боку така поведінка може бути пов'язана з тим, що заради високих показників рейтингу інформаційні агентства можуть навмисно використовувати шокуючу інформацію, що не відповідає дійсності, проте вона викликає стійкий інтерес у користувачів. Слід розуміти, що при постійному перебуванні в негативному інформаційному просторі збільшується ризик розвитку панічних атак, тривожних та депресивних розладів.

Відомим є той факт, що значну частину свого вільного часу сучасна людина проводить у соціальних мережах. Варто наголосити, що найбільш вразливими віковими категоріями щодо поширення окресленої проблеми є діти та молодь, що викликає серйозне занепокоєння серед фахівців, оскільки у останніх створюється дефіцит безпосереднього спілкування, що може призводити до втрати навичок активної соціальної взаємодії.

В умовах інформаційного суспільства уникнути від непотрібної інформації є практично неможливим. Проте важливим є розвиток вміння критично ставитися до інформації, використовуючи принцип вибірковості та збалансованості. Особливо це стосується інформації, яка розміщена на інтернет-ресурсах. Важливо відрізнити правду від брехні, для того щоб бачити і розуміти реальну картину подій, які відбуваються, а також керуватися

отриманою інформацією під час прийняття рішень, або формування певних умовиводів.

Для того щоб знизити ризик виникнення інформаційного перенавантаження та розвитку інформаційного стресу відповідно, важливо дотримуватися наступних правил:

- 1) це орієнтація на якість інформації, а не на її кількість;
- 2) обмеження часу перебування у соціальних мережах та на інформаційних порталах;
- 3) спілкування з приємними людьми за рахунок створення гармонійного оточення;
- 4) дотримання принципів здорового способу життя, надання переваги повноцінному сну, збалансованому харчуванню, фізичній активності.

Одним із ефективних засобів допомоги при інформаційному стресі є цифровий детокс, сутність якого полягає у свідомому відмовленні від використання смартфонів, комп'ютерів та інших засобів з метою зняття психоемоційного напруження та занурення в реальне спілкування, творчу діяльність, активний відпочинок. Такий «безінформаційний» день дає можливість відпочити, перезавантажитись, переключити увагу на інші види діяльності. Не можна не відзначити, що запровадження таких днів є корисним для організму людини у будь-якому віці, зокрема для її нервової системи, зорової системи, опорно-рухового апарату тощо.

Для того щоб упередити вплив негативної інформації важливо також дотримуватися базових принципів інформаційної гігієни, сутність яких полягає у концентрації уваги виключно на важливій, якісній та необхідній інформації, дотримуючись при цьому балансу між роботою та відпочинком, не перевантажуючи свій мозок непотрібною інформацією. Також важливо навчитися відволікатися від потоку різного роду інформації, присвячувати більше часу для себе, для спілкування з близькими людьми, для хобі та захоплень.

Отже, узагальнюючи вищевикладене, можна зробити висновки, що сучасний інформаційний простір насичений різного роду інформацією, яка несе в собі потенційну загрозу для психічного благополуччя особистості. У зв'язку з цим важливим для сучасної людини є розвиток критичного мислення щодо отриманої інформації, набуття навичок роботи з різною інформацією, її аналіз, систематизація. Саме такий підхід дозволить знизити ризик виникнення інформаційного перенавантаження та розвитку інформаційного стресу.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці програми психопрофілактики розвитку інформаційного стресу у різних вікових категорій населення.



## МІФОЛОГІЧНІ КООРДИНАТИ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ДОСВІДУ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

*С. Ю. Рудницька,  
доктор психологічних наук, професор,  
завідувач лабораторії когнітивної психології,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

У межах постнекласичної раціональності проблема ментального здоров'я особистості, як одна з провідних проблем психологічної науки ХХІ століття, набуває нової оптики бачення і постає як проблема продуктивного життєздійснення та розвитку психологічного благополуччя особистості, формування її життєвої компетентності за умов невизначеності та кризи в сучасному суспільстві. Проблема розвитку ментального здоров'я особистості знаходиться в епіцентрі прогресивної наукової думки, визначає принципово нові орієнтири і життєві результати не тільки освітньої діяльності, але й відкриває широкі перспективи розуміння людського потенціалу як основи відтворення соціокультурного капіталу нації.

У руслі психолого-герменевтичного підходу життєва компетентність як важливий ресурс ментального здоров'я розглядається як емерджентна здатність особистості, що визначає ефективність її соціальної взаємодії в мінливих реаліях сьогодення за рахунок продуктивності постановки та розв'язання нею основних життєвих завдань. Зазначена компетентність відрізняється внутрішньою спрямованістю, переходом від особистості, що розвивається «за допомогою» інтерпсихічних факторів до особистості, що самодетермінується, керує власним розвитком, спрямована на розв'язання соціальних та особистісних задач, опанування смислів, досягнення власних цілей.

Самостійна постановка власної життєвої задачі особистістю становить складну багаторівневу результуючу дії різноспрямованих векторів, орієнтованих на різні способи смислотворення. У зв'язку з цим важливе значення набуває концепція Н.В.Чепелевої, згідно якої до ключових механізмів розуміння та інтерпретації особистісного досвіду можна віднести семіотичний, комунікативний і міфологічний, які, виконуючи смислотворчі функції в житті особистості, значною мірою визначають її розуміння навколишнього світу і свого місця в ньому. Очевидно, що кожний з них відіграє важливу роль у процесі становлення життєвої компетентності особистості як ресурсу розвитку її ментального здоров'я в цілому.

Проте проблеми міфологічної складової механізмів розуміння особистісного досвіду, зокрема його інтерпретації та реінтерпретації в процесі постановки та розв'язання особистістю власних життєвих задач, дотепер перебувають на периферії психологічних досліджень, що становить перешкоду для розробки ефективних психологічних практик та технологій особистісного розвитку в міфологічних координатах, що слугуватимуть

конститутивними дороговказами смислової орієнтації людини в сучасному мінливому світі.

У контексті ментальних ресурсів особистості розвиток її життєвої компетентності становить самостійну цілеспрямовану діяльність, яка має всі ознаки інтелектуальної, і постає безперервним процесом, що забезпечує в неї перманентний саморозвиток. Під самостійною постановкою особистістю власної життєвої задачі ми, насамперед, розуміємо подолання людиною «самої себе як фактичної даності»; спрямованість у простір можливого; дії в «зазорах триваючого досвіду» (В.П. Зінченко, М.К. Мамардашвілі), у точках розривів детермінованості буття особистості. Тільки за умов особистісної відкритості, виходу за межі повсякденного досвіду людина може самостійно ініціювати постановку життєвих задач, у процесі розв'язання яких особистість може набути принципово новий досвід. У процесі постановки життєвої задачі особистість породжує ідеальний проєкт, який, разом з його можливими стратегіями реалізації, формує базисне ядро особистої субкультури і смислотворення. Саме зміст такого проєкту людина і закладає в основу власної культури.

Цей процес доречно схарактеризувати як інтеграцію подієвого проєкту, проєкту трансформації особистісних характеристик та екзистенціального проєкту. Так, у процесі постановки життєвої задачі подієвий проєкт особистості є базисним: аналіз власних дій і вчинків дозволяє людині планувати можливі варіанти майбутніх особистісних змін і визначати для себе значущі ціннісно-смилові життєві орієнтири. У процесі постановки та розв'язання задач «на трансформацію особистісних характеристик» людина спирається на власний життєвий досвід, власні потреби, бажання та наміри, соціальні очікування і соціальні «схвалення» тощо. Подієвий проєкт і проєкт зміни особистісних характеристик продукуються більшістю людей у процесі розвитку в них життєвої компетентності.

Основа постановки і розв'язання задач екзистенціального типу становить екзистенціальна рефлексія, що дозволяє людині визначати, обирати та привласнювати життєві смисли. Застосовуючи стосовно себе певні соціокультурні концепти людина прагне «розчутити» смисли власного життєздійснення. Отже, тексти про себе, що розгортаються на основі наративізованих та символізованих подій, відбивають власні зусилля особистості в процесі розвитку її життєвої компетентності.

Отже, розвиток життєвої компетентності особистості розглядається нами як сукупність соціально-психологічних практик конструювання і відтворення особистістю власних ідентичностей, що базуються на присвоєнні суб'єктом заданих культурою і суспільством стратегій і норм самоорганізації. У межах наративного підходу, ми розглядаємо проєкт як сюжет можливої історії, у побудові якого важливу роль відіграють базові сюжети («мандрівні сюжети», «вічні типи», лейтмотиви, «вічні образи» та ін.) світової літератури, що мають міфологічне коріння.

Безперечно важливу роль у процесі конструювання та трансляції

особистісного досвіду в процесі відіграє міфологічний механізм. У позначених парадигмальних координатах міф трактується як найбільш прадавня і стійка форма відтворення соціокультурного досвіду та як механізм регуляції людської поведінки, що є актуальними для будь-якого типу культури. В основі міфологічної форми організації індивідуального і групового досвіду лежить безпосередній, «чуттєво-рефлексивний» (В.В. Балановський), споглядальний продуктивний (Ю.М. Швалб) спосіб світоосягнення. Специфіка міфу як механізму регуляції поведінки людини, насамперед, полягає в нерозривності парадигмальності (зразковості) поведінки й обґрунтування смислу цієї поведінки (дій, вчинків), який завжди виходить за рамки індивідуального і навіть соціального досвіду (вища осмисленість).

У процесі свого становлення і розвитку міф зазнає низки трансформацій, зумовлених тим, що в момент «вгасання» міфологічного переживання в культурному просторі семантичні полюси «Свого» й «Іншого» відчужуються і фіксуються в певних знакових формах, поступово перетворюючись у «семіотично марковану» структурну конфігурацію з яскраво вираженим семантичним ядром і динамічною периферією. Еволюціонування міфологічних феноменів відбувається за рахунок трансформацій їхніх рухливих периферичних складових, що детермінує очевидну неоднорідність міфологічного матеріалу, і мутацій, зумовлених «опрощенням» («вимиванням» цілісності, «захопленням Цілого однією з його частин»), «відпадинням» ритуалу від міфу, «перетворенням» у набір правил (стереотипів), які мають імперативну форму, що визначає принципову невідрефлексованість сучасних міфів.

Місце міфу в процесі формування та розвитку життєвої компетентності особистості визначається його основними психологічними функціями, що дозволяють особистості в суб'єктивному просторі її життя створювати й утримувати цілісність картини світу, задавати ідеали і зразки поведінки, «переривати» причинно-наслідкову зумовленість життєвих подій, «знімати» проблему мотивації й пошуку смислу.

Безумовно, усі функції міфу мають соціальний характер, задають або коригують більшість форм індивідуальної активності особистості в межах соціальної реальності; кожне міфологічне явище має підстави в соціумі, і кожне соціальне явище має міфологічну «проекцію». Ключову функцію міфу в процесі становлення життєвої компетентності особистості становить смислотворча, що реалізується через світоглядний, когнітивний, комунікативний, регулятивний, афективний і розвиваючий функціональні комплекси.

Узагальнення сучасних концепцій розуміння зазначеної проблеми уможливають розуміння смислу як імовірнісного конструкту особистісного міфу. З нашої точки зору, таке розуміння міфологічного смислотворення «зглажує» опозиційні суперечності в категоріальному відношенні «актуальне буття-в-світі» – міф, взаємозумовленість яких набуває важливе значення в процесі життєздійснень особистості.

У цьому контексті, постановка життєвої задачі первісно «запускається» спрямованістю мрії як прообразу мети (на минуле й/або майбутнє) в інтенціональних особистісних переживаннях. Спрямованість мрії на минуле зумовлено гносеологічною «перевагою» міфу, що полягає в цілісності картини світу, яку він породжує; спрямованість на майбутнє – актуалізує його кенотипічну складову. Самоцінність міфу виступає важливим фактором становлення життєвої компетентності особистості, у свою чергу, забезпечуючи самоцінність її життєвого проєкту. У процесі розвитку зазначеної компетентності міф завдяки первинній символізації життєвого простору (що розширюється) стає основою створення нового смислового універсуму особистості.

Отже, у процесі розвитку життєвої компетентності особистості як важливої складової її ментального здоров'я умовою генерації нових смислів виступають як узагальнення емпіричного індивідуального досвіду особистості, так і засвоєні ззовні «готові» соціокультурні концепти, що мають міфологічну природу. Важливими ресурсами міфу як об'ємного контексту для «актуального буття-в-світі» є фіксація на широкій перспективі, що призводить до осмислення сфери можливостей особистості, її життєвого обрису. Міф як «смыслоносна реальність» відіграє значну роль у процесі становлення життєвої компетентності особистості, а міфологічний механізм інтерпретації особистого досвіду, у свою чергу, базується на здатності людини пізнавати світ за допомогою символічних форм. Перспективи подальшого дослідження проблеми ми пов'язуємо з розробкою соціально-психологічних практик і технологій формування життєвої компетентності особистості в міфологічних координатах, оволодіння якими може стати важливим життєтворчим ресурсом розвитку ментального здоров'я в процесі становлення зрілої особистості за кризових суспільних умов під час війни та післявоєнного відновлення України.

## **ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ПЕРЕВТОМИ НА РОБОТУ ПАТРУЛЬНОГО ПОЛІЦЕЙСЬКОГО В УМОВАХ ВІЙНИ**

***О. Є. Самара,***

*кандидат психологічних наук, доцент,*

***В. А. Ташматов,***

*кандидат психологічних наук, доцент,*

*Національний університет «Одеська юридична академія»*

Професійна діяльність поліцейського будь-якої держави є соціоцентрованою і передбачає виконання різноманітних функцій по захисту громадян від злочинних та інших протиправних проявів. При цьому одним із факторів, що безпосередньо впливає на якість роботи поліцейського, є надмірні фізичні та нервово-психічні перевантаження, які зумовлюють зміни

у його фізіологічному та психічному станах. Такі зміни і призводять до розвитку втоми та перевтоми.

Ми розглянемо, чому і яким чином психоемоційна перевтома впливає на роботу патрульного поліцейського в Україні, особливо в умовах війни.

Нам потрібно розрізнити поняття втоми та перевтоми та частково відокремити психоемоційну перевтому від фізіологічної. Взагалі втома у будь-якої людини – це така сукупність тимчасових змін у фізіологічному та психологічному стані людини, які з'являються внаслідок напруженої чи тривалої праці і призводять до погіршення її кількісних і якісних показників, а інколи і до нещасних випадків. Втому умовно можливо поділити на загальну, локальну, розумову, зорову, м'язову, емоційну, когнітивну та ін. Але враховуючи те, що людський організм це єдине ціле, то якихось чітких меж між цими видами втоми ми не виділяємо.

Безпосередньо хронічна психоемоційна втома або перевтома у патрульного поліцейського залежить від його індивідуальних особливостей, таких як характер, темперамент, спосіб життя, мотиваційна сфера. Також на формування психоемоційної перевтоми впливають різноманітні зовнішні фактори, такі як режим несення служби, умови несення служби, ставлення безпосереднього керівництва до патрульного, ведення воєнних дій тощо.

Розглядаючи психоемоційну перевтому ми можемо визначити, що це сукупність стійких і, на відміну від стресу, несприятливих для здоров'я поліцейського функціональних зрушень в організмі, які виникають внаслідок накопичення втоми.

Основною відмінністю втоми від перевтоми є зворотність зрушень при втомі і часткова зворотність їх при перевтомі.

Багатьом з нас відомо, що розвиток психоемоційної перевтоми у людини, в тому числі і у патрульного поліцейського, особливо в умовах війни, веде до порушення координації елементарних рухів, зорових розладів, неуважності, втрати пильності та контролю за ситуацією на службі. При цьому патрульний поліцейський може порушити вимоги службових інструкцій. Наприклад допущення помилок при оформленні матеріалів про адміністративні правопорушення.

Особливо небезпечно, коли негативний вплив психоемоційної перевтоми призводить до прямих порушень заходів особистої безпеки. Це може проявитися: в несинхронних діях з напарником при затриманні правопорушників; виходу на проїзду частину при оформленні матеріалів про порушення правил дорожнього руху; відсутності контролю за дорожньою обстановкою при регулюванні дорожнього руху; знижені почуття безпеки при виявленні вибухонебезпечних предметів; не надягання захисних гумових рукавичок при наданні домедичної допомоги особі з зовнішньою кровотечею та інше.

Психоемоційна перевтома у патрульного поліцейського проявляється як на ментальному так і на фізіологічному рівні. На фізіологічному рівні це може супроводжуватися хронічною гіпоксією, головним болем, підвищеною

стомлюваністю, дратівливістю, порушенням сну, підвищенням артеріального кров'яного тиску, частоти пульсу, зміни у складі крові, а також призвести до таких захворювань, як вегето-судинна дистонія, артеріальна гіпертонія, виразкова хвороба, ішемічна хвороба серця, інших професійних захворювань.

Психічними показниками розвитку перевтоми у патрульного поліцейського є: погіршення в роботі перцептивної сфери, внаслідок чого поліцейський окремі подразники взагалі не сприймає, а інші сприймає із запізненням; зменшення концентрації уваги та можливості нею регулювати; посилення мимовільної уваги до побічних подразників, які відволікають патрульного поліцейського від несення служби; погіршення в запам'ятовуванні та труднощі пригадування інформації, що знижує ефективність у застосуванні професійних знань; сповільнення мисленевих процесів, втрата їх гнучкості, широти, глибини і критичності; підвищення дратівливості, поява ознак невротизму та депресивних станів; порушення сенсомоторної координації, збільшення часу реакцій на подразники; зміни частоти слуху, зору; емоційної нестабільності.

Ці психічно негативні явища можуть призвести до різноманітних, в тому числі психосоматичних захворювань. Найбільш поширеними захворюваннями у патрульних поліцейських, що є результатом психоемоційної перевтоми це неврози, гіпертонії, атеросклерози, виразкові хвороби, інфаркти та інсульти.

Роблячи висновок ми з упевненістю можемо стверджувати, що недопущення психоемоційної перевтоми в роботі патрульного поліцейського є запорукою успішного виконання службових обов'язків, особливо в умовах війни. Ця функція лягає, як на плечі безпосереднього керівника так і на самого патрульного поліцейського.

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ САМОЗАХИСТ ЯК МАРКЕР ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗАХИСНОГО СТИЛЮ ОСОБИСТОСТІ**

**О. Д. Сафін,**  
*доктор психологічних наук, професор,  
Уманський державний педагогічний  
університет імені Павла Тичини*

Незважаючи на усебічну вивченість психологічного самозахисту, фактично недослідженим залишається питання щодо прояву його індивідуальних особливостей у реальній захисній поведінці, зокрема при негативному впливі медіаперцептивної комунікації. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю створення нової системи координат у вивченні психологічного самозахисту, що дозволить розширити уявлення про мотиваційне й особистісне оформлення захисної поведінки, про індивідуальні вподобання у способах самозахисту, про роль і місце психологічного

самозахисту у загальній структурі індивідуальності.

На першому етапі дослідження здійснено первинне опрацювання емпіричного матеріалу, під час якого кожна виявлена реакція кожного обстежуваного співвідносилася з апріорним уявленням про інтегративні параметри індивідуального захисного стилю. Отримані результати оцінювалися на предмет коректності такого співвіднесення експертною групою, що складалася із п'яти психологів, які під час оцінювання використовували теоретичні знання про психологічний самозахист, і п'яти психотерапевтів, які використовували під час оцінювання практичний досвід власної роботи із цією феноменологією. Встановлено відповідність емпіричних результатів теоретичним уявленням про кількість і змістовне наповнення параметрів індивідуального захисного стилю: не було відмічено жодної реакції, що не описувалася б жодним параметром, і жодного параметра, якому не відповідала б жодна із виокремлених реакцій.

На другому етапі здійснено кількісний підрахунок реакцій кожного обстежуваного, що належать до кожного параметра. Його проводили за таким принципом: за кожен прояв захисної реакції, що належить до однієї зі складових того чи іншого параметра захисного стилю, обстежуваному присвоювали один умовний бал. При цьому припускали, що одну й ту саму захисну реакцію можна співвіднести одразу із кількома параметрами. Після цього умовні бали підсумовували, і для кожного обстежуваного було отримано кількісні значення кожної складової кожного параметра в його захисному стилі. Підрахунок кількісного значення обох складових кожного параметра у кожного обстежуваного дозволив розглянути розподіл кожного параметра за вибіркою загалом. Аналіз цих розподілів підтвердив той факт, що кожен параметр являє собою складне комплексне утворення. Відповідно до цього розуміння дві складові кожного параметра не розглядалися як два полюси; кожна зі складових надалі досліджувалася окремо.

На третьому етапі окремо розглядалися групи обстежуваних із високим і низьким значеннями кожної складової кожного параметра. Вони були виявлені шляхом поділу вибірки за медіаною для кожного інтегративного параметра. Такий поділ дозволив зрозуміти та описати особливості зв'язків високих і низьких значень кожного параметра з іншими параметрами індивідуального захисного стилю.

На четвертому етапі здійснено аналіз міжпараметричних зв'язків і побудовано модель індивідуального захисного стилю. Для визначення основоположних зв'язків між параметрами застосовано метод кластерного аналізу та виконано якісний аналіз отриманих даних. За отриманими результатами виокремлено основні патерни захисного стилю. Зокрема, виявлено, що різні параметри мають різну кількість стійких зв'язків з іншими параметрами. Встановлено, що високоасоційованими параметрами є: висока спільність, низька та висока автономність, висока нормативність, низька та висока креативність, висока стереотипізація, висока гнучкість, висока ригідність, низька та висока раціональність, низька та висока цілісність.

Низькоасоційованими є: низька та висока ізолюваність, низька спільність, низька нормативність, низька стереотипізація, низька гнучкість, низька ригідність, низька та висока емоційність, низька та висока дисоційованість. При цьому низька асоційованість цих параметрів може бути як їхньою реальною функціональною особливістю, так і зумовленою недостатньою для вичерпного дослідження зв'язків проникливістю обраних методів.

Визначено кілька значущих зв'язків, які становлять стійкі конфігурації у захисній поведінці: «висока спільність - висока нормативність - висока стереотипізація», «висока раціональність - висока емоційність», «висока раціональність - висока креативність - висока автономність».

Для виявлення патернів захисного стилю застосовано метод кластерного аналізу, який було обрано як найбільш адекватний завданням дослідження. Крім того, такий вибір зумовлений тим, що метод не накладає обмежень на вид розглянутих об'єктів і дозволяє диференціювати об'єкти за сукупністю ознак, а не за однією із них. Результати використання методу кластерного аналізу засвідчили, що у разі виокремлення різної кількості кластерів - як п'яти, так і шести, - має місце достатньо рівномірний розподіл обстежуваних за групами. Однак при цьому обстежувані, що входять до кожного кластера, володіють як деякими спільними, так і деякими різними характеристиками захисних стилів, що може бути пояснено деякими обмеженнями самого методу. Найважливішим результатом використання методу кластерного аналізу стало виокремлення кластера, до якого об'єднувалися обстежувані із високою захисною креативністю. Також результатом кластерного аналізу стало непряме підтвердження емпірично виявлених зв'язків параметра «раціональність» із параметром «автономність» і параметром «креативність».

Результатом четвертого етапу стала побудова моделі взаємодії інтегративних параметрів індивідуального захисного стилю. За результатами застосування методу кластерного аналізу, а також якісного аналізу емпіричних даних (виявлення стійких зв'язків між параметрами) виявлено загальні патерни, що визначають загальну конфігурацію захисного стилю, які за своїм масштабом перевищують функціонування захисних механізмів та презентують більш загальні життєві диспозиції. Отримані результати засвідчили, що найчастіше трапляються проміжні типи - обстежувані, у захисному стилі яких відмічено частковий збіг з одним або декількома патернами, або ж наявний один патерн і частковий збіг з іншим. Зустрічаються також і такі обстежувані, у захисному стилі яких відзначається повний збіг із компонентами лише одного патерну, без часткового збігу з іншими. При цьому на цій вибірці не було відзначено обстежуваних, у яких зустрічалися б патерни «соціальності» і «включеності» без часткового збігу з іншими патернами. Крім того, виявлено, коли у захисному стилі одного обстежуваного одночасно присутні два або три патерни. У цьому феномені проявляється динаміка індивідуального захисного стилю, внаслідок якої актуалізація захисної поведінки характеризується комбінаторністю, фрагментарністю та різноманіттям.



За результатами дослідження зроблено висновки про те, що патерни індивідуального захисного стилю не задають жорсткої поведінкової структури, а створюють різноманіття типів реагування. Вони визначають типовість захисних реакцій і формують простір, у якому розподіляються захисні стилі. Подібні уявлення долають наявну обмеженість типологічного підходу до індивідуального захисного стилю. Типологічний підхід формує уявлення про наявність якоїсь межі між типами, не дозволяючи у такий спосіб відповісти на запитання, який стан являє собою сама ця межа. Уявлення ж про патерни захисного стилю і «злипання» патернів формує пов'язаність різних варіацій між собою.

Таким чином, реальна захисна поведінка являє собою єдину систему різних за своєю природою і функціями захисних компонентів, які формують індивідуальний захисний стиль. Захисний стиль інтегрований у більш глобальні особистісні структури і може бути описано через параметри, які за своєю природою не є захисними, проте відображають інтегративні особистісні властивості. Індивідуальний захисний стиль можна описати за такими параметрами, що визначають його функціонування: спільність - ізолюваність (спрямованість реакції на взаємодію або на відхід від взаємодії); раціональність - емоційність (обмірковування ситуації або розрядження у почуттях); гнучкість - ригідність (широкий репертуар реакцій або одноманітність реагування); креативність - стереотипізація (пошук нестандартних виходів або формальний підхід до ситуації); автономність - нормативність (вироблення власних стандартів або використання стандартних норм, що існують в особистості); автономність - нормативність (вироблення власних стандартів або використання стандартних норм). Параметри індивідуального захисного стилю не піддаються кількісному зіставленню, їх не може бути зведено до біполярної структури і може бути зіставлено лише через якісний аналіз цілісних патернів.

Зв'язаність параметрів між собою формує стійкі патерни, які визначають загальну конфігурацію захисної поведінки і формують цілісність індивідуального захисного стилю. Існують такі патерни: патерн «соціальності» - реалізує адаптивну функцію психологічного самозахисту у сфері соціальної адаптації; патерн «надситуативності» – визначає тенденцію до «захисного пошуку» і, можливо, пов'язаний із переживанням криз особистісного розвитку; патерн «включеності» - «невключеності» – відображає активне або, навпаки, пасивне ставлення до зовнішньої ситуації. При цьому включеність передбачає активне сприйняття ситуації - швидке реагування, глибоке опрацювання проблемної ситуації та подальше вбудовування нового досвіду у картину світу. Невключеність характеризується тенденцією ігнорувати проблемну ситуацію, не реагувати на багато сигналів ззовні і робити однотипні помилки; патерн «пошуку можливостей» - відповідає за адаптацію в аспекті використання можливостей ситуації. Отримані дані дозволяють доповнити уявлення про місце психологічного самозахисту у структурі індивідуальності особистості.

## **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗРУШЕНЬ У РІЗНИХ СФЕРАХ ОСОБИСТОСТІ МОРЯКІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЇХНЮ СТРЕСОСТІЙКІСТЬ**

**О. М. Сорока,**

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Дунайський інститут Національного університету  
«Одеська морська академія»*

Професійно-обумовлені екстремальні впливи на моряків визначаються природними умовами (шторми, зміни клімату та ін.); виробничими умовами (вібрація судна, шуми, технічні забруднення, постійна готовність до екстремальних професійних навантажень в критичних аварійних ситуаціях тощо); соціально-психологічні чинники (постійна готовність до виконання професійних обов'язків, соціальна депривація, перебування у групі, склад екіпажу із представників різних етносів і культур та ін.), піратський полон, терористичний акт тощо. До цього ще можна додати загрозу піратського нападу і можливого потрапляння у заручники, терористичного акту тощо. Постійна наявність цих екстремальних чинників у професійній діяльності моряків і визначає необхідність сформованості у них високої психологічної готовності до професійної діяльності в екстремальних ситуаціях з метою забезпечення необхідної психофізичної професійної надійності та стресостійкості.

Через це серед вимог до особистості моряка як представника екстремальної професії визначено базовий комплекс професійно важливих психологічних якостей, який відображає можливість здійснення професійної діяльності на основі поняття «безпечне мореплавання».

На першому етапі дослідження в результаті аналізу даних опитування було виокремлено особливості життєдіяльності моряків, що впливають, за їхньою суб'єктивною оцінкою на стресостійкість. Відповідно до класифікації груп умов життєдіяльності моряків та даних опитування, виокремлено категорії аналізу та підраховано частоту їхніх згадувань (табл. 1).

Наведені дані переконують у тому, що природні чинники не мають вирішального значення для суб'єктивного благополуччя моряків. Низька представленість природних умов в описах респондентів може свідчити про те, що традиційно виокремлюються негативні природно-природні характеристики середовища (качка, вітер, робота в екстремальних широтах, залежність від погодних умов тощо) відіграють другорядну роль у порівнянні з іншими групами умов. Те саме стосується ергономічних умов. Найчастіше (більш ніж 90% відповідей) зустрічаються такі категорії, як «втома від одноманітності», «гіподинамія», «ностальгія вдома», «цілодобовий режим роботи», тобто. переважно чинники, що належать до антропогенної групи умов. На перший план також виходять соціально-психологічні чинники,

пов'язані із ресурсами особистості людини (сумою особистісних характеристик, що забезпечують вирішення того чи іншого завдання).

Таблиця 1

**Особливості умов життєдіяльності, що впливають на стресостійкість моряків**

<b>Умови</b>	<b>Категорії аналізу (частота згадувань)</b>
Природні	Залежність від промислового успіху (84%)
Антропогенні	Втома від одноманітності (94%), гіподинамія (93%), ностальгія по дому (93%), зіткнення на березі з «лавиною проблем», не характерних для життя в морі (88%), потреба у психологічній допомозі (71%), ситуація постійної нервово-психічної напруженості (готовність до авральної та аварійної ситуації) (65%)
Соціально-гігієнічні	Цілодобовий режим роботи (94%), монотонність (81%), незадовільні умови проживання на судні (71%), дефіцит інформації про мир та сім'ю (61%), відсутність умов для проведення дозвілля та відпочинку на судні (53%)
Соціально-психологічні	Напруженість, конфліктність взаємовідносин між членами екіпажу в морі (81%) та відносин із близькими людьми на березі (76%), наявність в екіпажі людей, з якими склалися дружні стосунки (81%), специфіка спілкування на судні (80%), сприйняття екіпажу як єдиної команди (75%)
Ергономічні	Відповідність обладнання судна сучасним вимогам (80%), недостатній рівень лікарської допомоги на судні (61%), стабільний зв'язок із берегом (47%)

Виявлено, що більшість респондентів (64%) суб'єктивно поділяють тривалий океанічний рейс на три періоди: початок, середина, кінець рейсу. Аналіз періодів, і навіть їхнє зіставлення за тимчасовими характеристиками (тривалістю) дозволив вийти на таку періодизацію, що розкриває особливості суб'єктивної особистісної оцінки психічного стану та міжособистісних взаємин в особливих умовах професійної діяльності та життєдіяльності.

Так, у початковий період рейсу основна увага приділяється моряками опису «середовищної» адаптації (членами екіпажу здійснюється оцінка головним чином об'єктивних, зовнішніх (середовищних) чинників). У перший місяць цього періоду 58,6% респондентів оцінюють власний психічний стан як бадьорий, добрий. Відповідно, 41,4% респондентів відзначають у себе у цей період погіршення настрою, появу туги, тривоги, психічної напруги. Взаємини у екіпажі суб'єктивно оцінюються як рівні, доброзичливі, неконфліктні (94,1% членів екіпажу відзначають відсутність конфліктів). Діяльність у період характеризується як продуктивна, ініціативна, напружена. До кінця першого - початку другого періоду ситуація рейсу у суб'єктивній оцінці описується моряками як звична, рутинна; щодо суб'єктивного самопочуття відзначається поява втоми, стану монотонії, туги, нудьги.

Серединний період характеризується як емоційний, відзначається зростання суб'єктивного стану психічної напруженості. Основна увага приділяється оцінці мікросоціального клімату екіпажу. Об'єктивні впливи середовища проявляються у суб'єктивному переживанні і, як наслідок,

знаходять прояв у соціальному мікросередовищі, у специфіці міжособистісної взаємодії. Переважною формою прояву ситуації соціально-психологічного напруження у цьому періоді є конфлікт. Психічний стан та міжособистісні взаємини визначаються суб'єктивними чинниками ставлення до особистості іншого.

В оцінці завершального періоду рейсу моряками акцент переважно ставиться на описі власних переживань. За суб'єктивним самопочуттям період оцінюється як найбільш важкий: посилюється втома, напруга (89,8% респондентів). Головною особливістю стану особистості є поява апатії, байдужості, що є наслідком тривалого впливу стресових чинників та напруженої робочої ситуації. Конфліктні взаємини в екіпажі зберігаються, але відзначаються зміни у характері міжособистісної взаємодії. Відкрита, активна взаємодія у конфліктних ситуаціях набуває пасивної форми (уникнення). У суб'єктивній оцінці 14,0% респондентів соціально-психологічна структура екіпажу набуває врівноваженого характеру, конфлікти знаходять своє вирішення. За зовнішньою експертною оцінкою (командний склад) взаємодія членів екіпажу у конфліктних ситуаціях набуває конструктивних форм.

Таким чином, схожість суб'єктивних оцінок психічного стану в усіх членів екіпажу дозволяє зробити висновки про те, що існує сукупність суб'єктивних та об'єктивних чинників життєдіяльності в умовах транскеанічного рейсу, що визначають циклічні зміни самопочуття, активності, настрою людини, виникнення суб'єктивного стану тривожності та психічної напруженості. У свою чергу за показниками суб'єктивної оцінки психічного стану, і навіть особливостями поведінки членів екіпажу можна дійти висновків, що саме серединний період рейсу характеризується найбільшою психічною напруженістю. Таким чином, виявлені закономірності та циклічність зміни психічного стану моряків відображають особливості суб'єктивного проживання рейсу як сукупності чинників та ситуацій професійної діяльності та життєдіяльності в особливих умовах морського середовища.

## **КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПРЕНЕВРОТИЧНИХ СИМПТОМІВ У ДОШКІЛЬНИКІВ**

**Н. Г. Фісіна,**  
аспірантка,

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України,  
психолог, СЗШ №201, м. Київ*

Серед дитячої популяції невротизація складає домінуючу частину – 65% серед інших психічних розладів. Невротичні розлади у дітей мають широкий спектр прояву, серед яких на перший план виходить дисфункція емоційної сфери.

Провокуючими факторами розвитку розладу можуть бути спадковість, органічні та функціональні порушення, часті хвороби і ослаблення нервової системи дитини. Також невротичне реагування супроводжує вікові кризи розвитку дитини.

Безпосередньому неврозу завжди передують початкові преневротичні симптоми. Часто вони не розпізнаються батьками або вихователями, як ранні передвісники майбутнього розладу, їм не надається серйозного значення. Саме тому є актуальним диференціація і визначення преневротичних симптомів. Вона дозволить відслідковувати порушення на початковому етапі та надавати вчасну допомогу дітям дошкільного віку. (<https://doctorbersenev.ua/ua/services/nevropaticheskie-rasstrojstva/>)

Преневротичні розлади визначають як психічні розлади, що характеризують перехід від психічного здоров'я до хвороби. При більш детальному аналізі зазначають преневротичні розлади як короточасні невротичні реакції, що створюють психічний «грунт» для переходу у невроз. Незважаючи на низьку диференційованість клінічних проявів проявляється зв'язок погіршення стану з патогенною ситуацією. Клінічна картина преневротичних симптомів і станів виражена псевдосоматичними, фобічними, вазовегетативними реакціями, епізодичними страхами, виснажуваністю, втомлюваністю, низькою працездатністю, складністю зосередження, емоційною лабільністю, плаксивістю і т.д. (Кротенко В.І, 2014)

Одними з провокуючих факторів преневротичних станів і майбутніх неврозів є страх і тривога. Хоча дошкільне дитинство є віковим періодом, де дитина природно переживає багато різних страхів, є чутливою і емотивною, занурення і пролонгація тривоги і страху можуть стати патологічною основою майбутнього розладу.

Тому корекція ситуативної і особистісної тривожності, розвиток емоційної стабільності і стресостійкості займає високий рівень актуальності для психолого-педагогічної науки й практики. У психолого-педагогічних дослідженнях проблема дитячої тривожності розглянута достатньо широко. Теоретичні аспекти проблематики представлені в роботах роботах таких відомих учених, як Ч. Спілбергер, З. Фрейд, К. Хорні. Шкільна тривожність стала об'єктом уваги таких сучасних українських дослідників, як Я. Омельченко, З. Кісарчук, В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева. (Казаннікова О. В., 2014)

На думку В. Гольденштейн, тривога провокується такою небезпекою, що загрожує основі особистості, ядру її опори. Причиною виникнення тривоги завжди виступає внутрішній конфлікт, суперечність потреб, бажань дитини. Джерелом тривожності можуть стати неадекватні вимоги, фрустрація потреб, протиріччя вимог, які ставлять дитину в залежне, принижене становище. Все це приводить до втрати відчуття опори, орієнтирів і сенсів життя, невпевненість у навколишньому світі. (Бабаян Ю. О., 2014)

Л. Терещенко вказує на характерні вікові особливості невротичних проявів:

1. Депресивні прояви
2. Астенічні прояви
3. Тривога
4. Вегетативні розлади
5. Порушення поведінки

У будь якої дитини періодично може проявлятися певна невротична ознака. Та це ще не є показником невротичного розладу або що цей розлад є свідченням неврозу. Диференціювати ситуативні зміни у поведінці від ознак невротичного розладу можна за наступними показниками:

1. Пролонгованість прояву
2. Не пов'язаність із ситуацією, оточенням, тобто генералізованість прояву
3. Фізична та пізнавальна виснажуваність
4. Унікаюча поведінка дитини або істерика при неможливості «сховатися»
5. Заиклення на певних діях, предметах, людях
6. Соціальна дезадаптованість

Окремо, про невротизацію можуть свідчити тики, тремори і т.д. (<https://oplatforma.com.ua/article/1412-dagnostika-nevrotichnih-rozladv-osobistost-ditini>). Отже, передумовою преневротичних станів можуть бути надмірна емоційна чутливість, слабкість розвитку пізнавальної і емоційно-вольової сфери, обмеженість форм адаптивних реакцій на впливи; тривожність, наявність пролонгованих страхів.

Кожен психолог, який має досвід припрацювання подібних запитів, знає, що вони вирішуються комплексно, враховуючи і зовнішні чинники і внутрішні патерни поведінки. Важливою постає проблематика якісного оволодіння методами роботи з глибинними джерелами преневротичних симптомів – тривоги, страху, окремих психосоматичних розладів тощо. (Я. Омельченко)

Нинішні завдання, які постають перед дитячим психологом, в своєму практичному значенні, в більшій мірі пов'язані з психологічною корекцією емоційної і особистісної сфери дитини. (Я. Омельченко)

Це важливо для компетентного уявлення педагогів і батьків про преневротичні стани, розширення знань і можливостей впливу на емоційну сферу дитини і її загальний розвиток, вдосконалення взаємодії з дитиною і сприяння її емоційному благополуччю. (Я. Омельченко)

Вчасна профілактика проявів тривожності стане передумовою успішної інтеграції дошкільників у суспільстві. Тому корекція ситуативної і особистісної тривожності, розвиток емоційної стабільності і стресостійкості займає високий рівень актуальності для психолого-педагогічної науки й практики.

## **ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ЗВО**

***С. П. Яланська,***

*доктор психологічних наук, професор,  
Полтавський національний педагогічний  
університет імені В.Г. Короленка*

В умовах воєнного часу пріоритетною є проблема ментального здоров'я кожної особистості. Під час війни надзвичайно важливою є психологічна підтримка учасників освітнього процесу. На факультеті психології і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка постійно проводиться робота, яка зорієнтована на забезпечення ментального здоров'я учасників освітнього процесу.

Постійно здійснюються засідання психологічної студії «Шлях до успіху» з питань забезпечення ментального здоров'я особистості. Де активно беруть участь викладачі, фахівці-практики, студентська та учнівська молодь.

Серед завдань і основних напрямів діяльності студії: сприяння розвитку креативності, мета-навичок широкого кола населення (молоді, дорослих) шляхом організації культурно-просвітницьких, освітньо-наукових проєктів; проведення діагностичної, корекційної, реабілітаційної, профілактичної, прогностичної, тренінгової роботи з окремими особами та групами в кризових умовах; захист психологічного здоров'я молоді та дорослих, формування конструктивно мислячих особистостей здатних протистояти деструктивним впливам. На факультеті проводяться учнівсько-студентські круглі столи, створюються фахові студії для учнів та студентів з участю науково-педагогічних працівників як модераторів. Практико-орієнтована тематика у руслі «Цікава психологія», «Сучасні напрями соціальної роботи».

Варто відмітити, що на факультеті у жовтні-листопаді 2023 року студенти пройшли курс «Самодопомога Плюс». Тренери ГО «Право на захист», сертифіковані ВООЗ, Людмила Жданюк кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології, кризовий психолог та Тетяна Кукуєва, психотерапевт в напрямку центральної на особистості терапії. Курс «Самодопомога Плюс» [Self-Help Plus] (SH+) спрямований на формування навичок самодопомоги в управлінні стресом у дорослих, використовується як частина ефективної, комплексної програми з охорони психічного здоров'я у спільнотах, які постраждали від несприятливих обставин.

Доцент кафедри кризової психології, кандидат педагогічних наук, доцент Олена Рибалка систематично проводить лекції для здобувачів вищої освіти та співробітників університету на тему сучасних підходів до збереження ментального здоров'я.

Викладачі факультету долучилися до Міжнародного благодійного проєкту «Рука допомоги Україні». В межах проєкту у листопаді 2023 року науково-педагогічними працівниками розпочато терапевтичні заняття зі студентською молоддю ОП «Психологія», «Кризова психологія» на тему

«Навчання технік зцілення». Для студентів ОП «Соціальна робота», «Кризова психологія» організовано низку навчальних заходів із фахівцем Міжнародної Антинаркотичної Асоціації, консультантом з хімічної залежності Олегом Фадеєнком. Організовано співпрацю та проведено цикл тренінгів для студентів спеціальності «Соціальна робота» відділом сім'ї та дітей Департаменту культури, молоді та сім'ї Полтавської міської ради на тему: «Профілактика насильства», «Соціально-правовий супровід жінок». Також проводяться заходи, що організовано Структурою ООН із питань гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок (ООН Жінки) в межах проекту «EU4Recovery – Розширення можливостей громад в Україні» (EU4Recovery) за фінансової підтримки Європейського Союзу.

Планується реалізація сертифікатної програми з психотерапії травм та клінічного консультування з питань ментального здоров'я за методом Мюррей (120 годин) (викладач факультету психології і соціальної роботи, засновник і керівник реабілітаційного центру для цивільних осіб травмованих війною в Україні Руслан Ільченко (понад рік досвіду роботи Центру).

Тож на факультеті проводяться різноманітні заходи, що спрямовані на забезпечення ментального здоров'я учасників освітнього процесу.

Перспективною в напрямку забезпечення ментального здоров'я студентів, викладачів, співробітників ЗВО є реалізація психологічного інструментарію на базі навчальної лабораторії «Центр саногенної психології» кафедри кризової психології факультету психології і соціальної роботи.



**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  
VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції**

**16 листопада 2023 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